

26/S8

VOLUME 26 · SUPLEMENTO 8
DEZEMBRO DE 2016
ISSN 0103-880 X
E-ISSN 2238-3181

DOI: 10.5935/2238-3182.20160073

RMMG

REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS



Promoção da Saúde: Potência, Desafios e Efetivação

Expediente

Uma publicação do
INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE (IEPS)

Mantenedoras:

Associação Médica de Minas Gerais – AMMG
Presidente: Lincoln Lopes Ferreira ·
Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais – CRM-MG
Presidente: Fábio Augusto de Castro Guerra ·
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG-Feluma
Diretor: Neylor Pace Lasmar ·
Faculdade de Medicina da UFMG – FM/UFMG
Diretor: Tarcizo Afonso Nunes ·
Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda – UNIMED-BH
Presidente: Samuel Flam ·

Conselho Curador (mandato – Nov. 2014 / Nov. 2015):

Paulo Pimenta de Figueiredo Filho (UNIMED-BH) – *Presidente* ·
Luciana Costa Silva (AMMG) – *Vice-Presidente* ·
Bruno Mello Rodrigues dos Santos (CRM-MG) ·
Ricardo de Mello Marinho (FCMMG) ·
Tarcizo Afonso Nunes (FM/UFMG) ·

Conselho Diretor (mandato – Nov. 2014 / Nov. 2018):

Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas (AMMG) –
Diretor Presidente ·
Bruno Mello Rodrigues dos Santos (CRM-MG) –
Diretor Vice-Presidente ·
Lincoln Lopes Ferreira (AMMG) –
Diretor Administrativo-Financeiro ·

Conselho Fiscal (mandato – Nov. 2014 / Nov. 2018):

Lincoln Lopes Ferreira (AMMG) – *Presidente* ·
Oswaldo Fortini Levindo Lopes (FCMMG) ·
Antonio Vieira Machado (FCMMG) ·

Suplentes:

Luiz Fernando Neves Ribeiro (UNIMED-BH) ·
Antônio Eugênio Mota Ferrari (FCMMG) ·
Geraldo Magela Gomes da Cruz (FCMMG) ·

Conselho Gestor da RMMG (mandato – Nov. 2014 / Nov. 2016):

Bruno Mello Rodrigues dos Santos (CRMMG) ·
Fernando Coelho Neto (UNIMED-BH) ·
Odilon Gariglio Alvarenga de Freitas (AMMG) ·
Ricardo de Mello Marinho (FCMMG) ·
Tarcizo Afonso Nunes (FM-UFMG) ·

Editor Geral:

Enio Roberto Pietra Pedroso

Editor Administrativo:

Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite

Revisores:

Magda Barbosa Roquete de Pinho Taranto (Português) ·
Maria Piedade Fernandes Ribeiro Leite (Normalização) ·

Produção Editorial:

Folium Editorial
www.folium.com.br

Indexada em:

LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em
Ciências da Saúde;
PERIÓDICA-Índice de Revistas Latinoamericanas;
LATINDEX – Sistema Regional de Información em Línea para
revistas Científicas da América latina, El Caribe y Portugal.

ISSN: 0103-880X
e-ISSN: 2238-3181

Disponível em:

www.rmmg.org
Faculdade de Medicina da UFMG:
<<http://rmmg.medicina.ufmg.br/>>
Biblioteca Universitária da UFMG:
<<https://www.bu.ufmg.br/periodicos/revista-medica-de-minas-gerais>>
Portal de Periódicos CAPES:
<<http://www-periodicos-capes-gov-br.ez27.periodicos.capes.gov.br/>>

Afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)
Início da Publicação: v.1, n.1, jul./set. 1991

Periodicidade: Trimestral

Normas para publicação, instruções aos autores e submis-
são de manuscritos estão disponíveis em: <www.rmmg.org>

Correspondências:

Revista Médica de Minas Gerais –
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Sala 12. CEP: 30130-100
Belo Horizonte, MG – Brasil. Telefone: 55-31-3409-9796
e-mail: editoria.rmmg@medicina.ufmg.br

Submissão de artigos:

www.rmmg.org

EDITORIAL

DOI: 10.5935/2238-3182.20160073

Mensagem da Organizadora do Suplemento

Temos o prazer de apresentar este Suplemento da Revista Médica de Minas Gerais, organizado por iniciativa do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional/Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o objetivo de divulgar os produtos desse Programa, parcialmente pelo menos; torná-los acessíveis a todos e contribuir, dessa forma, para a difusão e democratização do conhecimento.

O destaque vai para o caráter coletivo da produção, que reuniu professores e mestrandos do Programa, assim como profissionais que participam das atividades, em diferentes modalidades, por exemplo, grupos de pesquisa, disciplinas isoladas, projetos, num processo de grande efervescência, cuja força, beleza e eficácia desafiam a aridez dos tempos atuais, a nos ensinar que ainda é possível agir com solidariedade.

Sejam bem-vindos à leitura!

Elza Machado de Melo
Organizadora do Suplemento

SUMÁRIO

Artigos Originais

001 - A (DES)INFORMAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA... 5

002 - ABORDAGEM AO USO DE DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA SENSIBILIZAÇÃO 11

003 - A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 15

004 - ABORDAGENS DA ALIENAÇÃO PARENTAL SEGUNDO A PERCEPÇÃO DE JUIZES E EQUIPE INTERDISCIPLINAR DA VARA DE FAMÍLIA DO FÓRUM LAFAYETTE/BH 20

005 - ABORTO LEGAL: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS SOBRE AS DIFICULDADES NO ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL 25

006 - ACESSO À MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO LESTE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE 30

007 - O ADOLESCENTE E O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO..... 36

008 - ADOLESCENTES, VIOLÊNCIA E INTERAÇÕES SOCIAIS..... 41

009 - ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES E DOS CUIDADOS À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA PELOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENDIMENTO LOCAL EM UM TERRITÓRIO PRIORITÁRIO BRASILEIRO 46

010 - ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: VISÃO E CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE..... 51

011 - ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER..... 57

012 - AVALIAÇÃO DA INTERFACE DOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLÊNCIA PROVOCADA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER..... 62

013 - AVALIAÇÃO DE POTENCIAIS DETERMINANTES DO CUMPRIMENTO DAS AÇÕES PACTUADAS PELO PROJETO DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM MINAS GERAIS PARA AS AÇÕES DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA: UM ESTUDO PILOTO EM TRÊS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS .. 68

014 - AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO E DIFICULDADE DE ACESSO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIO MINEIRO 74

015 - AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ALUNOS DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA..... 79

016 - BRINCADEIRA OU VIOLÊNCIA? ANÁLISE DA PRÁTICA DO *BULLYING* ENTRE ESTUDANTES DE BELO HORIZONTE.. 83

017 - CAPACIDADE: A CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE BELO HORIZONTE NO ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA..... 88

018 - CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA AO IDOSO FRÁGIL 93

019 - CONHECIMENTOS E PERCEPÇÕES RELACIONADAS AO HIV/AIDS: UMA INVESTIGAÇÃO COM ADOLESCENTES DE VESPASIANO – MG..... 98

020 - A CONSTRUÇÃO DE REDES VIVAS NO PERCURSO DE USUÁRIOS E FAMILIARES, VÍTIMAS DE TRAUMA, EM SUA TRAJETÓRIA NA BUSCA PELO CUIDADO 107

021 - A CONSTRUÇÃO DO ESTUPRO COMO PROBLEMA SOCIAL..... 112

022 - CONSUMO DE ÁLCOOL E CONDIÇÕES DE TRABALHO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 118

023 - DETERMINANTES E FATORES DE RISCO PARA ENVOLVIMENTO DE IDOSOS EM ACIDENTES DE TRANSPORTE: REVISÃO DE LITERATURA DE 2006 A 2015 123

024 - DIÁLOGO INTRAFAMILIAR COMO MEIO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA 129

025 - DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO À MULHER DE 10 MUNICÍPIOS BRASILEIROS PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER 134

026 - DIVISOR DE ÁGUAS: A MARCA DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NA VIDA DE SUJEITOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE .. 141

027 - ENCONTROS E DIÁLOGOS NA ESCOLA: PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA ENTRE ADOLESCENTES .. 146

028 - ENTRE MUROS E PORTAS DOS FUNDOS: VIOLÊNCIA E CIDADE A PARTIR DO OLHAR DE UM ADOLESCENTE..... 152

029 - ESCOTISMO COMO PRÁTICA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA..... 156

030 - ESTRATÉGIAS DE ADEÇÃO À ATIVIDADE FÍSICA: UMA REVISÃO.....	163
031 - O EVENTO DE VIOLÊNCIA URBANA E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA SUS: PROFISSIONAIS DE SAÚDE DIANTE DA DOR DO USUÁRIO.....	168
032 - EXCESSO DE PESO EM ESCOLARES DE BELO HORIZONTE.....	174
033 - EXPERIÊNCIAS COM GRUPO DE ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA.....	180
034 - FELICIDADE, SAÚDE E ÉTICA NO AMBIENTE DE TRABALHO.....	185
035 - FUNCIONALIDADE DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E RISCO DE QUEDAS ...	191
036 - GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS: PERCEPÇÃO DE RISCO NO ICB E NO CAMPUS SAÚDE.....	195
037 - IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE FRATURA OSTEOPORÓTICA EM IDOSOS UTILIZANDO A FERRAMENTA FRAX®	200
038 - INTERFACES DA VIOLÊNCIA E DA ÉTICA ENTRE ADOLESCENTES NOS CONTEXTOS DA ESCOLA E DA FAMÍLIA ...	206
039 - MEDICINA BRASILEIRA TRANSFORMADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	211
040 - O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA NA FORMAÇÃO MÉDICA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	216
041 - METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE MATERIAIS DIDÁTICOS RELACIONADOS AO TEMA TRÂNSITO NO ENSINO FUNDAMENTAL.....	223
042 - NÍVEL DE RENDA, LIMITES LEGAIS DE ALCOOLEMIA E MORTALIDADE NO TRÂNSITO: UM ESTUDO ECOLÓGICO GLOBAL.....	229
043 - UM OLHAR SOBRE A VIOLÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS HOMENS.....	234
044 - A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE IDOSOS FRÁGEIS SOBRE GRUPOS DE CUIDADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	240
045 - PERCEPÇÕES DE ALUNOS SOBRE MUDANÇAS GERADAS NA PRÁTICA PROFISSIONAL A PARTIR DO CURSO A DISTÂNCIA “ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA”	247
046 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE LESÕES AUTOINFLIGIDAS DAS MÃOS CONTRA SUPERFÍCIES DE VIDRO ..	252
047 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM HIV/AIDS: REVISÃO DA LITERATURA ...	256
048 - PREVALÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE NAS CAPITAIS BRASILEIRAS.....	260
049 - A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE.....	266
050 - PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES E REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE: PERFIL DOS USUÁRIOS DE CENTRO DE REFERÊNCIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE.....	272
051 - PROFISSIONAIS DA SAÚDE E CULTURA MACHISTA	277
052 - PROMOÇÃO DE SAÚDE E A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA ENTRE OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ...	281
053 - REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: UMA PRIMEIRA ABORDAGEM.....	286
054 - REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DO DOCENTE NO SOFRIMENTO PSÍQUICO DO ESTUDANTE DE MEDICINA DA UFMG...	291
055 - RESULTADOS DO ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL EM BELO HORIZONTE.....	297
056 - O SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO VIVA COMO IMPORTANTE FONTE DE DADOS DA VIOLÊNCIA INFANTIL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS DO ANO 2011.....	301
057 - SOFRIMENTO E TRABALHO NA SAÚDE: A MEDIAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE SUPERAÇÃO DOS CONFLITOS E RESTAURAÇÃO DO DIÁLOGO NOS ESPAÇOS DE TRABALHO DO SUS	307
058 - SUBNOTIFICAÇÃO E INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	313
059 - TRABALHO RURAL, USO DE AGROTÓXICOS E ADOECIMENTO: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO.....	318
060 - VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: MARCOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS	324
061 - VIOLÊNCIA GERA VIOLÊNCIA: FATORES DE RISCO PARA A TENTATIVA DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES.....	330
062 - VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: UMA ANÁLISE SOBRE USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RIBEIRÃO DAS NEVES – MG.....	336
063 - VIOLÊNCIA SOB A PERCEPÇÃO DE COMUNIDADES ESCOLARES.....	340

Artigos de Revisão

064 - FOI USO OU FOI TRÁFICO DE DROGAS? A DISCRICIONARIEDADE POLICIAL À LUZ DA CRIMINOLOGIA CRÍTICA ...	345
065 - HÁ MÚLTIPLAS FACES NA VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO	351
066 - INFERTILIDADE: CAUSA OU CONSEQUÊNCIA DA VIOLÊNCIA?	355
067 - INTERSETORIALIDADE ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE: DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	362
068 - A ORIENTAÇÃO PSICANALÍTICA SOBRE ATENDIMENTO BREVE	367
069 - POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, AUTONOMIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE: UMA BREVE REFLEXÃO	371
070 - PREVENÇÃO DE INTOXICAÇÕES ACIDENTAIS DOMICILIARES EM CRIANÇAS: O QUE DIZ A LITERATURA?	376
071 - PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: MARCOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS	381
072 - REDUÇÃO DA MAIORIDADE PENAL: ASPECTOS GERAIS E CONTROVERSOS	388
073 - REFLEXÕES A RESPEITO DA EXPERIÊNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM HANSENÍASE.....	394
074 - O SILÊNCIO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO BRASIL.....	398
075 - SUJEITOS QUE SE DROGAM E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA OFERTA DE HOSPITALIDADE AO ESTRANGEIRO CONTEMPORÂNEO	402
076 - VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS: UM GRANDE DESAFIO DO ENVELHECIMENTO	408

Relatos de Caso

077 - ADOLESCÊNCIA NA CONTEMPORANEIDADE: UMA TRAVESSIA SOLITÁRIA?	414
078 - APOIO TÉCNICO E PEDAGÓGICO ÀS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA EXPERIÊNCIA REGIONAL DO CEREST – BETIM	419
079 - CÂNCER DE COLO UTERINO: A DOENÇA COMO FORMA DE VIOLÊNCIA	424
080 - COORTE DE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM OUTROS HOMENS (HSH) EM BELO HORIZONTE: EXPERIÊNCIAS DE CONS- TRUÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA PROCESSO AVALIATIVO DO ESTUDO, NA PERSPECTIVA DE SEUS VOLUNTÁRIOS ...	427
081 - ESTRATÉGIAS NA URGÊNCIA EM PSIQUIATRIA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE	433
082 - O MUNDO DE SOFIA: O PERCURSO DE UMA USUÁRIA-GUIA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO	437
083 - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: UMA ANÁLISE A PARTIR DO RELATO DE CASOS	443
084 - VIOLÊNCIA PROVOCADA POR PARCEIRO ÍNTIMO E TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL: RELATO DE CASO	450

Carta ao Editor

085 - OS DESENLACES CONTEMPORÂNEOS	454
--	-----

A (des)informação da violência contra a pessoa idosa no Brasil: revisão integrativa da literatura

The (un) information of violence against the elderly in Brazil: integrative literature review

Regina da Cunha Rocha¹, Cleiciara Lúcia Silva Ferreira¹, Luiz Júnior da Rocha¹, Eliane Freitas Drumond¹, Maria Conceição Juste Werneck Côrtes¹, Eliane Dias Gontijo¹

RESUMO

A violência praticada contra idosos constitui fenômeno complexo, multifatorial e crescente no mundo, o que torna a produção científica instrumento importante para a vigilância, dimensionamento e enfrentamento do problema. O presente estudo baseia-se em revisão integrativa de artigos científicos, complementada por legislações, livros e cadernos técnicos, publicados entre 2003 e 2013. Os textos foram selecionados de acordo com quatro categorias: violência (33%); informação (27%); políticas públicas (20%); percepção social (20%). Neles, abordam-se os conceitos, tipologias e fatores associados à violência; importância da qualidade da informação para conhecimento do fenômeno; necessidade de apropriação e construção democrática de legislação pertinente e a percepção dinâmica e mutável pela sociedade. Observou-se reduzido número de estudos epidemiológicos representativos da população idosa brasileira e de pesquisas qualitativas sobre a percepção social em diferentes contextos, além de escassez de textos sobre a atuação dos órgãos reguladores de serviços para atendimento aos idosos. O estudo revelou a importância da vigilância no processo de identificação, prevenção, proteção e superação da violência praticada contra o idoso.

Palavras-chave: Violência; Idoso; Informação; Políticas; Percepção Social.

ABSTRACT

Violence against the elderly is a complex, multifactorial and growing phenomenon in the world. Then, the scientific production is an important instrument for the design, monitoring and resolution of problem. This study from an integrative review of scientific articles, supplemented by laws, books and technical books, published between 2003 and 2013. Articles were selected according to four categories: violence (33%); information (27%); public policies (20%); social perception (20%). In them, address the concepts, typologies and factors associated with violence; the importance of quality information for knowledge of the phenomenon; the need for democratic construct relevant legislation and dynamic and changeable perception by society. There was a small number of epidemiological studies representative of the Brazilian elderly population and qualitative research on social perception in different contexts, as well as a shortage of texts on the performance of the regulatory bodies of services for the elderly. In critical analysis issues emerged the importance of vigilance in the identification, prevention, protection and overcoming of violence practiced against the elderly.

Keywords: Violence; Elderly; Information; Political; Social Perception.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Regina da Cunha Rocha
E-mail: regina.crocha@pbh.gov.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a pessoa idosa constitui fenômeno complexo, multifatorial e necessita ser compreendida em seu contexto social, antropológico e epidemiológico.¹⁻³

No Brasil, o número de idosos aumentou de 14,5 milhões (Censo 2000) para 20,5 milhões, representando 11% da população⁴, demandando adequação da sociedade brasileira em termos econômicos, previdenciários, de infraestrutura urbana e de serviços, para evitar que esse segmento da população se torne vítima em potencial de várias mazelas sociais, incluindo a violência.⁵⁻⁷

Estudo realizado em 2007 demonstrou que 12% dos idosos brasileiros já haviam sofrido algum tipo de maus-tratos.⁸⁻¹⁰ Em 2012, foram denunciados 23.523 casos de violência contra idosos pelo Disque 100¹¹ e notificados apenas 8.564 casos no SINAN, revelando 64% de subnotificação.¹²

Nesse cenário de inconsistência de registros da violência contra idosos nos sistemas oficiais de informação, o presente estudo buscou identificar na literatura aspectos ligados à notificação e denúncias, buscando contribuir para o aprimoramento da vigilância e o desvelamento da magnitude desse agravo.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura^{14,15} e análise da informação sobre violência contra idosos no Brasil. Partiu-se da seguinte questão norteadora: sobre quais aspectos relacionados às tipologias ou formas, informação, percepção social dos maus-tratos na velhice ou políticas públicas¹³ influenciam as notificações e denúncias sobre violência contra idosos no Brasil?

Inicialmente, foram selecionados os descritores disponíveis na lista *Health Science Descriptors/ Medical Subject Headings*: violência, violência doméstica, maus-tratos, idosos, anciãos, sistemas de informação em saúde, notificações, denúncias e percepção social que foram utilizados na BVS e no SCIELO e realizou-se uma combinação booleana de termos segundo estratégia adequada a cada base de dados. O levantamento bibliográfico foi realizado por busca eletrônica, em 2013, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), Base de Dados de Enfer-

magem (BDENF), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), Localizador de Informação em Saúde (LIS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Incluíram-se estudos que abordassem a temática em questão entre artigos científicos, livros, legislações, dissertação e cadernos técnicos publicados a partir de 2003, ano da promulgação do Estatuto do Idoso, a setembro de 2013.

Para a categorização dos estudos foi elaborada uma matriz de síntese com distribuição dos textos nas categorias orientadoras da revisão, a saber: violência, informação, políticas públicas e percepção social; e realizadas a análise dos estudos e a extração de informações dos quatro temas orientadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 32 artigos revisados dos 51 pré-selecionados foram distribuídos em quatro categorias, de acordo com os principais temas abordados: violência contra a pessoa idosa – 33%; informações sobre a violência contra a pessoa idosa – 27%; políticas públicas relacionadas à violência contra a pessoa idosa – 20%; percepção social da violência contra a pessoa idosa – 20%. Os periódicos que mais publicaram foram a Revista Ciência e Saúde Coletiva (24%) e o Caderno de Saúde Pública (8%). Além desses artigos, foram incluídos legislações (6), livros (3), cadernos científicos (3), dados do IBGE (1) e dissertação (1).

Violência contra a pessoa idosa

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência contra a pessoa idosa como “qualquer ato isolado ou repetido ou ausência de ação apropriada ocorrendo em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança que cause dano ou incômodo a uma pessoa idosa”. Assim, o conceito inclui autonegligência; negligência social estrutural; violação dos direitos humanos; abuso médico e assédio moral, em especial no ambiente de trabalho.¹⁶⁻¹⁸

Segundo diretrizes do Ministério da Saúde¹⁷, casos suspeitos ou confirmados de violências física, psicológica, sexual, financeira, tortura, tráfico de seres humanos, intervenção legal e negligência contra a pessoa idosa são passíveis de notificação.¹⁰

O reconhecimento da violência depende da frequência com que ocorre, sua duração, gravidade ou

consequências e, acima de tudo, do contexto social, variando entre os diferentes grupos sociais de acordo com seus valores éticos e morais.¹⁹ Na sociedade ocidental, os velhos são tratados com atitudes paternalistas, privando-os da função de interlocutores válidos e desrespeitando a sua individualidade.²⁰

Na presente revisão houve concordância quanto aos principais tipos de maus-tratos, verificando-se principalmente os de natureza psicológica, física e a negligência²¹. A violência física doméstica revela-se majoritária e subnotificada^{16,22} e, junto com a negligência, responsáveis pelo aumento da morbimortalidade dos idosos.⁸

Os artigos relacionam os fatores associados à violência que se referem à vítima e ao agressor. Quanto à vítima, estão associados: idade mais avançada, sexo feminino, mais debilidade decorrente de declínio na saúde mental, comprometimento cognitivo e/ou funcional, problemas de comportamento, tendência a ser física ou verbalmente abusivo, isolamento social e ausência de alguém para chamar por socorro.^{23,24} Idosas são mais agredidas, o que pode estar associado a maior longevidade das mulheres ou maior frequência de violência contra a mulher ocorrendo desde a juventude.²⁵

O agressor, em especial, são pessoas que têm vínculo consanguíneo ou coabitam com o idoso, sendo com mais frequência o filho homem.^{15,19,26} O perfil revela o sexo masculino, estado de estresse, história de abuso de álcool ou drogas e outros distúrbios psicopatológicos do cuidador ou na família do idoso, bem como o grau de interdependência cuidador-idoso, quer no âmbito físico, afetivo e ou econômico.^{23,24}

A violência contra idosos se expressa de forma mais prevalente no domicílio e, na maioria dos casos, a pessoa idosa que mora com maior número de indivíduos, em ambiente familiar pouco comunicativo e afetivo, é mais agredida.^{8,27}

Informação sobre a violência contra a pessoa idosa

A investigação da violência deve ser abrangente e captar informações de diferentes fontes como cuidadores, vítimas e pessoas que intervêm na situação.²⁸ Nota-se que, excluídas as notificações e as denúncias, há grande desconhecimento das formas insidiosas, silenciosas e naturalizadas com as quais a sociedade convive com a violência contra o idoso.^{6,29}

Além disso, a vítima teme perder apoio ou referência de familiares ao denunciar a violência.

As denúncias aos órgãos competentes constituem importante fonte de informação, pois permitem o anonimato do denunciante e são expressões das percepções sociais sobre a violência ao idoso. No entanto, em geral, o processo termina sem solução, submerso em procedimentos obsoletos e demasiadamente lentos para a premência das demandas do idoso.¹³

Além das denúncias, legalmente é obrigação dos serviços de saúde notificar a violência segundo preconiza o Estatuto do Idoso.³⁰ Atendendo a esse dispositivo legal, em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), incluindo a violência contra a pessoa idosa, tornando-a objeto de vigilância epidemiológica.³¹ Em 2011, a violência foi incluída na relação de doenças e agravos de notificação compulsória.^{10,32} Nesse contexto, os profissionais de saúde assumem papel fundamental, pela frequência com que os idosos utilizam os serviços²¹, o que possibilitaria, além da notificação, ações de prevenção, identificação e cuidado às vítimas de violência.³³

A falta de informação e de qualidade dos registros compromete estimativas mais fidedignas e prejudica o conhecimento mais detalhado do fenômeno da violência contra idosos. Entre os entraves ao ato de notificar estão: o desconhecimento pelos profissionais sobre o Estatuto do Idoso e do fluxo de notificação; a falta de preparo técnico e emocional do profissional para a identificação da violência, das situações de risco e dos sinais de alerta; o medo de represália por parte do agressor, da família e/ou da comunidade; a falta de retaguarda adequada da rede de proteção.^{34,35} Também influenciam o processo: o contexto político e institucional, a multiplicidade e a falta de integração das fontes de informação, bem como as altas taxas de sub-registros.^{5,36}

Políticas públicas relacionadas à violência contra a pessoa idosa

Em todo o mundo, a violência contra idosos foi a última a ser contemplada nas agendas das políticas e da saúde. As estatísticas internacionais ressaltam a subestimação dos dados acerca do fenômeno da violência contra idosos. No Brasil, a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994, teve por objetivo as-

segurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e instituiu a obrigatoriedade da denúncia de “qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso”³⁷ sem mencionar outras formas de violência.¹⁶ Em 1999, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a função de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos.³⁸ Em 2005, o Pacto em Defesa da Vida afirma que a promoção da saúde da população idosa tem como uma de suas prioridades a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.^{6,39}

Em 2003, foi promulgado o Estatuto do Idoso³⁰ trazendo como grande avanço a previsão do estabelecimento de crimes e sanções administrativas para o não cumprimento dos ditames legais.¹⁶ O Estatuto do Idoso alterou o termo “maus-tratos” por “violência”, mais abrangente, ampliando os tipos de situações a serem notificadas.

Prevenir a violação dos direitos dos idosos é um dever não apenas do Estado, mas de toda a sociedade brasileira, sendo, portanto, necessário construir uma rede de proteção social para idosos.⁴⁰ Entretanto, o direito formal não é capaz de fornecer garantias efetivas diante de condições reais, ocorrendo contradições entre as práticas cidadãs, a legitimação de direitos e a economia dominante.²⁹

Percepções sociais sobre a violência contra a pessoa idosa

A rejeição social histórica à condição da velhice, personificada nos idosos, se constitui em figura de ambiguidade que remete à negação tanto do passado (superado, inútil e oneroso) quanto do futuro (a espera de doenças, perdas, dependência, senilidade e proximidade com a morte).⁴⁰ Na representação polarizada de idosos *versus* jovens, a referência é o modelo de juventude, em que o ser idoso passa a ter risco de adoecer e morrer.

Nos debates culturais sobre velhice observam-se duas estruturas ideológicas dicotômicas: o *ageísmo*, preconceito que atinge certos grupos etários, em especial o idoso, que designa processos sociais de marginalização e construção de estereótipos pejorativos sobre a população idosa; e outra que reflete a ideologia do envelhecimento ativo, adaptada pela OMS, que

ressalta o processo de otimização das oportunidades de vida, em termos de saúde, de participação e de desenvolvimento multidimensional da pessoa. Essa visão pretende retardar o processo de envelhecimento pela construção de imagens positivas, ancoradas nos paradigmas de cidadania e pluralidade sociais, relacionados à autonomia física e mental, um período de felicidade, satisfação e prazer em viver em contraste aos modelos de declínio e de despersonalização associados à degeneração física e mental, que geram tristeza, solidão e depressão.⁴¹

A sociedade constrói a forma como a violência é percebida pelos significados atribuídos aos fatos que são reconhecidos como problemas em determinadas circunstâncias e momento histórico específico, ou seja, sua percepção se dá de forma dinâmica e mutável.⁴² A identificação dos idosos que se encontram em situação de vulnerabilidade influencia nas condutas dos profissionais de saúde e da própria sociedade para denunciar e/ou notificar um fato. A precariedade social e econômica contribui na construção da violência estrutural, tecendo um fio condutor que atinge os idosos, imprimindo-lhes o lugar de objeto e não de sujeitos.⁴³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão observam-se como lacunas do conhecimento: o reduzido número de estudos epidemiológicos com amostras representativas da população idosa brasileira, evidenciando a baixa frequência e qualidade das informações e de estudos qualitativos que visem a compreender a percepção social desse fenômeno em diferentes contextos. Também chama a atenção a escassez de artigos sobre a atuação das políticas públicas e dos órgãos reguladores de serviços para atendimento aos idosos. Informações fidedignas, inclusive com a ampliação das notificações e denúncias e garantia de intervenções, são essenciais para compreender a dinâmica da violência e atuar no dimensionamento e determinação da necessidade de investimentos para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Souza ER, Minayo MCS. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Textos Básicos Saúde. Brasília: MS/SVS; 2005.

2. Minayo MCS. Violência contra o idoso: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3): 783-79.
3. Queiroz MG. A violência intrafamiliar na contramão das políticas públicas de proteção ao idoso: seu significado para os idosos "vitimizados" [dissertação]. Fortaleza: Centro de Est Soc Aplicados. Universidade Estadual do Ceará; 2009.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. [citado em 2013 jul. 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/presidencia/noticias>.
5. Apratto Júnior PC. Violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangências do Programa Saúde da Família Niterói – RJ. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2983-95.
6. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Panamericana da Saúde 2010. 278p.
7. Kullok AT, Santos ICB. Representação social de funcionários de instituição de longa permanência em Minas Gerais. *Interface Comum Saúde Educ*. 2009; 13(28): 201-12.
8. Sousa DJ, White HJ, Soares LM, Nicolosi GL, Cintra FA, D'Elboux MJ. Maus tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Rev Bras Geriat Gerontol*. 2010; 13(2): 321-8.
9. Faleiros VP, Loureiro AML, Penso MA. O conluio do silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa. São Paulo: Roca; 2009.
10. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde Brasil, 2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(9): 2331-41.
11. Congresso Nacional (BR). Secretaria de Direitos Humanos. *Balanço 2012*. Disque 100. Disque Direitos Humanos. Brasília; 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Análise da situação de saúde no Brasil, 2012*. Brasília: MS; 2013.
13. Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações dos serviços de denúncias. *Texto Discussão 1200*. Rio de Janeiro: IPEA; 2006.
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4): 758-64.
15. Oliveira AAV, Trigueiro DRSG, Fernandes MGF, Silva AO. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(1): 128-33.
16. Castro AP, Guilam MCR, Sousa ESS, Marcondes WB. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(5): 128-9.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI2005), a relação de doenças, agravos e eventos em Saúde Pública de notificação compulsória em todo território nacional, de 25 de janeiro de 2011. *Diário Oficial da União*; 2011; 26 jan.
18. Silva EA, França LHFP. Violência e maus tratos contra as pessoas idosas. *Sinais Sociais*. 2013; 8(22): 115-41.
19. Sepúlveda-Carrillo GJ. Characterization of abuse cases in the elderly reported in the Comisaría Primaria de Familia: localidad de Usaquén 2007. *Rev Colomb Enferm*. 2009; 4(4): 20-9.
20. Alencar MSS, Carvalho CMRG. O envelhecimento pela ótica conceitual, socio- demográfica e político-educacional. *Comun Saúde Educ*. 2009; 13(29): 435-44.
21. Oliveira MLC, Gomes ACG, Amaral CPM, Santos LB. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Rev Bras Geriat Gerontol*. 2012; 15(3): 555-6.
22. Nogueira CF, Freitas MC, Almeida PC. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. *Rev Bras Geriat Gerontol*. 2011; 14(3): 543-54.
23. Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006; 6(1): 543-548.
24. Picó Casanova A. Maltrato en el anciano/Elder abuse. *Geriatría*. *Rev Iberoamericana Geriatr Gerontol*. 2006; 22(4): 128-32.
25. Pinheiro JS, Silva RC, Andrade MC. Perfil dos idosos que sofreram violência atendidos em instituição de Salvador em 2008. *Rev Bras Saúde Pública*. 2011; 35(2): 264-76.
26. Espíndola CR, Blay SL. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(2): 301-6.
27. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008; 16(3): 1-10.
28. Paixão Junior CM, Reichenheim ME. Revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra idosos. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6): 1137-49.
29. Faleiros VPC. Cidadania e direitos da pessoa idosa. *Ser Social*. 2007; 20: 35-61.
30. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.741. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 1º de outubro de 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
31. Ministério da Saúde (BR). *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009*. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: MS; 2010.
32. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(5): 1263-72.
33. Shimbo AY, Labronici LN, Montovani MF. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela ESF Escola Anna Nery. *Rev Enferm*. 2011; 15(3): 506-10.
34. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 472-7.
35. Lima MLC, Souza ER, Lopes ML, Lima T, Barreira AK, Bezerra ED, Acioli RML. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violências: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(6): 2677-86.
36. Malta DC, Lemos MAS, Silva MMA, Rodrigues EMS, Carvalho CG, Moraes Neto OL. Iniciativas de vigilância e prevenção de violência no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007; 16(1): 45-55.
37. Luz TCB, Malta DC, Bandeira de Sá NN, Silva MMA, Lima-Costa, MF. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(11): 2135-42.

38. Ministério da Saúde (BR). Lei n 8.842. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, de 4 de janeiro de 1994. Diário Oficial da União; 1994, 5 jan.
39. Ministério da Saúde (BR). Portaria n 2.528, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União; 2006, 19 out.
40. Ministério da Saúde (BR). Lei n 12.461. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, de 26 de julho de 2011 para estabelecer notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Diário Oficial da União; 2011, 27 jul.
41. Nadu A. Violência contra idosos. Notificação à Vigilância Sanitária. Dever dos serviços e profissionais de saúde. Lei 12461/11. Altera Estatuto do Idoso. Direito Integral; 2011. [citado em 2013 jul. 27]. Disponível em: www.direitointegral.com/2011/07/estatuto-idoso-violencia-lei-12461
42. Justo JS, Rozendo AS. A velhice no Estatuto do Idoso. Estud Pesq Psicol. 2010; 10(2): 471-89.
43. Resende JP, Andrade MV. Crime social, castigo social: desigualdade de renda e taxas de criminalidade nos municípios Brasileiros. Est Econ. 2011; 41(1): 173-95.

Abordagem ao uso de drogas na atenção primária – uma sensibilização

Approach to drug use in primary care – a awareness

Arnor José Trindade Filho¹

RESUMO

O presente trabalho apresenta sensibilização/ capacitação sobre a temática de álcool e drogas, tendo como público-alvo os trabalhadores da atenção primária em saúde da Regional Pampulha, em Belo Horizonte, utilizando tecnologia de educação permanente, com o objetivo de sensibilizar e capacitar trabalhadores da atenção primária sobre a atenção a usuário de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Usuários de Drogas; Drogas; Atenção Primária à Saúde.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

The present work presents a sensitization / training on the subject of Alcohol and Drugs targeting the primary health care workers of the Regional Pampulha, in Belo Horizonte, using Permanent Education technology, with the objective of sensitizing and training workers Of primary care on drug user attention in the Unified Health System (SUS)

Key words: Drug Users; Drug; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Em 2013, os profissionais da Regional Pampulha (o município de Belo Horizonte é dividido em nove distritos regionais de saúde; a regional Pampulha tem 12 centros de saúde), em Belo Horizonte, vinham apresentando muitas dificuldades com as questões de saúde que envolvem o uso ou abuso de drogas. Nesse contexto, o Núcleo de Educação Permanente da Regional propôs uma série de encontros para conversar sobre o tema, encontros estes que tinham também a proposta de sensibilizar e verificar como se dava a percepção atendimento aos usuários de drogas na atenção primária e como era percebido pelos profissionais da ponta. Acreditava-se que, embora fosse uma conversa inicial, já traria consigo alguns elementos de formação, uma vez que possibilitaria, por exemplo, esclarecer algumas questões referentes ao fluxo.

OBJETIVO

Sensibilizar os profissionais da atenção primária do Distrito Sanitário Pampulha para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Arnor José Trindade Filho
E-mail: arnortrindade@yahoo.com.br

METODOLOGIA

Foram realizados nove encontros de quatro horas durante os meses de agosto a novembro de 2013, com a participação de 667 profissionais^a de diferentes categorias dos 12 centros de saúde da Regional Pampulha. A Figura 1 mostra o percentual de profissionais participantes por categoria em relação ao total de profissionais da regional:

O processo foi dividido em três momentos distintos:

1º Momento: confecção e apresentação de cartazes e debate

Os participantes foram distribuídos em grupos instruídos com a seguinte tarefa: construir dois cartazes com os seguintes títulos: a) usuários de drogas; b) não usuários de drogas. Em seguida, abriu-se uma roda e os participantes foram convidados a apresentar a produção e as questões que surgiram durante a confecção dos cartazes. Em seguida, propôs-se a fala livre para que os participantes pudessem discutir a partir das próprias produções e também das produções dos outros grupos as impressões e as questões que surgiram.

^a Houve um engano na estimativa inicial do número de trabalhadores da atenção primária. É preciso destacar também que entre os participantes apareceram profissionais da Zoonoses, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e acadêmicos (PUC e UNIFENAS). Apesar do número expressivo de participantes, foram alcançados apenas 35% dos profissionais lotados.

2º Momento: atividade de dispersão

Ao final das rodas de conversa, como uma tarefa e de modo a garantir a continuidade da discussão, os participantes foram convidados a levar a discussão para suas unidades e escolher um caso clínico para que pudessem construir um projeto terapêutico singular. Esse caso poderia ser levado para discussão nas reuniões de matriciamento com a saúde mental, nas reuniões de microáreas ou mesmo nos espaços de supervisão que ocorrem periodicamente.

3º Momento: avaliação

Ao final do encontro foi apresentado um questionário de avaliação no qual se pediu também que fossem indicadas as questões, dentro do tema proposto, que cada um identificava como prioridades para mais aprofundamento em um momento posterior.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro momento, na apresentação dos cartazes, algumas questões foram recorrentes e merecem aqui ser abordadas:

Via de regra o uso de drogas apareceu com frequência associado ao feio, ao que é ruim, caos, lixo, depressão, escuridão, solidão, uso de *piercing* e tatuagem, violência, degradação (cadeia ou caixão) em contraposição ao não uso, que representaria felicidade, sucesso, saúde, convivência familiar, boa aparência, bem-estar, liberdade.

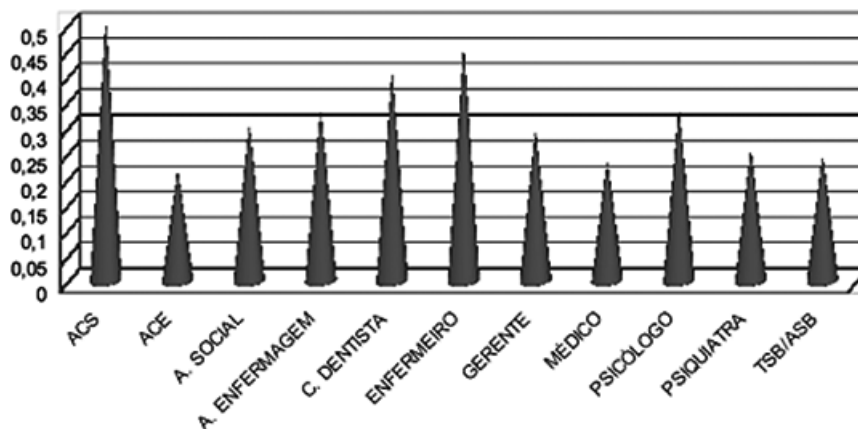


Figura 1 - Participação por categoria profissional.

Muito presente também foi a percepção de que o uso de drogas está relacionado a uma vida sem religião, ao passo que uma vida religiosa era vista como uma forma de ficar longe do uso das drogas. Frequente foi a associação do usuário ao tráfico de drogas, em alguns momentos sem clara distinção entre usuário e traficante.¹

O mito de uma família estruturada, protetora em relação ao uso de drogas apareceu também com frequência, em oposição a uma família desestruturada em que o uso de drogas surgia em função da própria desorganização dessa família.

Outro discurso comum aos grupos foi o do esporte como protetor e preventivo ao uso de drogas, sendo muitas vezes representados esportistas nos cartazes de não usuários.

É interessante notar que essas percepções iniciais iam se desfazendo à medida que os participantes começavam a discutir e elaborar melhor as questões. Então, alguém dizia, por exemplo, que alguns esportistas usavam anabolizantes ou que algumas pessoas de famílias muito bem estruturadas tinham sérios problemas com o uso de drogas. Os participantes davam depoimentos pessoais ou de casos que conheciam e que exemplificavam diferentes situações.

Uma questão que apareceu com frequência foi sobre o que é droga: os grupos, em geral, não deixaram de considerar as drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, bem como os medicamentos diversos, percebendo os fatores de risco ligados ao uso. Embora isso fosse quase consenso, quando utilizavam o termo “usuário”, via de regra não estavam se referindo aos que fazem uso dessas drogas lícitas, mas a uma imagem social, construída com forte participação da mídia, do que é usuário, com enfoque nas drogas consideradas ilícitas. Uma conclusão que foi praticamente unânime após a apresentação dos cartazes é que não dá para definir, apenas pela aparência, quem usa drogas.

Foi no momento do debate, porém, que essas questões retornaram e puderam ser mais aprofundadas, ganhando novos contornos. E iam já, nesse momento, possibilitando o compartilhar de diferentes olhares sobre o assunto. “E então, somos todos usuários?”, “se somos todos usuários, devemos todos ser tratados?”, “há diferença entre usuário e dependente?”, “é possível ser saudável usando drogas?”. Nesse momento apareceram as projeções e identificações que traziam certo desconforto, mas que permitiam a ampliação do olhar, do olhar para o outro, mas também do olhar para si mesmo. Alguns depoimentos pessoais eram incisivos, corajosos, comoventes.²

Em todos os grupos apareceu a questão sobre a legalização das drogas consideradas ilícitas, em que foram relevantes algumas posições extremas como: “todo usuário de droga, inclusive de álcool e cigarro, deveria ser preso” ou “todas as drogas deveriam ser liberadas”, mas também surgiram posições intermediárias, conflitantes, indecisas.

Em todos os grupos verificou-se amadurecimento dos conceitos no decorrer das discussões. Surgiram questionamentos sobre os ideais de felicidade, de família, de sociedade, de saúde. Discutiu-se a presença ambígua das drogas na mídia, como símbolo da desgraça humana (nos noticiários sobre o *crack*, por exemplo), mas também como promessa de felicidade (sobretudo nas propagandas de bebidas alcoólicas).

No tocante às práticas de saúde, na realidade vivida no cotidiano das equipes, em geral observou-se que esse assunto é mesmo um tabu, geralmente evitado, demonstrando dificuldade e resistência ao tema.

Algumas questões muito pertinentes surgiram, como as questões referentes à abordagem: como abordar o usuário, por que abordar, a quem abordar, onde? O que oferecer? Como havia expressivo número de agentes comunitários de saúde (ACS), foram frequentes as questões relacionadas à abordagem em território. Apareceram também questionamentos sobre a abordagem na unidade de saúde, sobretudo de profissionais das equipes que constatavam que os usuários frequentavam as unidades por outros motivos e não traziam o uso de droga como um problema, uma demanda para a saúde.

Muito se falou de despreparo, de falta de capacitação, de falta de foco, mas também de medo, estigma, preconceito. Foram indicadas as dificuldades de diagnóstico. Evidenciou-se o desconhecimento ou descontentamento com o fluxo dos usuários na rede, bem como desconhecimento da política de atenção para usuários de drogas.

Em muitas falas foi ressaltada a importância de se fazer um trabalho com as famílias. Destacou-se o uso de drogas entre adolescentes e as dificuldades de abordagem e adesão desse público, mas salientou-se também que as drogas estão presentes em outras faixas etárias, tendo surgido alguns exemplos de idosos em uso abusivo de drogas.³

Resultados do questionário

Os temas reconhecidos como de mais interesse por parte dos participantes foram assim classificados

em ordem de importância: 1-redução de danos; 2-abordagem território; 3-Efeitos / tipos de drogas; 4-manejo crise; 5-modelos tratamento; 6-fluxo e 7-medicação

CONCLUSÃO

Constatou-se, ao final dos nove encontros iniciais^b, que o tema “álcool e outras drogas” é ainda tabu, que a maioria dos profissionais tem dificuldade em abordar. Este já era um cenário esperado, mas de fato foi interessante perceber que há grande desconhecimento da política da saúde para esse campo, bem como do fluxo e da rede de atenção. O próprio lugar da atenção primária nessa clínica muitas vezes foi indagado.

Por outro lado, verificou-se que boa parte dos profissionais estava interessada em conhecer mais sobre o tema. Se, de um lado, o tema de mais interesse foi sobre redução de danos, o que mostra que muitos têm interesse em entender do que se trata, de outro lado, no entanto, verificou-se que vários atores já utilizam no seu repertório de abordagens estratégicas que podem ser consideradas como redução de danos.

A grande presença de ACS nos encontros trouxe a necessidade de se instrumentalizar esse público para a abordagem no território. São os ACS, aliás, que mais vivenciam as questões ligadas ao uso de drogas. Por morarem na comunidade, convivem diariamente com situações do uso e abuso de drogas e com cenários de

tráfico. Diante desses cenários, eles têm dificuldade em se posicionar como profissionais de saúde.

Essa dificuldade não é exclusiva dos ACS. Em vários momentos nos encontros os participantes se definiram passionalmente, deram depoimentos pessoais, em muitas situações com dificuldade em manter distanciamento profissional diante dos casos de abuso, tocados por experiências pessoais, medos, estigmas, ideologias.

Enfim, pode-se assinalar que este foi um momento importante para os grupos participantes, a julgar inclusive pela avaliação em geral positiva que eles fizeram.

Como continuidade desse processo, como desdobramento das atividades de dispersão, outros processos de educação permanente foram disparados. O desenho metodológico aqui utilizado gerou o interesse para a aplicação também em outros distritos sanitários do município de Belo Horizonte.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do SUS em pauta. In: A gestão do trabalho e da educação na saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. p 94-116
2. Feuerwerker LC. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
3. Maranhão M, Macieira MEB. O processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalho. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2004. 250 p.

^b Ao final dos nove encontros ocorridos em 2013, foram propostos e realizados mais três encontros em 2014 com as equipes dos serviços que tiveram participação insatisfatória nos encontros iniciais: CS Ouro Preto, CS Dom Orione, CS Santa Amélia. Os dados referentes a esses encontros não foram incorporados a este artigo.

A abordagem da violência na atenção primária à saúde

The approach to violence in primary health care

Renata Cristina de Souza Ramos¹, Doriania Ozolio Alves Rosa¹, Clarisse Carvalho Leão Machado², Ana Maria Barros Peres³, Elza Machado de Melo³, Antônio Leite Alves Radicchi³

RESUMO

Introdução: as equipes de saúde da família como estratégia pública articuladora dos cuidados primários de saúde do indivíduo, da família e da comunidade deveriam ter no cerne de seu trabalho a prática da promoção à saúde. **Objetivos:** verificar a percepção dos profissionais integrantes das equipes de saúde da família do município de Ribeirão das Neves acerca da temática da violência. **Métodos:** estudo de abordagem qualitativa. O instrumento utilizado para coleta de informação foi um questionário semiestruturado, aplicado em entrevistas individuais. As questões abertas foram analisadas de forma qualitativa, pelo método hermenêutico-dialético. **Resultados:** foram entrevistados 316 profissionais, integrantes das 58 equipes de Saúde da Família, presentes no momento da entrevista. Foi realizado o tratamento do material por meio de categorização. **Conclusões:** o desenvolvimento de políticas e ações de prevenção da violência, visando reduzir o seu impacto na vida das pessoas, deveria ser intrínseco nas equipes da Atenção Primária. Mas, na prática, esta ainda não é uma realidade. As respostas encontradas demonstram que a incorporação da temática da violência nas equipes de saúde do município de Ribeirão das Neves ainda é um grande desafio.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Violência; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Family health teams as a public strategy that articulates the primary health care of the individual, the family and the community should have at the heart of their work the practice of health promotion. **Objectives:** To verify the perception of the professionals who are part of the family health teams of Ribeirão das Neves regarding violence. **Methods:** Qualitative approach study. The instrument used to collect information was a semi-structured questionnaire, applied in individual interviews. The open questions were analyzed qualitatively by the hermeneutic-dialectical method. **Results:** We interviewed 316 professionals, members of the 58 Family Health teams, present at the time of the interview. The material was treated by means of categorization. **Conclusions:** The development of policies and actions to prevent violence, aimed at reducing their impact on people's lives, should be intrinsic in Primary Care teams. But in practice, this is not yet a reality. The answers found demonstrate that the incorporation of violence in the health teams of Ribeirão das Neves municipality is still a great challenge.

Key words: Primary Health Care; Violence; Health Promotion..

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é estratégia de organização da saúde, para responder às necessidades de saúde das pessoas, aliando ações preventivas e

¹ Sistema Único de Saúde-SUS, Centro de Referência em Saúde Mental. Belo Horizonte, MG – Brasil; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves, Ribeirão das Neves, MG-Brasil. UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Renata Cristina de Souza Ramos
E-mail: re.psi@globo.com

curativas. Os serviços de atenção primária devem ser centrados na família e voltados para as necessidades da comunidade. Assim, deve obrigatoriamente ter “competência cultural”, comunicar-se diretamente com a população do território e reconhecer as suas diferentes necessidades. São atributos da APS: prestação de cuidado ao primeiro contato; responsabilidade longitudinal pelo usuário, com estabelecimento de vínculo ao longo da vida; cuidado integral da saúde e coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis.¹

O foco da saúde pública é prevenir os problemas de saúde que afetam a população, assegurar-lhe a melhor atenção e buscar a melhor saída para o maior número de pessoas. Atualmente, a temática da violência vem assolando a saúde das populações em geral e já atingiu números expressivos, tornando-se um problema de saúde pública e entrando na agenda do setor saúde no Brasil e no mundo. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou: *em todo o mundo a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de saúde pública.*²

O presente estudo tem o objetivo verificar o conhecimento dos profissionais integrantes das equipes de saúde da família acerca da temática da violência e as condições definidoras e norteadoras de suas práticas sanitárias no Programa Saúde da Família, no município de Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais, região metropolitana de Belo Horizonte, com população de 296.317 habitantes.³

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa que utilizou como instrumento de coleta de informação um questionário semiestruturado, aplicado em entrevistas individuais, com profissionais das 58 unidades básicas de saúde do município de Ribeirão das Neves-MG. As entrevistas foram feitas com amostra calculada com erro de 5%. As questões abertas foram analisadas de forma qualitativa pelo método hermenêutico-dialético, em que a análise é feita a partir do diálogo entre os dados empíricos gerados no estudo e as premissas teóricas adotadas. A análise qualitativa, segundo Minayo⁴, “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização

de variáveis”.⁴⁻⁶ A Tabela 1 mostra as perguntas abertas utilizadas e as respectivas categorias

Tabela 1 - Com início de ação e meia-vida dos opioides

Perguntas	Categorias
1- É função da unidade de saúde desenvolver ações de prevenção da violência. Por quê?	Transferência de responsabilidade para outros setores Realização de palestras e grupos
2- É possível combater a violência?	Descrença Repressão Educação Desigualdades sociais
3- Qual a melhor forma de prevenir a violência e promover a cultura de paz?	Família Religião Cultura da Paz

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 316 profissionais que se encontravam presentes nas unidades no momento da pesquisa. Os resultados e discussão serão apresentados seguindo as categorias eleitas.

É função da Unidade de Saúde desenvolver ações de prevenção da violência?

A transferência de responsabilidade para outros setores e ações de promoção muito incipientes é o que aparece nos relatos dos profissionais.

A forma como os serviços estão organizados, a falta de trabalho multidisciplinar e a escassa experiência de atuação diante da violência fazem com que os profissionais não tomem para si a tarefa de atuar no campo da prevenção. Os profissionais não efetivaram, no cotidiano da prática, as premissas da atenção primária nem assumiram o importante papel que possuem no desenvolvimento de melhoria nos determinantes sociais ou no modo de vida das pessoas, como formulado por Moraes.⁷ Percebe-se um desconforto do profissional quanto ao que lhe é exigido. Segundo eles, diante das várias atividades atribuídas, a realização de ações promotoras de saúde fica em segundo plano. Torna-se essencial construir modelo de organização de serviços baseado em condições sociopolíticas, materiais e humanas que viabilize o trabalho de qualidade tanto para os trabalhadores quanto para os usuários. Não atender a essa estrutura é correr o risco de deixar surgir a desmotivação do profissional, bem como desacreditar a proposta diante dos profissionais de saúde e da sociedade.⁸

Se, por um lado, muitos entrevistados não desenvolvem ações de prevenção à violência e promoção à saúde, transferindo essa responsabilidade para outros setores, por outro, mesmo aqueles que acreditam ser função da unidade, ainda o fazem de forma tímida, reduzindo-se em grupo operativo, palestra ou orientações. Claro, tais ações são importantes, mas pouco eficazes no que diz respeito ao impacto na vida das pessoas. É possível verificar que não ocorre a iniciativa de proporcionar espaços de trocas, de desenvolvimento de autonomia e de novas perspectivas.

É possível combater a violência?

As categorias encontradas revelam a descrença e a necessidade de repressão, mas também necessidade de investimento em educação e no combate às desigualdades sociais. Em alguns relatos fica explícita uma conformação com a violência, sendo ela reconhecida como natural e não como problema de saúde pública, passível de ser tratado com estratégias para amenizar a dureza do problema e prevenir que alcancem dimensões mais profundas, como recomenda a Organização Mundial de Saúde. Para a OMS², embora a violência esteja presente em todas as sociedades, o mundo não tem que aceitá-la como parte inevitável da condição humana.⁹

Há também a tendência a enfrentar a violência de forma repressiva, elegendo a punição como a melhor saída para a violência, com leis rígidas e punição. Limitar a solução para a violência a um Judiciário eficiente e à segurança pública é dar ao fenômeno da violência um único tratamento, correndo o risco da ineficácia, pois algo tão complexo requer mudanças nas políticas públicas e mais participação da sociedade. O Ministério da Saúde estabelece:

[...] A abordagem feita pela justiça criminal para prevenir a violência é a de tentar deter comportamentos potencialmente violentos no nível individual tratando atos violentos com a exacerbação da punição. Num contexto de globalização do crime organizado, corrupção e movimento de bilhões de dólares pelo tráfico de drogas e armas, essa estratégia, além de inefetiva tornou-se geradora de violência. Inversamente, a abordagem da saúde pública procura respostas às questões: “por que existem vítimas e perpetradores de violência? Quais são as causas dos diferentes tipos de violência? Como os diferentes tipos de violência variam de um contexto para

outro? Como podemos utilizar o conhecimento gerado pelos dados para reduzir a frequência com que as pessoas usam a violência contra outros? A abordagem da saúde pública é interdisciplinar e baseada na ciência [...]”¹⁰

Não é esquecida dos profissionais a educação, e algumas respostas são explícitas e indicam que a prevenção da violência começa na infância. A Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional afirma que “é direito de todo ser humano o acesso à educação básica”, assim como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que estabelece que “toda pessoa tem direito à educação”.^{11,12} O investimento em educação significa investimento em qualidade de vida. Escolas de qualidade têm o poder de influenciar positivamente as pessoas. Na escola, aprendem-se lições que norteiam o comportamento humano para atitudes minimamente toleráveis, de forma que seja possível existir vida em sociedade. Assim enfatizam Da Matta *et al.*¹³

Se os homens se falam, entendem-se. Vale dizer: se os recursos de mediação, se os instrumentos de mediação são acionados, o mundo continua seguro e tranquilo. Mas se uma pessoa abre mão disto, a realidade se transforma. Assim, o violento é o direto, a ação que dispensando intermediários age numa relação direta dos meios com os fins, sem consideração de quaisquer outras ordens. Quer dizer, meios e fins aqui não têm nenhuma legitimação porquanto não são mediatizados nem pela moralidade nem pelas leis. Deste modo, se quero, tomo; se desejo, estupro; se não possuo, roubo; se odeio, assassino; se sou contrariado, espanco. É a força bruta como instrumento direto que conta na violência, não o uso de um elemento intermediário como o costume, a palavras, o amigo ou a lei.¹³

As desigualdades sociais são apontadas por alguns como tendo um importante papel no crescimento da violência presente nas sociedades, logo sua abordagem representaria importante passo na prevenção da violência, como se pode ver na fala de alguns participantes que elegem como importante a melhoria na qualidade de vida da população, boas escolas, bons locais de recreação, trabalho adequado. O Conselho de Desenvolvimento Social ressalta as desigualdades no Brasil como importantes problemas a serem enfrentados na busca de decisões políticas que fomentem a equidade social. Entre as variáveis de inserção social está o nível de escolaridade da população brasileira, que é baixo e desigual.¹⁴

A realização de investimentos, no sentido de minimizar as desigualdades, poderia ter reflexos positivos na sociedade. A luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida. Isto implica aumento da renda, acesso à educação, transporte público, lazer, condições dignas de moradia e vários outros determinantes de saúde que devem estar presentes nas estratégias de promoção à saúde.

Qual a melhor forma de prevenir a violência e promover a cultura de paz?

A crença na família como um valor importante aparece como um pilar que precisa ser resgatado. Ações de prevenção da violência devem começar a acontecer bem no início da vida, promovendo o fortalecimento de laços familiares. As crianças, mesmo antes de nascer, precisam de condições favoráveis para se desenvolver. As características do ambiente em que vivem vão influenciar, favorecendo ou dificultando o desenvolvimento de suas potencialidades. Algumas circunstâncias da vida, as características do lugar onde é criada, de sua família e do próprio indivíduo podem deixá-los mais vulneráveis, dando margem para que a violência ocorra; ou, ao contrário, podem torná-los mais protegidos, dificultando a ocorrência da violência.¹⁴

Dessa forma, o acompanhamento qualificado do pré-natal e da saúde materno-infantil é o recurso que mais pode oferecer apoio, suporte e proteção para a criança e sua família. O profissional da saúde deve adotar estratégias que podem fortalecer o vínculo da família com o bebê antes e depois do nascimento e orientar as famílias sobre as formas de educar e de se relacionar com os filhos.^{14,15}

Alguns elegem a religiosidade e relação estabelecida com Deus como a melhor forma de combater a violência, demonstrando a fé como possibilidade de intervenção. De acordo com Libanio¹⁶, “a religião teve e tem uma força reconciliadora. Busca respostas para as perguntas fundamentais da humanidade a respeito de sua existência: de onde viemos, por que estamos nesta vida e para onde vamos além da morte?” Ainda segundo Libanio¹⁶, “a sabedoria popular repete com frequência, ao presenciar ou se inteirar de algum crime: falta religião. Vê na carência de religião a origem do crime. Significa que há uma percepção do povo da força libertadora que ela tem”.

Em muitos casos, a religião ou a fé é uma saída para enfrentamento da violência. “As práticas religiosas preenchem o vazio interior, ordenam a confusão mental, saciam o real desejo do mistério, acalmam e serenam as pessoas, reconciliando-as consigo e, daí, com os outros”.¹⁶ É como se tivesse o poder de pacificar.

Os depoimentos reforçam a ampliação das ações, de respeito à vida, de rejeição à violência, de ouvir o outro para compreendê-lo, de buscar equilíbrio nas relações, de forma solidária. A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu cultura da paz, em 1999, como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social.¹⁷ Toda e qualquer ação que tenha como base uma atitude de compreensão é uma forma de valorização da vida, de tentar colocar fim à violência.

É importante ressaltar que a cultura de paz não significa a ausência de conflitos, mas sim a busca por solucioná-los por meio do diálogo, da negociação e do respeito à diferença. A cultura de paz possui valores que pretendem humanizar as relações, em que o SER é maior que o TER. Os movimentos de cultura de paz têm por fontes inspiradoras o Manifesto 2000 por uma cultura de paz e não violência, projetado pelos ganhadores do Prêmio Nobel da Paz e outros documentos internacionais (Haia, Declaração Universal dos Direitos Humanos, documentos da UNESCO, Carta das Responsabilidades Humanas).¹⁸⁻²⁷

CONCLUSÃO

A incorporação da temática da violência nas equipes de saúde da família do município de Ribeirão das Neves encontra mais fragilidades que potencialidades. Os profissionais de saúde estão ainda muito voltados para uma prática individualista, demonstrando necessidade de melhor preparo para desenvolver ações de promoção à saúde. Pensar e agir no papel da saúde no enfrentamento das violências só é possível a partir de ações de promoção da saúde, que têm como diretrizes prioritárias a intersetorialidade, a autonomia e participação social. Essa dimensão do cuidado ainda não está inserida em todas as unidades

de saúde, necessitando de mais investigação quanto às dificuldades de se tornarem práticas cotidianas.

REFERÊNCIAS

- Starfield B. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 12(6):384-7.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades (IBGE). Cidade de Ribeirão das Neves- MG. [citado em 2016 out. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315460#>
- Minayo MCS. Ciência, técnica e arte. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizador. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.9-29.
- Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(Supl.1): 7-18.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Morais Neto OL, Castro AM. Promoção da saúde na atenção básica. *Rev Bras Saúde Família*. 2008 [citado em 2016 jan. 15]; 17(1): 8-13. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_saude_familia17.pdf
- Ribeiro EM, Pires D, Blank VL. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):20-4.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília/DF; 2002. [citado em 2016 jan. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
- Secretaria de Saúde da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVEP. Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANT. A violência e a Saúde: por que a violência é um problema de saúde pública? [citado em 2016 ago. 15]. Disponível em: <http://www2.saude.ba.gov.br/divep/arquivos/COPLAM/DANT/A%20VIOLENCIA%20E%20A%20SA%C3%A9DE.pdf>
- Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Publicado no DOU de 23.12.1996. [citado em 2016 nov. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm
- Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de dezembro de 1988. Texto constitucional de 5 de Outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 64/2010 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. [citado em 2016 nov. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm
- Da Matta R. As raízes da violência no Brasil. In: Pinheiro PS. *A violência brasileira*. São Paulo: Brasiliense; 1982. p.14-28.
- Ministério da Saúde (BR). Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Brasília: MS; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Rede Amamenta Brasil. Caderno do Tutor. Brasília: MS; 2009.
- Libanio JB. Religião: fator de violência ou de reconciliação? In: Melo EM. *Podemos prevenir a violência; teorias e práticas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. p.51-62.
- Organização das Nações Unidas. Declaração sobre uma Cultura de Paz. Resolução aprovada pela Assembleia Geral. 1999. [citado em 2012 jun. 16]. Disponível em: <http://www.un-documents.net/a53r243a.htm>
- Waiselfisz JJ. Mapa da violência IV: os jovens do Brasil: juventude, violência e cidadania. São Paulo: UNESCO; 2011.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília/DF; MS; 2002.
- Ministério da Saúde (BR). Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 64 p.
- Castro AM. A equipe como dispositivo de produção de saúde. O caso do Núcleo de Atenção ao Idoso [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2003.
- Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012; os novos padrões de violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011. 245p.
- World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.
- Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves (BR). Dados estatísticos. [citado em 2016 ago. 29]. Disponível em: www.neves.mg.gov.br
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 280p.
- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: MS; 2011.

Abordagens da alienação parental segundo a percepção de juízes e equipe interdisciplinar da Vara de Família do Fórum Lafayette/BH

Approaches to alienation according to the perception of judges and the interdisciplinary team of Lafayette Forum/BH parental alienation

Márcia Amaral Montezuma¹, Elza Machado de Melo¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

RESUMO

Este artigo analisa as abordagens da alienação parental a partir de duas categorias principais extraídas de pesquisa qualitativa envolvendo entrevistas com a equipe de estudos psicossociais, mediadores e juízes da Vara de Família do Fórum Lafayette de Belo Horizonte: abordagem da perícia propriamente dita e dos estudos psicossociais, que incluem intervenções terapêuticas. A primeira abordagem apresenta risco de medicalização do conflito familiar e de conduta essencialmente punitiva pela Lei 12.318/2010. A segunda abordagem mostrou-se mais resolutiva, ao estudar e intervir no conflito de forma a auxiliar cada membro da família a assumir a sua responsabilidade diante de suas escolhas e atos, segundo a contraposição da lógica da clínica do olhar de Foucault e da clínica da escuta psicanalítica. **Palavras-chave:** Alienação; Conflito Familiar; Alienação Parental; Perícia.

ABSTRACT

This article analyses the approaches to the parental alienation through the two main categories drawn from qualitative research involving interviews with the staff of psychosocial studies, mediators and judges of the Family Court of Lafayette Forum of Belo Horizonte: solely expert approaches and psychosocial studies with therapeutic monitoring approaches. If the first one presents risk of a family conflict medicalization and of a solely punitive conduct by the hands of the 12.318/2010 Law, the second approach was more resolute in studying and intervening in the conflict in order to help each member of the family to take responsibility towards his choices and acts as the best way of resolving conflicts, according to the contraposition of the logic of Foucault's gaze clinic and of the psychoanalytic listening clinic.

Key words: Alienation; Family Conflict; Parental Alienation; Expertise.

INTRODUÇÃO

A alienação parental é definida na Lei 12.318/2010, art. 2º, como a interferência na formação psicológica da criança ou adolescente promovida ou induzida por um dos genitores ou por aqueles que tenham a criança ou o adolescente sob sua guarda, para que repudie o outro genitor ou cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculos com este.

Festejada no meio jurídico, onde profissionais se deparam com essa situação com frequência¹, a citada lei foi, entretanto, muito questionada no meio PSI², de um lado, por ser herdeira da concepção de Gardner³, psiquiatra forense norte-americano que, ao lançar uma campanha de alcance internacional para incluí-la na última revisão

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Márcia Amaral Montezuma
E-mail: marciamontezuma@uol.com.br

do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), tentou transformar o que seria um conflito familiar em mais um transtorno mental infantil, o qual chamou de síndrome de alienação parental; e de outro lado, por privilegiar o aspecto punitivo a quem pratica os atos de alienação parental, em vez do estabelecimento de intervenções precoces e políticas públicas que minimizem os fatores predisponentes.

Apesar da lei não ter adotado o termo *síndrome* de alienação parental, utilizando em seu lugar *atos* de alienação parental, no art. 5º consta que *pode ser necessário* que o juiz determine perícia psicológica ou biopsicossocial. Ora, não tendo sido reconhecida como transtorno mental pelo DSM-V⁴ e sem respaldo científico⁵, excluída, portanto, a função primordial de diagnosticar uma doença, o que se pode esperar de uma abordagem pericial em ações de alienação parental?

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com juízes, mediadores e a equipe que dá suporte técnico às decisões judiciais no Fórum Lafayette de Belo Horizonte, composta por psicólogos e assistentes sociais. Todos foram intencionalmente selecionados a partir do seu envolvimento, interesse e expertise sobre o tema. O número das entrevistas foi definido segundo critério de saturação. Utilizou-se roteiro elaborado pelos pesquisadores. As entrevistas ocorreram após agendamento, exceto com dois juízes, que se prontificaram a concedê-las no momento do convite. Tiveram duração média de uma hora e meia e transcorreram em ambientes que apresentaram condições de privacidade. Todos os participantes assinaram o TCLE. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo.⁶ Privilegiaram-se as interseções teóricas obtidas em revisão ampla da literatura com as informações empíricas dos entrevistados. Dessa maneira, foram definidas duas principais categorias: abordagem da perícia propriamente dita e abordagem dos estudos psicossociais e intervenções terapêuticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com cinco juízes, dois mediadores, seis psicólogos e dois assistentes

sociais da equipe de estudos psicossociais, todos da Vara de Família do Fórum Lafayette, de Belo Horizonte, referidos doravante pelas letras J (J1, J2, J3, J4, J5 – juízes) e E (E1, E2, E3, etc. – à equipe interdisciplinar).

Abordagem pericial propriamente dita

A princípio, juízes se referem à abordagem pericial como meio de diagnóstico de alienação parental – “*Em geral, eu coloco a seguinte a questão: há ou não há alienação parental, se há, qual é o tipo da alienação parental e ponto*” (J3) – e de abuso sexual, alegação que não é infrequente nesses casos – “*A gente precisa saber: houve ou não houve o abuso? Se não houve, o pai vai ser tachado de pedófilo e como é que ele vai ficar? Ele vai corrigir essa imagem dele como? Mas por outro lado, se houve você vai deixar o pai em contato com a criança? E o prejuízo pra essa criança?*” (J3).

Para a equipe interdisciplinar torna-se muito difícil diagnosticar uma doença que não é reconhecida como tal, bem como avaliar a veracidade desse tipo de alegação, uma vez que, por definição, para ser chamado de alienação parental, o ato deve ocorrer na ausência de um abuso real, embora na prática critérios de diferenciação não tenham sido claramente definidos.⁷

Não existe a possibilidade de responder esse tipo de coisa, porque o pessoal brinca que a ciência psi tem bola de cristal: se ele vai delinquir de novo, se vai matar de novo, se o abuso sexual aconteceu no passado... Então não precisa dizer isso, tem que responder o que é... é possível responder outras coisas, mas isso não é possível (E1).

A divergência entre a necessidade dos juízes e a possibilidade dos peritos responderem a ela é estudada por vários autores, para quem as abordagens periciais têm um grande peso na decisão judicial. São demandados aos profissionais laudos conclusivos, sem ambiguidade, sendo que nem sempre existem ferramentas suficientes⁸ nem consenso possível em campos como a Psicologia e a Psiquiatria, que apresentam diferentes pontos de vista, alguns, inclusive, imbuídos de preconceitos quanto ao sexo e outros.⁹

Juízes justificam a necessidade de laudos conclusivos:

A perícia em sentido processual tem um significado muito específico, porque é meio de prova tal como depoimento pessoal, tal como a prova documental, tal como a prova testemunhal. E a perícia de acordo com a nossa regra processual em vigor, ela se destina a apurar

questões técnicas que o magistrado por si só não seria capaz de esclarecer (J2).

Um exemplo de procedimento que segue a lógica da prova documental seria a aplicação de testes psicológicos, procedimento que apenas um membro da equipe relatou fazer, mesmo assim eventualmente:

Eu também utilizo testes psicológicos. Com que objetivo? Vamos supor, um pai alega que uma mãe é extremamente violenta, é agressiva e ele impede o convívio da mãe com as filhas. Às vezes eu utilizo outros para avaliar crianças com dificuldade de verbalizar, de expressar. Então, para entender como ela está emocionalmente, como que ela se vê naquela família, às vezes utilizo, não é sempre (E2).

Em pesquisa com peritos, advogados e juizes, Bow *et al.*¹⁰ enumeraram os procedimentos periciais em avaliações de alienação parental segundo sua efetividade, tendo encontrado que a aplicação de testes foi o procedimento menos efetivo (juntamente com entrevistas conjuntas com os pais). Entrevistas individuais com os genitores foi o procedimento de mais efetividade.

Outros membros da equipe questionam a aplicação de testes:

Se eu fizer uma avaliação, por exemplo, com um teste psicológico, e se eu disser que o pai tem uma tendência à impulsividade, tem uma personalidade de tal jeito ou de outro... o lugar do perito é um lugar de dizer a verdade. Como se o perito, que está fora do caso, tivesse a verdade sobre o caso (E5).

Em consonância com o receio da equipe, Sousa e Brito¹¹ advertem que os discursos produzidos por peritos defem *status* de ciência e, portanto, valor de verdade, que, segundo a percepção da equipe, confirmada na literatura, envolve risco de medicalização do conflito familiar pela rotulação de menores⁷: “é o sujeito suposto poder. Os profissionais que se prestam a dar posições extremamente assertivas estão correndo um risco de normatizar a família do ponto de vista psicológico, da aptidão, da normalidade. A gente foge da delegação de tudo isso” (E1).

Bem como risco de abordagem exclusivamente punitiva: “eu tento trabalhar evitando ao máximo usar esse termo alienação parental nos meus laudos. Porque eu acho que quando você usa isso, pro

juiz a coisa já está dada, já está posta, e aí entende-se que aplicar a lei resolve (E9).

A mesma posição é expressa quando da resposta aos quesitos, cuja elaboração por parte dos assistentes técnicos faz parte do processo. São usuais quesitos como o citado por Fidler e Bala¹²: seriam os benefícios (de curto ou longo prazo) de colocar a criança com o genitor rejeitado maiores do que os riscos de trauma ou dano por ser temporariamente separada do genitor alienador?

A gente nunca respondeu isso. A gente responde: a situação é essa, é possível que ela fique com um, com outro, então a gente não devolve em forma de uma sentença, porque isso também não é da nossa competência, não é da nossa responsabilidade e também não podemos fazer avaliações tão prescritivas, dar garantias... Uma coisa que me preocupa muito no lugar de perito é isso, como se você pudesse garantir (E5).

Se a definição denexo de causalidade refere-se à relação que deve existir quando se observam o resultado danoso e a busca de sua causa, por meio de “uma sequência coerente e lógica de fatores para se afirmar que certo resultado teve sua causa em determinada ação ou omissão”¹³, a escolha do enfoque na alienação parental torna-se problemática tanto quando se privilegia a conduta do que maltrata quanto quando o foco é o impacto na percepção de segurança da criança ou no possível dano.⁷

Definida a função pericial como “a descrição completa do objeto da prova pericial, após inspeção ocular”¹⁴, está instaurada a soberania do olhar – “olho que sabe e que decide, olho que rege”.^{15:100} Na lógica de Foucault¹⁵, a alienação parental, então, como qualquer doença, passa a se apresentar ao observador sob a forma de sintomas e signos diretamente ligados a um significado, assim como dor, rubor, calor e tumor significam inflamação. Assim, os nomes se antecipam ao observador, que pelo olhar já porta um saber prévio, procurando o que já conhece sem se prestar a conhecer.

Abordagens dos estudos psicossociais e intervenções terapêuticas

Tentando então quebrar com essa ideia da perícia, que está alimentada de um suposto saber

jurídico, mais do que psicológico em si, eu coloco um recheio que eu entendo que vai de encontro com as minhas questões éticas. Eu acredito que o trabalho é perpassado pela clínica se a gente considerar os princípios da clínica, e o primeiro deles é a escuta. Não está escrito lá na perícia que você tem que dar a devolutiva do seu parecer para aquele que você consultou, avaliou. Mas está escrito no nosso código de ética (E9).

Como também está escrito no artigo 151 da Lei nº 8.069/1990, que estabelece à equipe interprofissional atribuições para além das periciais, como aconselhamento, orientação, encaminhamento e prevenção.

Eu não estou desconstruindo o valor da perícia, mas eu acho que a gente conseguiu dar um passo adiante, sabe, ao não deixar ficar cristalizado o nosso lugar de dar uma resposta para a justiça e sim fazer um estudo e trabalhar o caso (E4).

Eu acho que o juiz tem pedido outras coisas, porque eles começam a mandar para acompanhamento, para estudo psicológico, é diferente de perícia, de avaliação (E1).

A função da equipe oscila, portanto, entre a tarefa de avaliação do indivíduo e a de intervir no conflito familiar, não respondendo assim à lógica adversarial do Direito,¹⁶ bem como de estudar o contexto social da família:

Os estudos têm realmente uma conotação de algo que é auxiliar e cujo objetivo é esclarecer certas situações fáticas. Então, por exemplo, se a gente tem dúvidas a respeito de conferir uma guarda para o pai, para a avó, para um tio, a gente precisa saber em que situação aquelas pessoas vivem, desde como é a casa em si, como também qual o grupo familiar que está lá, como é a vizinhança, quem trabalha e faz o que, ganha quanto, a criança estuda ou não e isso é feito em caráter de constatação (J2).

Autores também consideram fundamental a abordagem social da família, assim como intervenções precoces e políticas públicas que não apenas auxiliem juízes e famílias em processos de divórcio, mas atuem na prevenção de agentes estressores que venham a somar ou mesmo favorecer o conflito familiar.¹⁷

Outras equipes já vêm adotando uma reorientação em sua prática, buscando recursos próprios a cada contexto familiar para a resolução do conflito² por meio de terapia, aconselhamento e acompanhamento das visitas, procedimentos recomendados por autores de diferentes correntes teóricas.¹²

A equipe interdisciplinar, contudo, tem limites quanto ao atendimento no Fórum:

O enquadre é diferente, as pessoas não me escolheram, eu tenho que dar uma resposta ao juiz, o sigilo não existe (E2).

Então, eu acredito que o nosso trabalho é perpassado pela clínica, mas é preciso marcar a diferença também, para que o vínculo não seja confundido com um vínculo terapêutico, com uma demanda de terapia, porque não é isso que a gente faz aqui (E9).

Quanto ao caráter compulsório do tratamento, à quebra do sigilo profissional e à exigência de especialização do psicólogo expressa no 2º parágrafo do art 5º da Lei 12.318/2010, Sousa e Brito¹¹ questionam se seria possível aos peritos, em tal contexto, levar em conta as preconizadas determinações históricas, sociais, econômicas e políticas que estariam contribuindo, ao longo do tempo, para a alienação parental.

Como alternativa, um juiz propõe que o atendimento psicológico seja anterior ao início do processo judicial, o que também foi defendido por Sousa²: “*eu acho que antes de ingressar com uma ação, a pessoa deveria passar por um tratamento, passar por uma terapia, porque isso iria facilitar a compreensão, o entendimento daquela situação*” (J4).

Outro juiz reconhece: “*o psicólogo, o mediador, eles têm possibilidade de chegar pra pessoa e falar assim, olha, esse problema é um problema seu, você que tem que resolver. A mágoa é sua, chama pra conversar, senta pra conversar, olha nos olhos, resolve isso, resolve aquilo*” (J5).

Recorremos à psicanálise, teoria que orienta grande parte dos entrevistados, para diferenciar uma conversa terapêutica de uma coloquial. Lacan^{18:47} define a fala da seguinte maneira: “*falar é antes de mais nada falar a outros*” e “*ouvir significa dar importância real ao outro, comprometer-se com sua fala e cuidar bem do seu endereçamento*”. Só se pode dizer que houve comunicação onde se obteve uma resposta, não qualquer resposta, imediata, carregada de um saber prévio, mas uma resposta que indica o registro da mensagem, cuja posterior utilização poderá vir a lhe conferir sentido. O resultado esperado dessa conversa é claro: “*a abordagem é tentar trazer a responsabilidade das pessoas para a tomada de decisões na sua vida, são decisões da sua vida privada*” (E5).

Segundo os entrevistados, o que diferencia o olhar pericial da intervenção terapêutica, nesse contexto, é

a escuta dali onde reside a sua particularidade, do que o sujeito faz do seu sintoma e da sua parcela de responsabilidade no litígio. Apropriando-se assim do seu saber e do seu desejo, torna-se possível ao sujeito responsabilizar-se pelas suas escolhas e atos¹⁹, em vez de delegar ao terceiro da Justiça suas próprias decisões. Porque a Justiça também tem seus limites, afirma um juiz: “*se eu não preparar as partes, se eu não trabalhar as partes é muito provável que essa solução do ponto de vista jurídico, do ponto de vista do Direito não tenha fim ou não tenha resultado*” (J5).

CONCLUSÃO

A inconsistência da definição de alienação parental revela-se nos termos da Lei 12.318, em que não consta como transtorno mental, mas consta a possível necessidade de perícia; e na fala dos entrevistados, que se recusam a aceitá-la como um diagnóstico psiquiátrico, por temor ao risco de normatização da família e de que o mesmo seja tomado como uma sentença. Essa inconsistência conceitual torna difícil a comprovação denexo causal e a previsão de dano psíquico, bem como a distinção de abuso.

Sendo, portanto, a abordagem exclusivamente pericial percebida como insuficiente para gerar opiniões conclusivas, apresentam-se como alternativas de mais consistência resolutiva as abordagens dos estudos psicossociais e de acompanhamento terapêutico, que, para além do olhar pericial, daquele que supõe saber sobre o outro, oferecem a escuta por meio da qual é possível ao outro, como sujeito, responsabilizar-se por suas escolhas e atos, direcionamento este considerado a melhor forma de resolução de conflitos.

REFERÊNCIAS

1. Perez EL. Breves comentários acerca da lei da alienação parental (lei 12.318/2010). In: Incesto e alienação parental. 3ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2013.
2. Sousa AM. Síndrome da alienação parental: um novo tema nos juízos de família. São Paulo: Cortez; 2010.
3. Gardner R. Recent trends in divorce and custody. *Academy Forum*. 1985 [citado em 2016 jan. 15]; 29(2). Disponível em: www.fact.on.ca
4. DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª ed. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
6. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 12318, de 26 de agosto de 2010. Brasília: MS; 2010. [citado em 2016 jan. 15]. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil
7. Walker LE, Shapiro DL. Parental alienation disorder: why label children with a mental diagnosis? *J Child Custody*. 2010; 7: 266-86.
8. Clemente M, Padilla-Racero D. Are children susceptible to manipulation? The best interest of children and their testimony. *Child Youth Serv Review*. 2015; 51: 101-7.
9. Harman JJ, Biringen Z, Ratajack EM, Outland PL, Kraus A. Parents behaving badly: gender biases in the perception of parental alienating behaviors. *J Family Psychol*. 2016; 51: 101-7.
10. Bow JN, Gould JW, Flens JR. Examining parental alienation in child custody cases: a survey of mental health and legal professionals. *Am J Family Therapy*. 2009; 37: 127-45.
11. Sousa AM, Brito LMT. Síndrome de alienação parental: da teoria norte-americana à nova lei brasileira. *Psicol Ciênc Profissão*. 2011; 31(2): 268-83.
12. Fidler BJ, Bala N. Children resisting postseparation contact with a parent: concepts, controversies and conundrums. *Family Court Review*. 2010; 48(1): 10-47.
13. Tonholli DA. Responsabilidade civil, penal e administrativa do médico perito. In: Epiphany EB, Vilela JRPX. *Perícias médicas: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
14. Diniz MH. *Dicionário jurídico*. São Paulo: Saraiva; 1998.
15. Foucault M. *O nascimento da clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1980.
16. Miranda Junior HC. *Um psicólogo no tribunal de família: a prática na interface Direito e Psicanálise*. Belo Horizonte: Arte Sã; 2010.
17. Agllias K. Difference, choice, and punishment: parental beliefs and understandings about adult child estrangement. *Aust Soc Work*. 2015; 68(1): 115-29.
18. Lacan J. *O Seminário – livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
19. Lacan J. *O Seminário – livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1988.

Aborto legal: percepção de profissionais sobre as dificuldades no atendimento das vítimas de violência sexual

Legal Abortion: health professionals perception of the challenges faced on the care of victims of sexual violence

Heliane Anghinetti¹, Filipe da Silva¹, Cristiana Marina Barros de Souza², Názia Aparecida Pereira³, Adriane Cançado Figueiredo⁴, Fabricia Voieta da Silva Teixeira⁵, Flávia Cristina Silva Mendes⁶, Maria Helena Costa⁷, Elza Machado de Melo³

RESUMO

Introdução: este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos profissionais de Belo Horizonte a respeito da oferta de cuidado às vítimas de violência sexual e dos desafios encontrados para garantir o direito à interrupção da gravidez dos casos previstos em lei. **Metodologia:** foram realizadas entrevistas estruturadas utilizando questionários autoaplicáveis *online*, com profissionais da rede pública de Belo Horizonte, matriculados no curso Para Elas, modalidade a distância. **Conclusão:** observou-se que aspectos culturais, religiosos e de capacitação dos profissionais podem dificultar a garantia no direito das mulheres ao aborto legal.

Palavras-chave: Violência Sexual; Gravidez; Aborto legal; Violência contra Mulher; Violência Sexual; Atenção.

ABSTRACT

Introduction: This study aims to discuss the perception of professionals in Belo Horizonte concerning the available care for victims of sexual violence and the challenges faced in order to guarantee their right to interrupt the pregnancy, according to the current legislation. **Methodology:** structured interviews were carried out using online self-administered questionnaires, with professionals from the Public Network of Belo Horizonte, enrolled in the Distance Learning Course "Para Elas". **Conclusion:** It was observed that cultural, religious and training aspects of the mentioned professionals can women's right to legal abortion.

Key words: Sexual Violence; Pregnancy; Abortion, Legal; Violence Against Women; Attention.

INTRODUÇÃO

A violência sexual é uma das formas mais comuns de violência contra a mulher, porém, é uma das mais veladas. Segundo Souza e Adesse¹, somente em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a violência sexual como todo ato sexual não desejado ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção. Estudos e pesquisas revelam a grande magnitude dessa violação no âmbito doméstico, muitas vezes associada a um contexto de violência física e/ou psicológica.²

A percepção da violência sexual ultrapassa a capacidade de pensar e agir, principalmente para quem se tornou vítima de atos violentos legitimados no cotidiano de um casal.¹ É necessário chamar a atenção para os elementos da cultura e da

¹ Polícia Civil de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMS-PBH. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ SMS-PBH, Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ SMS-PBH, Saúde Mental. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ Secretaria de Segurança Pública de Minas Gerais-Sesp, Programa Mediação de Conflitos; UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁷ Psicanalista. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Heliane Hanginetti
E-mail: hanghy@uol.com.br

socialização masculina que legitimam e tornam invisível a violência sexual contra a mulher, mostrando a necessidade de vencer essas barreiras para que o enfrentamento desse complexo fenômeno seja efetivo.²

A legislação brasileira ao longo dos anos vem criando dispositivos que visam pensar mecanismos de proteção às mulheres em situação de violência e, mais especificamente, de violência sexual. O Código Penal Brasileiro³ de 1940, em seu artigo nº 213 (alterado pela Lei 12.015 de 2009), define estupro como “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. A violência sexual foi por ele retratada em seu âmbito geral, deixando a discussão da violência na esfera familiar para outras legislações. Embora a Constituição Federal de 1988⁴ tenha previsto em seu artigo nº 226 a obrigação do Estado de assegurar a assistência à família e criar mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações e, também, o Brasil tenha se tornado signatário de importantes convenções com o objetivo de erradicar a violência contra a mulher, foi com o advento da Lei Maria da Penha⁵ que o foco passou a ser o ambiente doméstico e familiar.

O estupro ainda tem destaque no recorte da estatística de violência sexual entre mulheres e meninas. Pesquisa divulgada em 13 de outubro de 2016 pelo Centro Integrado de Informações de Defesa Social (CINDS)⁶, da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Minas Gerais (SEDES), revelou que, em quase dois anos de levantamento, foram registrados 6.388 boletins de ocorrência de violência sexual contra pessoas na faixa etária pesquisada de zero a 18 anos, sendo o estupro o mais recorrente – equivalente a 87% dos casos, dos quais 80% eram contra vulneráveis de até 14 anos. A pesquisa mostrou ainda que 58% das vítimas são negras e pardas. A proximidade da vítima com o autor foi outro dado que chamou a atenção: em 85% dos casos, os agressores são pessoas conhecidas ou fazem parte da família ou estão próximos da vítima ou são de um círculo de convivência da vítima.

O aborto é tipificado pela legislação brasileira como crime contra a vida, seja praticado pela gestante ou por terceiro, com ou sem seu consentimento, conforme previsto nos artigos nº 124 a 127 do Código Penal Brasileiro³, que prevê ainda a forma qualificada do delito quando do ato resultem lesão corporal ou morte. Só é legalmente permitido quando praticado por médico, em casos necessários para salvar a vida da gestante ou para interromper gravidez em decorrência de estupro, conforme destaca o artigo nº 128. Em abril de 2012, o

Supremo Tribunal Federal aprovou uma ampliação do permissivo legal que trata a interrupção da gravidez, incluindo, nos casos permitidos, anencefalia fetal.⁷ Obviamente que tal interrupção da gestação, prevista em lei, só terá efetividade, como direito de saúde, quando se romperem as barreiras morais e culturais. Ainda são muitos os desafios para as mulheres que se encontram nesse perfil, entre os quais a recusa dos profissionais médicos, falta de infraestrutura e exigência de procedimentos burocráticos que acabam por causar mais constrangimento e insegurança à mulher.⁸ O objetivo deste estudo é analisar as opiniões de profissionais acerca do direito da mulher de interromper a gravidez resultante de violência sexual.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa que utilizou como fonte de dados os questionários autoaplicáveis *online*, respondidos por profissionais da rede pública de Belo Horizonte, matriculados no curso Para Elas, modalidade a distância, sobre Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, do Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/Faculdade de Medicina/UFMG, em parceria com o NESCON/UFMG e com Ministério da Saúde, no período de abril de 2014 a setembro de 2016. Trata-se, portanto, de estudo censitário, com análise estatística descritiva.

RESULTADOS

Os questionários foram respondidos por 230 profissionais que atuam ou já atuaram em serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência, em Belo Horizonte, sendo que a quase totalidade é residente nesse mesmo município (99%). Deste total, 75% são mulheres e 25% são homens, na faixa etária de 20 a 69 anos, em sua maioria na idade entre 30 e 39 anos (42%). Os entrevistados apresentam distribuição quase paritária em relação ao estado civil, sendo 47% casados, 43% solteiros. Em relação à cor, 49% se reconhecem brancos, 12% negros e 34,8% pardos. Quanto ao nível de escolaridade, 97% dos profissionais possuem nível superior; destes, 47% informaram que durante seu curso de graduação a temática violência de gênero foi abordada, mas de forma insuficiente, enquanto que 42% dos respondentes disseram que não houve essa abordagem.

Quanto à interrupção da gravidez, 8,7% dos profissionais responderam que os serviços onde trabalham realizam a interrupção legal da gravidez; 20% responderam que não; 19,6% não sabem; e 51,7% responderam que a questão não se aplica (o serviço não comporta esse tipo de cuidado; o profissional atua na gestão). Quando perguntados, porém, sobre sua opinião sobre o tema, 70% dos profissionais concordam com o direito ao aborto legal, contra 10% de discordantes e 16% que responderam não terem opinião formada. A Tabela 1 mostra os aspectos que, na opinião dos entrevistados, dificultam a garantia do direito de interrupção legal da gravidez, decorrente de violência sexual.

Tabela 1 - Com início de ação e meia-vida dos opioides

Variáveis	Dificulta	
	Sim (%)	Não (%)
Influência cultural e religiosa do paciente	209(91)	21(9)
Influência cultural e religiosa do profissional	170(74)	60(26)
Influência cultural da família	203(88,3)	27(11,7)
Inexistência de hospital	92(40)	138(60)
Capacidade técnica e infraestrutura do serviço	133(57,8)	97(42,2)
Capacidade técnica e capacitação dos profissionais	145(63)	85(37)
Outros	31(13,5)	199(86,5)

Fonte: Entrevistas com profissionais do Curso Para Elas.

Entre as variáveis que dificultam o direito de interrupção legal da gravidez, a influência cultural e religiosa da mulher e da família são as predominantes e alcançam elevados percentuais de respostas positivas dos profissionais: esses elementos mais uma vez vigoram e incidem sobre o corpo e sobre o desejo feminino; vigiam e regulam o seu modo de ser e de agir; retiram-lhe sua autonomia; colocam-se acima do direito e da lei. Incluídos na variável “outros” estão razões importantes como o medo da punição e criminalização do aborto; preconceito em geral; morosidade dos processos jurídicos, burocracia e falta de vontade dos gestores; falta de capacitação, desconhecimento e insegurança dos profissionais sobre o procedimento; fragilidade da rede socioassistencial, problemas de saúde da mulher.

DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo, influência de aspectos morais, culturais e religiosos, é corroborado

por Menezes e Aquino⁹, para quem a abordagem da violência contra a mulher, em específico a violência sexual, abrange o estudo das dimensões morais, psicológicas e físicas que a encobrem, tornando as medidas de enfrentamento um desafio constante. O aborto, sendo objeto de forte sanção social, mesmo sendo legal, implica dificuldades no seu relato pelas mulheres, particularmente em contextos de ilegalidade, como no Brasil. Envolve a tomada de consciência dos mecanismos de poder e de submissão que os sujeitos vivenciam a partir de laços e vínculos estabelecidos em relações interpessoais atravessadas por esses mecanismos que têm origem, não raramente, em uma estrutura tecida e envolvida pelo uso de força real ou simbólica.

Outro fator de dificuldade na realização da interrupção legal da gravidez demonstrado pelo estudo é a falta de capacidade técnica e capacitação dos profissionais. Não raro, os profissionais utilizam seus próprios critérios morais em suas práticas assistenciais e adotam ações punitivas, agindo como verdadeiros juízes.¹⁰ Em estudo realizado por Diniz *et al.*¹¹, verificou-se que a maioria dos serviços de abortamento legal estrutura-se de modo a reproduzir a postura de desconfiança dos profissionais de saúde quanto à narrativa da vítima. A mera discussão ou a transmissão de conhecimento não é garantidora de um processo de reflexão dialética e de transformação das opiniões e práticas, estabelecendo como questão o desafio da qualificação dos profissionais atuantes nos serviços voltados para a atenção à saúde da mulher.¹⁰

Conforme destacado na citação do Código Penal Brasileiro, Decreto-Lei nº 2848 de 1940, artigo nº 128 inciso II³, não existe exigência legal de que a vítima que sofreu violência sexual apresente documentos comprobatórios sobre a violência sexual sofrida, sendo a afirmação e o consentimento da vítima indícios suficientes para a efetivação do aborto legal pela equipe médica. São necessários apenas a palavra e o consentimento da vítima. A Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes^{12:69} enfatiza que “o Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando terem sofrido violência deve ter credibilidade, ética e, legalmente, deve ser recebida como presunção de veracidade”. Portanto, não cabe ao profissional de saúde se contrapor à vítima ou colocar sua palavra em dúvida, uma vez que o seu papel é amparar e não promover investigação ou apuração da veracidade dos fatos como se procede no Poder

Judiciário. Sua prática deve se ancorar na oferta do cuidado humanizado e no estabelecimento de vínculo como princípios norteadores; evitar abordagens que causem embaraços e sofrimento à mulher; e, muito importante, deve se eximir, ao máximo, de valores moralistas, culturais e religiosos para não exporem a vítima a constrangimentos inaceitáveis, sendo sua atitude norteada, acima de tudo, pela imparcialidade (justiça), tal como preconizado pela Política Nacional de Atenção integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.¹³ Cabe também alertar à vítima de que a verdade deve ser predominante, pois a mesma deve ter ciência de que se o fato não for verídico poderá responder legalmente pelo crime de aborto.¹²

É importante informar que, para todo o caso de estupro ou qualquer forma de abuso sexual, sendo ele detectado pelos profissionais de saúde, as condutas exigem imediatismo e ações emergenciais, especificamente a profilaxia contra a hepatite B, quimioprofilaxia contra a infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) e a proteção medicamentosa contra doenças sexualmente transmissíveis (DST) não virais. Caso já tenham passado mais de 72 horas, é necessária a propeidêutica necessária. Além dessas condutas, se a vítima estiver em idade reprodutiva e for do sexo feminino, a contracepção de emergência deve ser dada e, no caso de gravidez confirmada, abre-se a possibilidade da sua interrupção. O cuidado deve ser prestado por equipe interdisciplinar, pois além da exposição imediata ao risco de doenças e gravidez indesejada, a violência sexual pode produzir inúmeros problemas de saúde físicos como cefaleias, distúrbios gastrintestinais, dor pélvica, etc. e/ou psicológicos e comportamentais, por exemplo, alterações de ordem sexual, depressão, ansiedade, transtornos alimentares e uso abusivo de drogas, que exigem o acompanhamento longitudinal da mulher.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre violência sexual causa inquietação e o contexto em que o fato está inserido é um desafio para autoridades, pesquisadores e estudiosos. Impossível uma receita que possa servir como remédio para esse tipo de agressão. Cada sociedade parece reagir de forma diferenciada diante do problema e tanto o infrator quanto a vítima revelam comportamentos múltiplos que exigem análises e estudos distintos e muitas vezes individualizados.

As respostas dos profissionais participantes da pesquisa demonstraram que os valores morais, religiosos, bem como a criminalização do aborto, são determinantes que influenciam significativamente a garantia do direito ao aborto legal, reforçando a necessidade de ampliar as discussões sobre o tema em nossa sociedade. Nesse sentido, há a necessidade de instrumentalizar os profissionais a respeito das leis e os procedimentos necessários para garantir à mulher vítima de violência sexual o atendimento ágil e efetivo. Além disso, o atendimento à vítima de violência sexual deve sempre ser pautado na humanização, como meio de aprimorar a relação do atendimento, cuidado, acolhimento, autonomia. Isso só é possível com o compartilhamento de conhecimentos e experiências entre os agentes que lidam com esse fenômeno no cotidiano.

A morosidade dos processos e a ausência de infraestrutura dos serviços também receberam destaque como fatores que interferem na qualidade e agilidade do atendimento às vítimas. Ao considerar a maior atenção por parte do Estado, pontua-se a necessidade de que se liberem mais recursos financeiros, materiais e humanos para que o trabalho realizado possa ser desenvolvido de forma satisfatória e eficaz, sustentando os direitos adquiridos.

REFERÊNCIAS

1. Souza CM, Adesse L. Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, IPAS; 2005. 188p. [citado em 2017 jan. 06]. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2014/02/SPM_violenciasexual2005.pdf.
2. Cerqueira D, Coelho DSC. Nota técnica nº 11. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde (versão preliminar). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2014. [citado em 2017 jan. 06]. Disponível em: http://www.agenciapatriagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/07/IPEA_estupronobrasil2014.pdf
3. Delmanto C. Código Penal. 9ª ed. São Paulo: Saraiva; 2016.
4. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: MS; 2006.

6. Secretaria de Estado de Governo de Minas Gerais. SEDPAC realiza debate sobre o enfrentamento do estupro contra crianças e adolescentes. Agência Minas. [citado em 2017 jan. 06]. Disponível em: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticia/sedpac-realiza-debate-sobre-o-enfrentamento-do-estupro-contra-criancas-e-adolescentes>.
7. Pimentel C, Jinkings D. Anencefalia: STF aprova interrupção da gravidez. Agência Brasil. [citado em 2017 jan. 06]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-04-12/anencefalia-stf-aprova-interruptao-da-gravidez>.
8. Morais LR. A legislação sobre o aborto e o impacto na saúde da mulher. Saúde da mulher. Senatus. 2008 [citado em 2017 jan. 06]; 6(1): 50-8. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/131831/legisla%C3%A7%C3%A3o_aborto_impacto.pdf?sequence=6.
9. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cad Saúde Pública. 2009 [citado em 2017 jan. 06]; 25(Supl.2): s193-s204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002&lng=en.
10. Lemos A, Russo JA. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. Interface (Botucatu). 2014 [citado em 2017 jan. 06]; 18(49): 301-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200301&lng=en.
11. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev Bioét. 2014 [citado em 2017 jan. 06]; 22(2): 291-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=en.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [citado em 2017 jan. 06]. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/MS2009_politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.
14. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG). Guia de atendimento às mulheres em situação de violência. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2015. 24p. [citado em 2017 jan. 06]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=cartilha-violencia-contra-mulher.pdf>

Acesso à mamografia de rastreamento nas unidades básicas de saúde do distrito sanitário leste do município de Belo Horizonte

Access to screening mammography in basic health units of the health district east of the municipality of Belo Horizonte

Maurício Cavalcanti de Andrade¹, Sandra Paulucci², Marce Helena Barroso², Daniela de Almeida Ochoa Cruz¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte – SMS-PBH, Distrito Sanitário do Barreiro. Belo Horizonte, MG – Brasil.

O câncer de mama é o tipo de neoplasia que possui a maior incidência e a maior mortalidade na população feminina em todo o mundo. No Brasil são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama em 2016. No Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada. O câncer de mama, quando detectado precocemente, tem prognóstico amplamente favorável. O Documento de Consenso, Controle do Câncer de Mama 2004¹, recomenda o exame clínico anual das mamas para mulheres a partir dos 40 anos e rastreio mamográfico bianual entre 50 e 69 anos. Este trabalho avalia o acesso à mamografia de rastreamento nas mulheres de 50 a 69 anos pela Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS, do Distrito Sanitário Leste (DSL) de Belo Horizonte, sendo observada baixa cobertura dos exames de mamografia para rastreamento para a população-alvo.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Saúde da Mulher; Serviços de Saúde da Mulher; Mamografia.

ABSTRACT

The breast cancer is the kind of neoplasia that has the highest incidence and mortality in the female population worldwide. In Brazil, 57,960 new cases of breast cancer are expected, with an estimated risk of 56.20 cases per 100,000 women in 2016. In Brazil, the increase in incidence has been accompanied by an increase in mortality, which can mainly be attributed to a delay in diagnosis and in the institution of appropriate therapy. Breast cancer, when detected early, has a favorable prognosis. In the Consensus Document, Breast Cancer Control 2004¹, the government recommends annual clinical examination of breasts for women aged 40 and older and biennial mammography screening between 50 and 69 years. This study evaluates the access to screening mammography among women aged 50 to 69 years old by the Health Services of Primary Health Care (SUS), of the Eastern Sanitary District (DSL) of the Municipality of Belo Horizonte, with low coverage of mammography screening for the target population.

Key words: Breast Neoplasms; Women's Health; Women's Health Services; Mammography.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Maurício Cavalcanti de Andrade
E-mail: mauriciodeandrade@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença heterogênea, com comportamento distinto, observada por variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas

genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêuticas.¹ É o mais incidente em mulheres, excluindo-se os casos de pele não melanoma, representando 25% do total de casos de câncer no mundo em 2012, com aproximadamente 1,7 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (522.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres.² No Brasil são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama, com risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres em 2016, de acordo com a Estimativa 2016 de Incidência de Câncer no Brasil.³

A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 12,66 óbitos/100.000 mulheres em 2013.⁴

A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente a partir dos 40 anos.⁵ A mortalidade também aumenta progressivamente com a idade, conforme dados para o Brasil.⁶ Na população feminina abaixo de 40 anos, ocorrem menos de 10 óbitos a cada 100 mil mulheres, enquanto na faixa etária a partir de 60 anos o risco é 20 vezes maior.

O rastreamento do câncer de mama é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com mais impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menos morbidade associada.⁵

O rastreamento pode ser oportunístico ou organizado. No primeiro, o exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam às unidades de saúde, enquanto no modelo organizado é dirigido às mulheres na faixa etária alvo, que são formalmente convidadas para os exames periódicos. A experiência internacional tem demonstrado que o segundo modelo apresenta melhores resultados e baixos custos.⁴ Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, com cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado, a mortalidade por câncer de mama vem diminuindo. As evidências do impacto do rastreamento na mortalidade por essa neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).⁵

No Brasil, conforme revisão das Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, publicada em 2015, a mamografia é o método preconizado para

rastreamento na rotina da atenção integral à saúde da mulher. É o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama. A mamografia de rotina é recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos. Essa faixa etária e a periodicidade bienal são adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama e baseiam-se na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo e no balanço favorável entre riscos e benefícios.⁶ Em outras faixas etárias e periodicidades, o balanço entre riscos e benefícios do rastreamento com mamografia é desfavorável.⁶ O êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares: informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; alcançar a meta de cobertura da população-alvo; garantir acesso a diagnóstico e tratamento oportunos; garantir a qualidade das ações; e monitorar e gerenciar continuamente as ações.

Um teste eficaz tem de ser aplicado a mais de 70% da população em risco.¹⁰ Importante ressaltar que o rastreamento depende do atendimento na APS, onde devem ser feitos o exame clínico das mamas, a solicitação da mamografia para a população-alvo ou, quando necessário, retorno da paciente com resultado do exame para avaliação do médico que fizera o encaminhamento. O acesso e a avaliação nas unidades de nível de complexidade secundária, como as que realizam exame de mamografia e demais exames complementares e, ainda, na alta complexidade, que efetuam o tratamento cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, acompanhamento clínico e os cuidados paliativos têm como foco a detecção e a confirmação diagnóstica das lesões em fases iniciais, para encaminhamento oportuno ao tratamento.

Em 2009, foi criado o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) desenvolvido pelo INCA, em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), como ferramenta para gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama. Os dados gerados pelo sistema permitem avaliar a oferta de mamografias à população-alvo e estimar sua cobertura, avaliar a qualidade dos exames, a distribuição dos diagnósticos, a situação do seguimento das mulheres com exames alterados, entre outras informações relevantes ao acompanhamento e melhoria das ações de controle da doença. Atualmente, o sistema está sendo substituído pelo Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), versão

online que integra o SISCOLO e o SISMAMA, que está em fase de implantação desde 2013.⁷

Pretende-se, neste artigo, avaliar o acesso à detecção precoce do câncer de mama, por meio de programa de rastreamento com exames de mamografia, na população-alvo, faixa etária de 50 a 69 anos, solicitados na APS pelas unidades básicas de saúde (UBS) do DSL do município de Belo Horizonte.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo do tipo ecológico, retrospectivo e de abordagem quantitativa. As fases da pesquisa foram: levantamento bibliográfico, coleta de dados, análise e discussão dos resultados. A pesquisa foi realizada na população feminina do DSL do município de Belo Horizonte, na faixa etária de 50 a 69 anos, que utilizou as UBS para realização de mamografia de rastreamento. A população desse distrito é de 239.997 pessoas.⁸ E de acordo com o Índice de Vulnerabilidade da Saúde¹⁶, 9,5% pertencem à área de muito elevado risco, 15,4% risco elevado, 40,4% às áreas de baixo risco e 35% representam as áreas de risco médio.⁸

Para a melhor organização administrativa e assistencial do DSL, as UBS foram organizadas em três grandes microáreas, que se assemelham segundo suas características, risco e proximidade de território. São elas: micro 1 – AVC, GF, NH, TA, MA e VC (alto risco); micro 2 – HO, MAM, PA e PO (baixo risco) e micro 3 – BV, SI, SG e SJO (médio risco).

Os dados populacionais utilizados, relacionados à população feminina, foram obtidos do banco de dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).⁸ Para o cálculo da população feminina usuária do SUS, usaram-se os dados da Pesquisa por Amostra de Domicílio-MG (PAD-MG) 2013¹² realizada pela Fundação João Pinheiro, referente ao percentual de pessoas da região metropolitana de Belo Horizonte que informaram não possuir plano privado de saúde, cujo percentual foi de 70% da população total.

Considerou-se para levantamento o número de exames de mamografia de rastreamento realizados pelo SUS com a população feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, solicitados por 13 UBS do DSL do município de Belo Horizonte, no período de agosto de 2012 a julho de 2013, com base em dados secundários coletados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e no SISMAMA.

No SISMAMA são registrados os dados de solicitação e resultados de mamografia, citopatológicos e anatomopatológicos de mama. Foram usados dados do número de exames de mamografia de rastreamento por unidade solicitante, na população feminina de 50 a 69 anos. No SIA são registrados os procedimentos realizados em âmbito ambulatorial. Em estudos recentes, Azevedo e Silva *et al.*⁹ e Souza¹⁰ verificaram diferença entre os registros encontrados no SISMAMA e SIA/SUS, o que se observou também no nosso levantamento, com percentual de 45% de registros a menos no SISMAMA em relação ao SIA/SUS no mesmo período. Diferentemente dos dois autores, que usaram dados do SIA/SUS, optou-se por usar os dados do SISMAMA adicionado de 45% referente às diferenças entre os sistemas, por ele dispor de informações por unidades de saúde.

Foi utilizado o indicador de processo definido pela Ficha Técnica de Indicadores Relativos às Ações de Controle do Câncer de Mama¹³ calculado pela razão do número de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos pela população da mesma faixa etária, com parâmetro igual a 1, que indica que a oferta de exames é suficiente para atender a população-alvo. A relevância desse indicador é possibilitar a avaliação do acesso à mamografia de rastreamento entre as mulheres de 50 a 69 anos. O cálculo do indicador ficou assim definido:

Nº de mamografias na faixa etária de 50 a 69 anos, residentes no local e período (A)

I = -----

Metade da população feminina nessa faixa etária no respectivo local e período (B)

Sendo:

I = Indicador de processo para avaliar o acesso à mamografia de rastreamento;

A = Nº de mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, residentes no local e período estudado, acrescido de 45% referente à diferença entre os dois sistemas;

B = metade da população feminina nessa faixa etária que utiliza o SUS (70% que não têm plano de saúde) no local e período estudados.

RESULTADOS

Calculou-se para efeito comparativo a população SUS dependente de Minas Gerais, de Belo Horizonte,

e de cada uma das áreas de abrangências das UBS estudadas, na população feminina de 50 a 69 anos, representado pela Tabela 1, com o resultado sendo usado na construção do denominador da fórmula do indicador adotado. Todas as áreas estudadas seguem o mesmo padrão populacional, com a população feminina decrescendo com o aumento da faixa etária.

A Tabela 2 representa o número de mamografias para rastreamento na faixa etária de 50 a 69 anos, realizadas em Minas Gerais, Belo Horizonte, e nas UBS com dados do SISMAMA acrescido pela correção utilizada (45%) para compensar a diferença de informação encontrada no SIA/SUS. Utilizaram-se para se chegar a esse fator como referência os dados de todas as mamografias realizadas no município de Belo Horizonte encontrados no SISMAMA e no SIA/SUS no mesmo período.

O cálculo do indicador de acesso à mamografia de rastreamento adotado neste estudo, para cada unidade da regional leste, é mostrado na Tabela 3.

Como se pode observar na Figura 1, o percentual de cobertura de mamografias de rastreamento nas regiões estudadas mostrou-se baixo, em alguns casos bem abaixo do percentual recomendado, que é de 70% de cobertura da população-alvo. Os resultados obtidos mostram que os centros de saúde com o maior percentual de cobertura são o Centro de Saúde Granja de Freitas (53,79%) e o Centro de Saúde Boa Vista (51,83), com resultados bem próximos um do outro. Abaixo desses valores encontra-se a maioria das unidades estudadas, em uma faixa de cobertura entre 20 e 40%, como o C.S. Novo Horizonte (40,04%), C.S. Taquaril (33,34%), C.S. Alto Vera Cruz (30,21%), C.S. Mariano de Abreu (29,86%), C.S. Vera Cruz (26,25%), C.S. São José Operário (25,24%), C.S. São Geraldo (21,44%), C.S. Pompeia (20,12%) e a cidade de Belo Horizonte (35,26%). Com valores entre 10 e 20% estão o C.S. Paraíso (16,82%) e o C. S. Marco Antônio de Menezes (10,70%). E, finalmente, o Centro de Saúde Horto (7,82%), que apresentou o menor percentual de cobertura.

Tabela 1
Distribuição da população feminina de 50 a 69 anos usuária do SUS, estimada para o Distrito Sanitário Leste - BH

Área de abrangência	População				Total	População usuária do SUS				Total
	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos		50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	
Minas Gerais	584.829	479.713	376.213	290.172	1.730.927	409.380	335.799	263.349	203.120	1.211.649
Belo Horizonte	81.458	66.795	53.155	39.961	241.369	57.021	46.757	37.209	27.973	168.958
C.S. Alto Vera Cruz	614	426	365	268	1.673	430	298	256	188	1.171
C.S.Boa Vista	573	433	328	304	1.638	401	303	230	213	1.147
C.S.Granja de Freitas	200	138	103	90	531	140	97	72	63	372
C.S.Horto	3.164	2.607	2.153	1.613	9.537	2.215	1.825	1.507	1.129	6.676
C.S.Marco Antônio de Menezes	2.629	2.162	1.683	1.150	7.624	1.840	1.513	1.178	805	5.337
C.S.Mariano de Abreu	985	671	554	384	2.594	690	470	388	269	1.816
C.S.Novo Horizonte	481	326	194	148	1.149	337	228	136	104	804
C.S.Paraíso	1.923	1.584	1.263	872	5.642	1.346	1.109	884	610	3.949
C.S.Pompeia	1.246	1.060	909	657	3.872	872	742	636	460	2.710
C.S.São Geraldo	980	829	638	451	2.898	686	580	447	316	2.029
C.S.São José Operário	589	506	366	312	1.773	412	354	256	218	1.241
C.S.Taquaril	639	437	329	235	1.640	447	306	230	165	1.148
C.S.Vera Cruz	980	727	561	430	2.698	686	509	393	301	1.889

Fontes: IBGE/PAD FJP

Tabela 2
Nº de Mamografias de Rastreamento SISMAMA/SUS Agosto 2012 - Julho 2013

Área de abrangência	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	Total	Área de abrangência	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	Total
	anos	anos	anos	anos			anos	anos	anos	anos	
Belo Horizonte	7.298	5.991	4.424	2.832	20.545	Belo Horizonte	10.382	8.687	6.415	4.106	29.590
C.S. Alto Vera Cruz	46	36	29	11	122	C.S. Alto Vera Cruz	67	52	42	16	177
C.S.Boa Vista	73	59	40	33	205	C.S.Boa Vista	106	86	58	48	297
C.S.Granja de Freitas	27	13	14	15	69	C.S.Granja de Freitas	39	19	20	22	100
C.S.Horto	58	53	33	36	180	C.S.Horto	84	77	48	52	261
C.S.Marco Antônio de Menezes	59	42	50	26	197	C.S.Marco Antônio de Menezes	86	90	73	38	286
C.S.Mariano de Abreu	81	47	40	19	187	C.S.Mariano de Abreu	117	68	58	28	271
C.S.Novo Horizonte	51	29	21	10	111	C.S.Novo Horizonte	74	42	30	15	161
C.S.Paraíso	83	64	47	35	229	C.S.Paraíso	120	93	68	51	332
C.S.Pompeia	59	65	33	31	188	C.S.Pompeia	86	94	48	45	273
C.S. Santa Inês	16	12	11	8	47	C.S. Santa Inês	23	17	16	12	68
C.S.São Geraldo	65	50	26	11	150	C.S.São Geraldo	91	73	38	16	218
C.S.São José Operário	37	37	12	22	108	C.S.São José Operário	54	54	17	32	157
C.S.Taquaril	55	40	21	16	132	C.S.Taquaril	80	58	30	25	191
C.S.Vera Cruz	69	42	33	27	171	C.S.Vera Cruz	100	61	48	39	248

Fontes: SISMAMA, SIA/SUS

Tabela 3

Índice de cobertura mamografica da população-alvo das UBS do Distrito Sanitário Leste -BH

Área de abrangência	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	Total
Belo Horizonte	37,12	37,16	34,48	29,36	35,26
C.S.Alto Vera Cruz	31,02	35,03	32,85	16,97	30,21
C.S.Boa Vista	52,79	56,47	50,43	44,93	51,83
C.S Granja de Freitas	55,93	38,87	56,39	69,05	53,79
C.S Horto	7,59	8,42	6,35	9,25	7,82
C.S Marco Antônio de Menezes	9,30	11,88	12,31	9,37	10,70
C.S. Mariano de Abreu	34,04	29,00	29,90	20,48	29,86
C.S. Novo Horizonte	43,89	36,89	44,78	27,88	40,04
C.S. Paraíso	17,88	16,74	15,42	16,64	16,82
C.S. Pompéia	19,62	25,40	15,05	19,54	20,12
C.S. São Geraldo	26,63	25,00	16,87	10,09	21,44
C.S. São José Operário	26,04	30,31	13,59	29,27	25,24
C.S. Taquaril	35,68	37,91	26,48	28,12	33,34
C.S. Vera Cruz	29,17	23,93	24,35	26,01	26,25

Fontes: SISMAMA;SIA/SUS;IBGE;PAD FJP

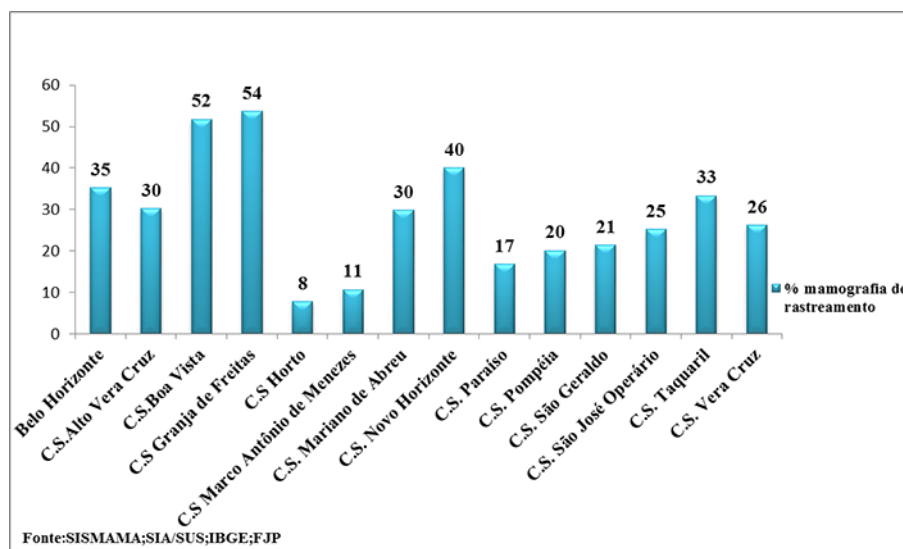


Figura 1 - % de Mamografia de Rastreamento das UBS do DISAL de Belo Horizonte Agosto 2012 - Julho 2013.

DISCUSSÃO

Observou-se que a cobertura tem distribuição heterogênea em relação às faixas etárias, não seguindo o padrão populacional, que se apresentou em declínio com o aumento da faixa etária. Os dados nem sempre apresentaram maior cobertura na faixa etária de maior população, como é o caso do C.S. Granja de Freitas, que na faixa etária de 65 a 69 anos obtiveram a mais alta cobertura (69,05%). Em contrapartida, a unidade obteve nesse grupo o menor número de mulheres, deixando numericamente mais mulheres sem o benefício da mamografia de rastreamento, referentes às outras faixas etárias.

A razão entre mamografias e população-alvo do rastreamento mostrou-se baixa em todas as faixas etárias das regiões analisadas, com o resultado abaixo do esperado, 70% de cobertura, sendo possível ainda que este resultado esteja superestimado, uma vez que não foram consideradas as possíveis repetições realizadas. Pode-se, ainda, pensar que a cobertura da mamografia foi avaliada apenas com exames gerados na rede de serviço do SUS e que a mesma esteja subestimada, caso algumas mulheres tenham realizado o exame em serviços privados. Outra possibilidade é relacionar a baixa cobertura das unidades da microárea 2, classificada como baixo risco, com o baixo índice de vulnerabilidade. Esses

valores, como observado por Azevedo e Silva *et al.*⁹, foram inferiores aos verificados em países de alta renda onde foram organizados programas de rastreio de base populacional, como, por exemplo, na Inglaterra. Naquele país a cobertura foi de 73% em 2010/2011 e se aproxima daquela relatada em cidades latino-americanas, incluindo São Paulo. Uma das hipóteses para essa baixa cobertura pode ser a não utilização de um programa de rastreamento organizado, com a convocação de mulheres na faixa etária da população-alvo e sim a utilização do modelo oportunístico, menos efetivo e mais oneroso.

Outro fator que se pode sugerir quanto à baixa cobertura é a deficiência de capacitação das equipes de profissionais envolvidos no processo e, até mesmo, resistência em se seguir o protocolo da maneira preconizada, resultando em erros de encaminhamentos, tanto relacionados à indicação clínica incorreta, quanto à realização de mamografias de rastreamento fora da faixa etária da população-alvo.

Uma proposta de trabalho a partir dos resultados obtidos seria a realização de inquéritos com as usuárias do SUS, das regiões estudadas, atingindo-se mais confiabilidade na cobertura do rastreio mamográfico da população, acompanhado de um estudo com a equipe de profissionais responsáveis pelo processo, avaliando a qualidade do encaminhamento e o correto seguimento das recomendações para o programa de rastreamento.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Documento de Consenso. Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Genova: WHO Globocan; 2012.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
4. Instituto Nacional de Câncer. Atlas da mortalidade. Rio de Janeiro: INCA; 2015. [citado em 2016 nov. 14]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>.
5. Adami H, Hunter D, Trichopoulos D. Testbook of cancer epidemiology. 2nd ed. Oxford: University Press; 2008.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. [citado em 2016 nov. 14]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
7. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações do Câncer de Mama do SUS. [citado em 2016 nov. 14]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0402>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. [citado em 2016 nov. 14]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
9. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, Tomazelli JG, Santos IS. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. Cad Saúde Pública. 2014; 30(7): 1537-50.
10. Souza CRM. Acesso para detecção precoce do câncer de mama na região de saúde de Vitória da Conquista. Bahia; 2016.
11. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. [citado em 2016 nov. 14]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf
12. Fundação João Pinheiro. Boletim PAD-MG. Pesquisa de Amostra por Domicílios, Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2013.
13. Instituto Nacional de Câncer. Ficha técnica de indicadores relativos às ações de controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Vulnerabilidade Social. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
15. Ministério da Saúde (BR). Rastreamento. Brasília: MS; 2010.
16. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Índice de Vulnerabilidade da Saúde – Belo Horizonte; 2012. [citado em 2016 nov. 14]. Disponível em: <http://intranet.smsa.pbh/cgi/deftohtm.exe?pop2010/pop2010.def>.

O adolescente e o sistema socioeducativo

The adolescent and the socio-educational system

Paula Saraiva Rocha¹, Maria Radharani Santos Rocha Fonseca², José Xavier Pereira Junior³, Elerson Márcio dos Santos⁴, Clayson de Faria e Silva⁴, Cristiane de Freitas Cunha⁵

RESUMO

Este artigo pretende verificar os efeitos da privação de liberdade na perspectiva das adolescentes que se encontram em cumprimento da medida de internação a partir de relatos colhidos numa unidade socioeducativa de Belo Horizonte. Nesse cenário onde se propõe cumprimento de normas, regras, atividades e rotinas, a aposta é que o adolescente possa se revelar não apenas como sujeito de direito, mas como sujeito de seu desejo.

Palavras-chave: Adolescente; Ato Infracional; Medida Socioeducativa; Psicanálise.

ABSTRACT

This article aims to verify the effects of deprivation of liberty from the perspective of adolescents who are in compliance with the hospitalization measure from reports collected in a socio-educational unit in Belo Horizonte. In this scenario, where it is proposed to comply with norms, rules, activities and routines, the bet is that the adolescent may reveal himself not only as subject of law, but as subject of his desire.

Key words: Adolescent; Infraction; Socio-Educational Measure; Psychoanalysis.

INTRODUÇÃO

Com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a proposta de defesa e promoção dos direitos humanos das crianças e adolescentes instaura uma nova doutrina, da proteção integral. Essa doutrina se refere ao conjunto de instrumentos jurídicos relacionados à infância, em que o adolescente tem o direito de ser julgado por um juiz imparcial e independente, com as garantias processuais do respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e de prioridade absoluta. “Os direitos da criança e do adolescente devem ser válidos com a presteza necessária para que sirvam, no tempo certo, como alicerces do desenvolvimento pessoal e como garantias da integridade pessoal”^{1:38}. Diferentemente da Doutrina da Situação Irregular, que ressaltava que “o poder de decisão sobre a vida de qualquer menor estava sujeito à intervenção do juiz e das instituições, o abandono moral ou material poderia ser caracterizado como motivo para a retirada do meio social”^{2:48}.

O ECA diferencia juridicamente crianças e adolescentes, conforme a faixa etária, definindo crianças como todo ser humano até 12 anos de idade e adolescente de 12 a 18 anos. Esse corte etário, característico da proteção integral, diz de:

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Cristiane de Freitas Cunha Grillo
E-mail: cristianedefreitasacunha@gmail.com

[...] um olhar desviado da infração e focado nas condições pessoais, sociais e de convivência comunitária da criança, reveladoras da necessidade de respostas pedagógicas, de iniciativas de recuperação e preservação da saúde, de promoção do ser humano ou resgate da cidadania não vivenciada ou perdida^{1:40}.

O ECA também define que as crianças são inimputáveis penalmente e, caso infrinjam a lei, são determinadas medidas protetivas. Para os adolescentes, apesar de também serem penalmente inimputáveis, respondem pelos atos que cometeram, a partir do cumprimento de medidas socioeducativas, que são determinações judiciais com teor punitivo, ainda que não essencialmente, conforme será visto na continuidade deste artigo. Essas medidas seriam aplicadas devido à prática de atos infracionais equiparados ao crime ou contravenção penal análoga ao Código Penal. Nelas estão presentes dois elementos: defesa social e intervenção educativa¹ que revelam o reconhecimento da responsabilização do adolescente diante dos seus atos. É um marco que rompe com a perspectiva anterior de uma política destinada aos menores com a visão assistencialista, punitiva e excludente. Portanto, as medidas socioeducativas devem ser aplicadas em conformidade com as circunstâncias, gravidade da infração e capacidade de cumprimento do adolescente, revelando o respeito à condição peculiar de pessoa em processo de desenvolvimento, característica própria da Doutrina da Proteção Integral.

O princípio da condição peculiar de pessoa em processo de desenvolvimento, basilar de todo o sistema da infância, é o referencial que norteia a aplicação de medidas responsabilizatórias em condições diferentes das estabelecidas para os adultos.

Preconiza-se a necessidade de considerar a adolescência reconhecendo como uma singularidade jurídica do sistema, com efeitos específicos e garantias previstas. Assim, preleciona que:

O adolescente tem ainda o direito de ver respeitada sua peculiar condição de pessoa em desenvolvimento (cf. arts. 6º e 121, caput, terceira parte, da Lei nº 8.069/90 e art. 227, §3º, inciso V, terceira parte, da Constituição Federal), não podendo sua conduta ser equiparada à de um adulto e/ou efetuadas ilações ou comparações à quantidade de pena privativa de liberdade que receberia caso fosse imputável, seja para justificar a aplicação de medidas privativas de liberdade, seja perpetuar no tempo a execução

destas, fazendo a contenção do adolescente se estender por um período superior ao estritamente necessário para sua recuperação^{3:222}.

Eleva-se o referido princípio num *status* de imprescindibilidade para o estabelecimento do Sistema da Infância, desse modo qualquer intervenção em crianças e adolescentes deve partir desse princípio.

Numa proposta legislativa inovadora e complementar ao ECA, em 2006, o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) foi publicado como resultado de uma construção coletiva de representantes de entidades, do governo e operadores do Sistema de Garantias de Direitos (SGD), com o objetivo de reafirmar as diretrizes do ECA. O SGD possui como objetivo efetivar a implementação da Doutrina da Proteção Integral a partir da integração das políticas públicas de atendimento destinadas à infância e à juventude. O SINASE ratifica o ECA e se constitui em uma política pública destinada à inclusão do adolescente em conflito com a lei, demandando iniciativas dos diferentes campos das políticas públicas e sociais para efetivar a implementação da política de atendimento socioeducativo.

Em 2012, o SINASE tornou-se lei, pois, até então, se configurava como resolução e após algum tempo o Projeto de Lei 12.594/12 foi sancionado, com a proposta de promover mais efetividade nas ações da política de atendimento ao adolescente em conflito com a lei.

O SINASE avança ao determinar o caráter pedagógico da medida em detrimento aos aspectos sancionatórios, mas deve ser pensado para além das atividades, como um ponto de abertura para acolher o adolescente, criando um espaço em que o adolescente possa também dizer de seu desejo. Entre outros avanços, apresenta-se como tendência a priorização das medidas de meio aberto em detrimento às medidas de privação de liberdade, que indica a inversão da lógica de internação. Outras propostas são apresentadas por esse sistema como a formação continuada dos operadores do sistema de garantias de direitos, o trabalho intersetorial e de rede.

Como as medidas socioeducativas são executadas hoje? Com o avanço do ECA e a criação do SINASE, como se verifica, na prática, a execução dessas medidas socioeducativas, principalmente a de internação? A partir da legislação sobre a política de atendimento ao adolescente autor de ato infracional, este artigo pretende revelar os efeitos do cumprimento da medida de internação pela perspectiva das adolescentes.

A medida socioeducativa de internação por tempo indeterminado

Segundo o previsto na legislação especial, tendo sido cometido o ato infracional, cabe à autoridade judicial responsável a aplicação de uma das medidas socioeducativas previstas no artigo 112 do ECA, cujo principal objetivo é a responsabilização pelo ato praticado e a reinserção social desses adolescentes, autores de atos infracionais. Tratando-se da medida de internação, esta é delimitada num prazo máximo de três anos, conforme preconiza o art. 121 do ECA.

Em Belo Horizonte há seis unidades de internação por tempo indeterminado, sendo cinco delas para adolescentes do sexo masculino. O número de adolescentes em cumprimento em cada uma delas varia de acordo com a estrutura física e capacidade de lotação. Não há, como preconizado na legislação, separação por idade, compleição física e tipo de ato infracional. Entretanto, uma das unidades é destinada aos adolescentes com idade entre 12 e 15 anos, devido à grande diferença desse grupo específico em relação aos demais. Duas unidades possuem mais capacidade de atendimento e atendem, atualmente, cerca de 80 adolescentes cada. As outras três atendem, em média, 40 adolescentes. Das seis unidades de internação localizadas na comarca de Belo Horizonte, apenas uma atende adolescentes do sexo feminino, sendo também a única no estado de Minas Gerais. O centro feminino tem capacidade para 43 adolescentes. A unidade recebe adolescentes acauteladas provisoriamente, ou seja, que ainda estão aguardando decisão judicial e adolescentes já sentenciadas e que estão em cumprimento da medida socioeducativa de internação por tempo indeterminado. Por se tratar da única unidade feminina no estado, as adolescentes são provenientes de diversos municípios, comprometendo a possibilidade de convivência familiar, um dos eixos da medida propostos na legislação especial.

As medidas socioeducativas privativas de liberdade, entre elas a internação e a semiliberdade, são as medidas mais gravosas previstas no ECA e, segundo a norma legal, só devem ser aplicadas quando se tratar de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência contra a pessoa ou, ainda, em caso de reiteração no cometimento de outras infrações graves.

O SINASE prevê parâmetros para o trabalho socioeducativo que incluem diretrizes pedagógicas, a prevalência de ações socioeducativas sobre os aspectos

meramente sancionatórios, a participação ativa da família e da comunidade na experiência socioeducativa, entre outros, muitos deles ainda não vivenciados na prática cotidiana do sistema socioeducativo.

Nessa perspectiva, é importante que o caráter punitivo não se sobreponha à função socioeducativa da medida, para que seja possível que o adolescente em cumprimento se perceba como sujeito, participe e que consiga construir saídas para sua vida. A medida deve viabilizar não apenas a responsabilização pela prática do ato infracional praticado, indo além, e permitindo um processo de reintegração social, o resgate dos vínculos familiares e comunitários e o acesso à rede socioassistencial. Para que isso seja viável, é imprescindível o acesso à garantia de direitos, viabilizando a pretensão socioeducativa das medidas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi pesquisa qualitativa a partir da análise de alguns fragmentos de entrevistas semiestruturadas realizadas no Centro de Reeducação Social São Jerônimo com algumas adolescentes. A fim de estudar, pela perspectiva das adolescentes, os efeitos do cumprimento da medida socioeducativa de internação, os critérios de inclusão utilizados para a escolha do objeto de estudo foram adolescentes femininas que se encontram há mais de um ano em cumprimento de medida socioeducativa de internação e que tenham cometido o ato infracional de homicídio devido à relevância e gravidade que esse ato promove.

RESULTADOS

A fim de contribuir para a reflexão sobre a repercussão da medida socioeducativa de internação, foi interrogado às adolescentes sobre os efeitos da experiência de privação de liberdade. Ressalta-se que os nomes utilizados são fictícios e foram escolhidos aleatoriamente. Os fragmentos a seguir retratam a realidade das adolescentes que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa de internação.

Aqui, pra tudo, você precisa deles, até pra pedir uma água e é muito ruim depender das pessoas. Lá em casa já não, quando eu tava com fome eu abria a geladeira a hora que eu queria, tomava um banho a hora que eu queria e aqui não. Pra você tomar um banho tem que

ser uma hora marcada, pra comer tem que ser na hora marcada (Carla).

Porque eu não posso fazer as coisas que eu quero. Se eu vou tomar remédio, tem uma agente atrás de mim. Se eu vou estudar, tem uma agente atrás de mim. Se eu vou no [...], tem um agente atrás de mim. Eles estão roubando meu oxigênio, cara! Isso é ruim (Andrea).

Um dos aspectos apresentados pelas adolescentes diante da privação de liberdade é a situação de assujeitamento em que as adolescentes se encontram dentro da unidade socioeducativa. Há um comprometimento da autonomia a partir do momento em que o acesso à realização de atividades diárias é limitado. Cabe ressaltar que a convivência nem sempre é preservada, pois, quando alguma delas não adota um comportamento em conformidade com as normas da instituição, recebe sanções disciplinares as quais são impedidas de participar de atividades coletivas, permanecendo no alojamento, privando-as, assim, do convívio entre as adolescentes.

Por outro lado, pode-se pensar que algumas adolescentes poderiam se servir desse momento de privação como uma possibilidade de estabelecer uma barra, de dar um tratamento, um contorno diante desse turbilhão pulsional⁴ próprio da adolescência?

Então, eu pensei muito no que eu fiz e me arrependi bastante. Aprendi assim, as coisas não serem tudo na minha hora, porque minha mãe e meu pai fazia muito as minha vontade, tudo que eu queria tinha que ser na minha hora, senão eu dava um piti. Aí aqui não, aqui você dando seu piti eu não, não é na hora que você quer as coisas (entrevistada Carla).

A experiência de privação de liberdade, para essas adolescentes, pode corresponder a uma supressão de autonomia ou a um momento de reposicionamento diante do turbilhão pulsional profícuo desse período da adolescência e da privação. Assim, a partir da escuta, propiciar, por meio da palavra, uma oportunidade de se posicionar de forma diferente no mundo.

Seria esse um momento de privação o qual propiciaria o surgimento do sujeito adolescente ou momento esse marcado pela submissão? Questões surgem na tentativa de elucidar, a partir da verdade do sujeito, o efeito da medida para cada uma delas.

Porque no meu pensamento tem hora que dar raiva deu tá aqui na internação sem ter matado. Por que eu penso assim: era melhor eu ter matado do que eu tá aqui “marchando” agora (Suzana).

Eu não aprendi nada não. Eu acho que isso daqui é uma porcaria. – Isso aqui, você entra aqui e sai mais revoltado ainda. Aí que você apronta mesmo. O alojamento é todo cheio de rachadura, infiltra água à toa. Não tem água. A água é gelada. Não tem sabonete na unidade, não tem absorvente, não tem papel higiênico, não tem chinelo, não tem roupa nova... ô dó! (Marcia).

De acordo com o ECA, as unidades de internação devem apresentar alojamentos em condições de salubridade e higiene, a fim de que se garantam, juntamente com outros quesitos, os direitos desses adolescentes. No entanto, percebe-se que os alojamentos apresentam uma equivalência com as celas de presídios adultos, apresentando um número excedente de indivíduos por alojamento e estruturação física inadequada e insalubre. Constata-se, portanto, a dissonância entre a execução da medida socioeducativa e o que a legislação preconiza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme relato das adolescentes e a legislação, o que se percebe no ambiente institucional é que muitas vezes o adolescente se vê inserido numa prática ritualizada que tende a elidir a dimensão subjetiva e temporal da medida.

O caráter pedagógico da medida favorece e estimula condutas padronizadas⁵, fazendo com que o tempo seja estabelecido a partir do cumprimento de um roteiro de atividades propostas na unidade de internação. A proposta de um enquadre, a partir da construção de um projeto, faz com que o adolescente responda conforme a instituição o demande e basta “aderir à cena”⁵ e se submeter “ao julgo institucional” para que o contrato seja cumprido.

O que se percebe é que a eficácia da medida socioeducativa de privação de liberdade se dá a partir do cumprimento de uma rotina de intervenções voltadas para atender demandas institucionais.⁶ O adolescente deve cumprir as regras conforme estabelece a instituição, não sendo facultado resistir sem que o prejudique. Assim, ele se insere nesse contexto demonstrando bom comportamento para alcançar a liberdade.

Nessa mesma direção, identifica-se a existência de um preocupante processo judicial de normalização para o adolescente por meio de técnicas que regulem o seu comportamento com a adesão às normas e ainda sustentado por um acompanhamento sistemático desse adolescente que está no cumprimento de medida. Essa intervenção ocorre a partir de relatórios sistemáticos enviados ao juiz que acompanha a execução da medida socioeducativa. Numa continuidade da crítica, conclui-se que “o Estatuto da Criança e do Adolescente tem por intenção camuflar a estratégia normalizante e de vigilância que o complexo pedagógico-judicial executa sobre os adolescentes infratores e sua família”^{7:105}. O que poderia demonstrar um excesso crítico muitas vezes é corroborado pelas respostas dadas pelos adolescentes que finalizam as medidas a eles impostas, pois após todo o processo educativo aquele adolescente não se apresenta como um sujeito de direitos e fortalecido por uma autonomia pessoal.

Mas qual o efeito da medida para os adolescentes? Seria apenas cumprir um protocolo? A medida socioeducativa, assim como a adolescência, poderia funcionar como período transitório, uma passagem entre um ponto e outro da vida do adolescente⁵, e possibilitar ao mesmo tempo um espaço onde o sujeito possa se revelar. Entretanto, como promover esse espaço num ambiente em que as condições físicas das unidades são precárias, os alojamentos são insalubres, em alguns lugares da cela de isolamento os esgotos são aparentes, além da presença de animais nocivos circulando⁸. Os alojamentos se assemelham às celas do sistema prisional, além das grades que separam um ambiente do outro, o caráter punitivo sobre o pedagógico contrariando o que contempla o SINASE.

Esse cenário convoca a questionar sobre o que a Doutrina da Proteção Integral preconiza e o que a realidade da execução apresenta. Apesar dos avanços, ainda se observam resquícios da Doutrina da Situação Irregular em que o adolescente é tratado como objeto de intervenção, a partir do momento que deve corresponder ao imperativo institucional, e

não como sujeito de direitos. Seria possível subverter-se a esse imperativo institucional fazendo com que o adolescente se apresente para além do protocolo? O acolhimento, a escuta e o olhar de alguns técnicos poderia oportunizar um espaço em que o adolescente pudesse se apresentar como sujeito a partir da palavra? Esse é o desafio, subverter um fazer a partir do rompimento de um discurso que automatiza e reforça apenas o preenchimento de procedimentos para que o adolescente alcance a liberdade.

REFERÊNCIAS

1. Paula PAG. Ato infracional e natureza do sistema de responsabilização. In: ILLANUD, ABMP, SEDH, UNFPA, organizadores. Justiça, adolescente e ato infracional: socioeducação e responsabilização. São Paulo: ILLANUD; 2006. p.25-48.
2. Pedron LS. Entre o coercitivo e o educativo: uma análise da responsabilização socioeducativa na internação de jovens em conflito com a lei [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Educação UFMG; 2012.
3. Digácomo M. Ato infracional e natureza do sistema de responsabilização. In: ILLANUD, ABMP, SEDH, UNFPA, organizadores. Justiça, adolescente e ato infracional: socioeducação e responsabilização. São Paulo: ILLANUD; 2006. p.207-45.
4. Lacadée P.O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições a adolescência. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011.
5. Carneiro BM. Um espaço de tempo para o ato. 2015. [citado em 2016 maio 15]. Disponível em: <http://emporiododireito.com.br/um-espaco-de-tempo-para-o-ato/>.
6. Frasseto FA. Execução da medida socioeducativa de internação: primeiras linhas de uma crítica garantista. In: ILLANUD, ABMP, SEDH, UNFPA, organizadores. Justiça, adolescente e ato infracional: socioeducação e responsabilização. São Paulo: ILLANUD; 2006. p.303-42.
7. Saliba MG. O olho do poder: análise crítica da proposta educativa do estatuto da criança e do adolescente. São Paulo: UNESP; 2006.
8. Oliveira MR. Violência institucional no sistema socioeducativo: quem se importa? In: Fórum Permanente do Sistema Socioeducativo de Belo Horizonte, organizador. Desafios da socioeducação: responsabilização e integração social de adolescentes autores de atos infracionais. Belo Horizonte; 2015. p.27-49.

Adolescentes, violência e interações sociais^a

Adolescents, violence and social interactions

Rita Ana da Silva Lima¹, Ruth Christina Dantas Johnson¹, Joana D'Arc Bittencourt Alves Parreira¹, Mirna Flávia de Souza Morais¹, Myrtes Teixeira de Lima¹, Plínio Lucius Marthi Rodrigues Nascimento Livro¹, Renata de Moura Macedo¹, Rodrigo Xavier¹, Eugênia Ribeiro Valadares¹, Elza Machado de Melo¹, Paulo Roberto Ceccarelli²

RESUMO

Introdução: a violência envolvendo o adolescente é uma preocupação no Brasil e no mundo. **Objetivos:** este estudo tem como objetivo analisar o perfil de violência entre adolescentes segundo relações que eles estabelecem na família e na escola. **Métodos:** a metodologia consistiu de entrevista estruturada, utilizando questionários autoaplicáveis com adolescentes de escolas públicas e privadas de Belo Horizonte. Participaram do estudo 1.187 adolescentes. Foram realizadas: análise descritiva com distribuição de frequência e análise bivariada, com teste de qui-quadrado de Peirce; a magnitude da associação entre as variáveis foi estimada por meio do cálculo de *odds ration* (OR), com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. **Resultados:** os resultados mostraram que os adolescentes acolhidos e bem-tratados em suas relações familiares e escolares praticam menos atos violentos, em comparação àqueles cujas relações são marcadas por conflitos e práticas violentas. **Conclusões:** identificou-se que os principais influenciadores do comportamento e desenvolvimento do adolescente são a família e a escola e que o presente funcionamento dessas instituições tem contribuído para a crescente relação entre o adolescente e o ato violento. No entanto, essas mesmas instituições possuem o potencial para reduzir esse comportamento a partir de uma relação mais efetiva com os adolescentes, que lhes permita emitir respostas saudáveis aos processos de desenvolvimento que vivenciam.

Palavras-chave: Família; Educação; Adolescente; Violência.

ABSTRACT

Introduction: Violence among adolescents is a worldwide and Brazilian concern. Considering the complexity of factors involved in this context, expanding the studies on this phenomenon is an urgency, to enable the construction of effective measures to reduce it. **Objectives:** The purpose of this study is to investigate the profile of violence among adolescents according to the relationships they establish in families and school. **Methods:** The method consisted of a structured interview using self-applied questionnaires of adolescents in public and private schools of Belo Horizonte. There were 1.187 adolescents in the study. A descriptive analysis with frequency distribution and bivariate analysis using Peirce's chi-square test was carried out. The degree of association between variables was estimated based on the odds ratio at a 95% confidence interval and 5% significance. **Results:** The results showed that adolescents that are welcomed and well-treated in their family and educational relationships are less prone to violence compared to those experiencing conflicts and violence in their relationships. **Conclusions:** It was identified that the main influencers of adolescent behavior and development are family and school, and that

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Elza Machado de Melo
E-mail: elzamelom@medicina.ufmg.br

^a Trabalho realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG com o apoio da OPAS e do Ministério da Saúde.

the present functioning of these institutions has contributed to the maintenance of the growing relationship between the adolescent and the violent act. However, these same institutions have the potential to reduce this behavior, through a more effective relationship with adolescents, allowing them to emit healthy responses to the processes of development that they experience.

Keywords: Family; Education; Adolescent; Violence.

INTRODUÇÃO

Segundo Eisenstein¹, “adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive”. A palavra adolescente vem do latim *adolescere*, que significa crescer. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)², a adolescência é a fase que vai dos 10 aos 20 anos de idade e corresponde à segunda década da vida, diferentemente do Estatuto da Criança e Adolescente, que a localiza na faixa de 12 a 18 anos de idade.

A adolescência é uma fase de muitas transformações e construções. É quando o sujeito fortalece os conhecimentos e ensinamentos da infância e adquire outros que também lhes serão úteis na vida adulta. As mudanças biológicas ocorrem de forma intensa, proporcionando mais desenvolvimento físico, assim como a maturação das funções cognitivas. As relações sociais e afetivas também se intensificam e se fortalecem. O adolescente é, portanto, um ser em desenvolvimento e formação, capaz de agir, pensar, sentir, memorizar, imaginar, descobrir, inventar, aprender e ensinar constantemente. Precisa ser acolhido, escutado, respeitado e cuidado. Como já dizia Platão citado por Rocha³: “Não faça os meninos aprenderem pela força e pela severidade, ao contrário, conduza-os por aquilo que os diverte, para que possam descobrir melhor a inclinação de suas mentes”.

De modo geral, a adolescência é um fenômeno universal, porém, como processo de desenvolvimento humano, precisa ser analisada de forma contextualizada. Segundo Serra⁴, “há diversos mundos e diversas formas de ser adolescente”. As experiências vividas ao longo da vida marcam o indivíduo como um ser único, sendo assim, a adolescência não é mais vista apenas como uma preparação para a vida adulta, mas como uma etapa da vida com sentido em si mesma.

Geralmente, a família funciona como a primeira instância de socialização da criança, configurando-se

como pilar na formação de seus membros. É a partir dela que se constroem os valores éticos e morais, as crenças, os costumes e os significados presentes na sociedade. Está entre as funções da família proporcionar ao indivíduo possibilidades de desenvolvimento de cunho cognitivo, social e afetivo. Apesar das transformações da instituição familiar entre os últimos anos do século XX e os primeiros do XXI, conforme Pratta⁵, ela ainda é considerada “a base de segurança e bem-estar e um indicador para o desenvolvimento humano”. A Escola também participa de forma relevante nesse processo de socialização do adolescente e tem o papel mais amplo de preparar as gerações mais novas para a vida em sociedade, independentemente de como tal preparação for pensada. Nesse sentido, tem-se, a exemplo, a visão otimista de Durkheim⁶, que identifica a educação como o desenvolvimento físico, intelectual e moral necessário ao convívio social. Por outro lado, tomando por base a visão crítica de Bourdieu⁷, sublinha-se a violência simbólica da escola como instituição que garante a reprodução da ordem social, com todas as suas desigualdades.⁷ Em síntese, ainda que compreendidas sob distintos pontos de vista, família e escola são instituições decisivas de controle e formação do sujeito em desenvolvimento.

Ao se falar de adolescência, é inevitável abordar um problema intensamente presente nesse grupo: a violência, aqui definida de acordo com o conceito proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil⁸, como “qualquer ação ou omissão realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais, espirituais a si próprios ou aos outros”. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é analisar a violência entre adolescentes segundo as características das relações que eles estabelecem na família e na escola.

METODOLOGIA

Este trabalho é um recorte da pesquisa realizada entre os anos de 2013 e 2014, pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/DMPS/FM/UFMG, com diferentes turnos de 33 escolas públicas e privadas, selecionadas nos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, independentemente de sua classe socioeconômica. Trata-se de estudo transversal cuja metodologia consiste em entrevista semiestruturada, utilizando questionários autoaplicáveis preenchidos por uma amostra calculada com margem de erro de 5%, composta de

adolescentes recrutados de 33 escolas públicas e privadas, sorteadas entre os nove distritos sanitários de Belo Horizonte, sendo o número de adolescentes em cada escola proporcional à sua população (Tabela 1). Foram incluídos no estudo os adolescentes que aceitaram participar da pesquisa e cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi elaborado a partir de subsídios originários de outros instrumentos e da literatura e testado, posteriormente, em estudo-piloto realizado sob a forma de entrevista com 40 adolescentes. Após as correções necessárias, os questionários foram testados novamente, desta vez no modo como seria utilizado na pesquisa, isto é, autoaplicável e anônimo. A aplicação dos questionários foi precedida de visita às escolas para contato prévio com os seus responsáveis e com os adolescentes. Os dados foram armazenados em bancos de dados utilizando o programa SPSS.

As variáveis estudadas foram: ter praticado violência de qualquer tipo: física, verbal, moral, psicológica, sexual; sexo; relação com os colegas; relação com os professores; sentir-se seguro na escola; sentir-se sozinho; brigas na família; ter presenciado violência. Foram realizadas análise descritiva com distribuição de frequência e análise bivariada, utilizando o teste de qui-quadrado de Pierce. A magnitude das associações foi estimada por meio do cálculo de *odds ratio*, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

RESULTADOS

O total de 1.187 adolescentes preencheu os questionários, sendo que a maioria é do sexo feminino, com faixa etária entre 10 e 14 anos e se relaciona bem com os colegas e com os professores. Todavia, essa mesma maioria também se sente sozinha e já presenciou violência.

A análise bivariada mostrou que existe associação entre o comportamento violento e todas as variáveis estudadas (valor $\leq 0,05$). Algumas dessas variáveis que atuam como fatores de risco e aumentam a chance do comportamento violento ocorrer são: ser do sexo masculino (chance quase três vezes maior), o que leva a inferir que o sexo interfere no comportamento violento; sentir-se sozinho (chance quase 1,5 vez maior), portanto, algo significativo para os adolescentes entrevistados e que deverá ser observado com atenção especial pela família e pela escola; brigas na família (chance quase 1,3 vez maior) e presenciar violência (chance mais de duas vezes maior).

Tabela 1 - Distribuição da frequência das variáveis estudadas e análise da variável “ter praticado violência” segundo essas variáveis

	Você já Praticou Violência?		OR (IC 95%)	Valor - p	N (%)
	Sim	Não			
Sexo					
Masculino	216	315	2,913 [2,24-3,78]	0,000	531
Feminino	125	531			
Idade					
De 10 a 14 anos	122	391	0,65(050-0,84)		513
De 15 a 19 anos	213	441			
Relaciona bem com os colegas?					
Sim	321	814	0,54 (0,31-0,97) 1	0,018	1135
Não	21	29			
Seus professores o tratam bem?					
Sim	303	807	0,36 (0,23-0,59)1	0,000	1110
Não	36	35			
Sente-se seguro na escola?					
Sim	265	699	0,722 (0,526-0,991)1	0,043	964
Não	73	139			
Sente-se sozinho?					
Sim	203	428	1,447 [1,121-1,869]	0,000	631
Não	136	415			
Brigas na família?					
Sim	149	321	1,292 [0,9995-1,671]	0,050	470
Não	185	515			
Presenciar violência?					
Sim	222	390	2,149 [1,657-2,787]	0,000	612
Não	120	453			
Idade				0,001	

Outras variáveis funcionam como fatores de proteção, que influenciam no sentido de diminuir as chances de ocorrência de comportamento violento: idade menor, que reduz em mais de 1/3 as chances de que o adolescente emita um comportamento violento; boa relação com os colegas, que reduz a mesma possibilidade pela metade; boa relação com os professores, que reduz em mais da metade; e se sentir seguro, que diminui em ¼ um potencial comportamento violento. A pesquisa apresenta a maior OR=2,149 no que se refere às situações de violência perto de casa, com percentual de respostas bastante significativas por aqueles que já praticaram algum tipo de violência. Também mostra que, quanto maior é a violência doméstica, maiores os reflexos negativos nos adolescentes (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Fante, citada por Araújo *et al.*⁹, ressalta que, atualmente, o ambiente escolar é palco de uma proliferação da violência, incluindo brigas, invasões, depredações e até mortes. A partir dos dados apresentados, pode-se notar que a escola não é um lugar de proteção contra a violência para 22% dos alunos (Tabela 1). Quando se fala de violência na escola, além dos atos mencionados, podem-se citar os xingamentos e o autoritarismo por parte dos professores. Como afirma Kupfer¹⁰, “quando a socialização é, para um sujeito ou um grupo, sustentada pela força real, ela produz delinquência, ou seja, tentativas violentas de instaurar valores simbólicos”.

Malta *et al.*¹¹, ao discutirem a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar-PeNSE, sugerem, como fator significativo, que alunos que passaram por alguma situação de violência estão mais sujeitos à solidão e suas consequências, como insônia e ansiedade, afetando negativamente o aproveitamento escolar. A educação básica é uma das poucas oportunidades oferecidas para elevar a condição social do ser humano no Brasil. Ainda assim, atualmente existe elevado número de adolescentes que, mesmo frequentando a escola durante anos, concluem o ensino fundamental com sérios déficits na aprendizagem. Esses déficits, ligados ao processo de ensino e aprendizagem, poderiam, também, estar relacionados à violência que, por sua vez, diz respeito ao sistema educacional e à sua estrutura, à formação dos professores e ao ensino, que é dado aos alunos muitas vezes distante de suas realidades, entre outras questões. A pesquisa mostra, ainda, que recorrentemente os docentes ignoram certos tipos de violência cometidos entre os alunos, considerando que lidar com tal situação não faz parte de suas atividades, deixando por conta do próprio grupo resolvê-la.

As brigas em família e o fato de presenciar violências também cooperam a solidão e o desamparo, o que recorrentemente leva o adolescente a mais atos agressivos, que podem ser entendidos como busca de estabelecimento e/ou restituição de uma ordem.¹⁰ A violência seria então um sinal gritante de posicionamento por parte do adolescente, ainda que isso acabe por ampliar o distúrbio o qual ele tenta solucionar.

Os professores e gestores constantemente encontram dificuldades para desempenhar as suas funções, quando se veem necessitados de conhecer as trajetórias dos adolescentes que farão parte do processo de

ensino e aprendizagem da sua escola. A escola tende a se posicionar de forma fechada, focada no cumprimento do currículo já estabelecido. Essa falta de compreensão e diálogo dificulta a aproximação da escola com a família, e vice-versa. Carneiro¹² afirma:

É preciso ponderar que, muitas vezes, o abandono da Escola deve-se ao fato de os sujeitos, antes de estarem batendo a cabeça nos muros da sociedade, fizeram-no contra os muros da escola, sem encontrar respaldo nela (ou mesmo formas de compensação), principalmente se considerarmos as privações econômicas ou de natureza socioafetivas pelas quais passaram.¹²

A presente pesquisa encontrou que um bom relacionamento com os professores pode ser um inibidor da violência, aspecto negligenciado, a julgar pela literatura, que relata violência no espaço escolar por meio de humilhação, preconceito ou discriminação.¹³ Costa¹², em sua tese de mestrado, relata que adolescentes mais jovens sofreram as maiores violências no ambiente escolar, sendo que os adolescentes mais velhos incluíram em seus relatos outros ambientes, tais como a rua, a comunidade e o próprio domicílio.

Embora a educação seja um elo fundamental e os adultos sejam socialmente responsáveis pelos filhos adolescentes, ainda existem nas instituições brasileiras como família, escola e órgãos de ressocialização a defesa de uma educação autoritária com base em relações de poder e subordinação. Segundo Minayo¹⁴:

[...] a violência contra crianças e adolescentes é todo ato ou omissão cometido pelos pais, parentes, outras pessoas ou instituições capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima. Implica a transgressão no poder/dever de proteção do adulto e da sociedade em geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência nas escolas pode variar conforme o sexo do adolescente, fatores de conflitos no ambiente familiar ou no contexto social, como também pelas características pessoais. Tendo claro o que pode provocar dificuldades na escola, profissionais e pais têm a chance de pensar em comportamentos que favoreçam o bem-estar do adolescente e, por consequência, reduzir o comportamento violento deles. A parceria entre família, escola, sociedade e estado

seria um bom caminho para a construção de uma nova realidade. A violência pode afetar a saúde dos adolescentes, sendo, portanto, de extrema urgência e necessidade a atuação de pesquisadores e a intervenção de profissionais da saúde e da educação no processo de sua prevenção, articulada em rede e de forma interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saúde*. 2005; 2(2): 6-7.
2. Presidência da República (BR). Lei Federal nº 8.069/90. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1990.
3. Rocha NM. Auto-Estima como um dos fatores determinantes do aprendizado da criança [monografia]. Brasília: Uniceub; 2003. p.8.
4. Serra E. Adolescência: perspectiva evolutiva. In: Anais do VII Congresso INFAD. Oviedo; 1997. p.24-8.
5. Pratta EM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicol Estud*. 2007; 12(2): 11-9.
6. Durkheim E. Educação e sociologia. 12ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 1978. p. 41
7. Bourdieu P. Escritos de educação. In: Nogueira MA, Catani A, organizadores. Petrópolis: Vozes; 1998.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, 2001. Brasília: MS; 2001.
9. Carreiro LRR, Araujo MV, Tortorelli MF. Correlations between the perception of family violence and the report of violence in students from São Paulo. *Psicol Teor Prat*. 2010; 12(1): 32-42.
10. Kupfer MC. Violência da educação ou educação violenta? In: Levinsky DL, organizador. Adolescência pelos caminhos da violência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
11. Malta DC, Silva MA, Prado RR. Bullying e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 2(2): 131-45.
12. Carneiro JR. A Constituição e a Atuação de Grupos, Tribos, Gangues e Galeras no entorno de uma Escola Pública de ensino Médio: uma coexistência possível? [dissertação]. Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista; 2006. p. 79.
13. Costa MR. Bullying entre adolescentes de um centro urbano: estudo Saúde em Beagá. [dissertação]. Belo Horizonte, MG; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Análise das percepções e dos cuidados à mulher em situação de violência pelos profissionais da rede de atendimento local em um território prioritário brasileiro

Analysis of the perception of the care towards the women in a violence situation by the local attendance network's professionals in a priority brazilian territory

Clara Marize Carlos¹, Elza Machado Melo¹, Marcos Ferreira Benedito¹, Jéssica Augusta Canazart¹, Adriana Katia Emiliano Souza¹, Victor Hugo Melo¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Objetivo: o objetivo do estudo foi analisar experiências, concepções e práticas de cuidado dos profissionais relacionados à mulher em situação de violência em um território prioritário brasileiro. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo. Os dados foram coletados por meio de grupos focais e analisados pelo método de análise de conteúdo. Os participantes incluíram enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, um agente comunitário de saúde e uma advogada. **Resultados:** participaram 39 profissionais no estudo. Três categorias emergiram dos conteúdos obtidos. Sobre seus valores culturais constata-se que os profissionais concebem a violência doméstica como algo que provoca lesões físicas e emocionais, mas enfatizam que a física parece impactar mais as pessoas. O machismo preponderou como a principal causa de violência doméstica. Os profissionais reconheceram as visitas domiciliares como facilitadores e a falta de capacitação profissional como um fator limitante para o cuidado às mulheres em situação de violência. **Conclusão:** embora os profissionais participantes desse estudo reconheçam que a violência contra a mulher está bastante presente no seu contexto e com impactos negativos sobre a sua saúde, existem algumas barreiras que dificultam o cuidado da mulher em situação de violência, como a falta de capacitação dos profissionais, a falta de comunicação entre os serviços e a ausência de infraestrutura local. **Palavras-chave:** Serviços de Saúde da Mulher; Violência Contra a Mulher; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to analyze experiences, conceptions and care practices of the professionals related to women in violence situations in a priority Brazilian territory. **Methods:** This is a qualitative study. The data was collected through focal groups and analyzed by the content analysis method. The participants included nurses, psychologists, and social workers, one community health agent and one lawyer. **Results:** 39 professionals participated of the study. Three categories emerged from the contents obtained from their speeches. About their cultural values, it is verified that the professionals conceive domestic violence as something that provokes both physical and emotional injuries, though they emphasize that physical violence seems to cause more impact on people. Machismo preponderated as the main cause of domestic violence. Professionals pointed home visits as a facilitator, and the lack of professional training as a limiting factor to the care to the women in a violence situation. **Conclusion:** Although the professionals participating in this study acknowledge that violence against women is very much present in their contexts and that there is negative impacts over women's health, the existence of some barriers that make it difficult to care for women in a violence situation is verified, such as the

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Clara Marize Carlos
E-mail: claramarize@gmail.com

lack of professional training, the lack of communication among services and the absence of local infrastructure.

Key words: Women's Health Services; Violence Against Women; Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a mulher tem carregado o estigma de possuir menos potencialidades em relação aos homens, o que é fator determinante para a violência baseada no sexo, atingindo mulheres em múltiplas faixas etárias, etnias e classes sociais.¹ Dados do relatório da Organização Mundial de Saúde informam que 7% das mortes de mulheres com idade entre 15 e 44 anos ocorridas no mundo estavam relacionadas ao feminicídio, sendo o agressor alguém com quem a mulher assassinada mantinha ou havia mantido relação afetiva, caracterizado como violência por parceiro íntimo (VPI)². Em alguns países, 69% das mulheres declararam ter sofrido alguma modalidade de violência e 60% tinham sofrido agressões mais de uma vez, sendo que 47% revelaram terem sido forçadas à sua primeira relação sexual.²

Com o objetivo de estabelecer medidas de prevenção primária, as associações de profissionais de saúde em alguns países têm adotado protocolos de triagem nos serviços com orientações sobre sinais e sintomas que evidenciam a ocorrência de violência contra a mulher e meios para responder a isso.³

No que se refere à violência contra a mulher no âmbito rural, detecta-se reduzida produção científica preocupada em analisar a real situação de saúde dessa população e seus modos de vida tão peculiares, seja no aspecto familiar ou social, o que pode levar o poder público a acreditar que a violência contra a mulher rural não seja relevante ao ponto de ser inserida como prioridade em suas agendas locais.⁴

A atenção à saúde das mulheres, como preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pressupõe uma abordagem ampla e integrada, que considere as desigualdades de sexo e o enfrentamento à violência contra as mulheres, assim, o cuidado deve ultrapassar os aspectos biológicos e reprodutivo e levar em conta questões sociais.⁵

O estudo ora apresentado está vinculado ao projeto “Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós”, que tem o enfoque na Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência e Vulnerabilidade, o qual é desenvolvido pelo Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Universidade

Federal de Minas Gerais, em parceria técnico-financeira com o Ministério da Saúde (MS).

O objetivo foi analisar o conhecimento, as experiências, as concepções e as práticas de cuidado dos profissionais relacionados à mulher em situação de violência em um território prioritário brasileiro. Ressalta-se que o entendimento sobre as questões propostas assume grande importância, na medida em que pode contribuir para a formulação de estratégias de novas abordagens para o tratamento da mulher em situação de violência, sobretudo no espaço rural, no qual se constata uma produção científica ainda incipiente sobre o tema.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, que permite aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, aspecto que não se pode captar em equações, médias e estatísticas.⁶ Ele foi realizado em Quixadá (Ceará), que é município-polo de um território prioritário brasileiro. A escolha desse município ocorreu por definição do MS. Os dados foram coletados por meio de grupos focais, durante um seminário para articulação da rede de atendimento local, que é uma das metas do “Para Elas”.

Os participantes eram profissionais da rede local de atenção à mulher em situação de violência e vulnerabilidade, representando várias instituições e/ou serviços, como: o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); a Unidade Básica de Saúde; a Estratégia de Saúde da Família; o Hospital Municipal; e a Secretaria de Segurança Pública. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de grupo focal, uma forma de entrevista que obtém dados de várias pessoas ao mesmo tempo e possibilita a interação entre elas e o entrevistador.⁶

Participaram do estudo 31 profissionais, sendo oito assistentes sociais, 11 enfermeiros, quatro psicólogos, uma advogada, um estudante de Direito, um fisioterapeuta, duas auxiliares administrativas da Secretaria Municipal, um educador social, um agente comunitário de saúde e dois gestores estaduais.

Os profissionais foram questionados sobre suas concepções relacionadas à violência contra a mulher tais como conceitos, causas, formas de manifestação e sua atuação no cuidado a essas mulheres no seu contexto de práticas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Projeto CAAE-14187513.0.0000.5149), o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos participantes que tiveram sua confidencialidade preservada conforme Resolução CNC nº 466/2012⁷.

O conteúdo obtido das falas foi organizado a partir dos critérios cronológicos: pré-análise, que consistiu na exploração do material, incluindo a leitura exaustiva das transcrições e identificação de categorias em torno das quais se agruparam os conteúdos; tratamento dos resultados; e inferência e interpretação baseadas na literatura que aborda a temática proposta.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do conteúdo estudado emergiram três categorias principais que foram analisadas à luz da literatura sobre os temas apresentados. A primeira categoria compõe o tema “concepções sobre violência”. Nessa categoria, a violência física foi considerada a mais significativa na concepção dos profissionais, que ainda ressaltam seus impactos negativos nos vários aspectos da saúde das mulheres, como referido nesta fala. “*Se é só a verbal as pessoas não levam muito pra frente, acabam relevando; como é a física, a coisa já machuca mais a pessoa, não só o corpo, mas machuca a mente da pessoa, é violência*”.

Em relação ao conceito e formas de expressão da violência, eles percebem que ela ocorre de várias formas, em concordância com o conceito apresentado pela Lei 11.340, que foi exemplificado na fala. “*qualquer ação que interfira na integridade física, mental e social daquela pessoa*”. “*Pode se dar por atos ou gestos, palavras que prejudiquem e que ofendam a outra pessoa*”. “*Eu creio que seja tudo aquilo que invade e que a pessoa não permite*”.

De acordo com a Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, também conhecida como “Lei Maria da Penha”, discorre sobre a violência da mulher como sendo “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause a morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”⁹.

Na Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres, de 1993, a Organização das Nações Unidas (ONU) define a violência contra a mulher como qualquer ato de violência baseado em sexo, que efetivamente resulte ou possa resultar em agravo ou lesão física, sexual ou psicológica ou em

sofrimento da mulher. A violência também é vista como a ameaça de cometer esses atos, a coerção ou privação arbitrária de liberdade, tanto na vida pública como privada. Nessa amostra há, então, uma sintonia entre o conhecimento dos profissionais entrevistados e as definições gerais sobre o tema abordado, ainda que simplificada, ressaltando a abrangência, a prevalência e a importância do assunto.⁸

O *World Report on Violence and Health*, da ONU, em 2002, definiu violência por parceiro íntimo (VPI) como “qualquer comportamento em uma relação íntima que cause dano físico, psicológico ou sexual para as pessoas que estão no relacionamento”. O relatório revelou que a maioria das mulheres que são alvos de agressão física geralmente sofre múltiplos atos de agressão ao longo de suas vidas e que 10 a 60% das mulheres já foram agredidas fisicamente por um homem com o qual tinham relacionamento afetivo.⁸

A fala a seguir refere-se à violência de gênero, que se expressa pela tentativa de domínio do homem sobre a mulher em uma clara violação de direitos:

A violência até compreende uma questão como sendo de intolerância, então você parte pra violência quando você não tolera a opinião daquela pessoa, o comportamento daquela pessoa ou, por exemplo, o marido parte pra violência sexual quando ele se vê, não é nem rejeitado que ele se vê, mas a uma resistência ao ato que ele quer praticar.

A assimetria nas relações entre homens e mulheres é determinada socialmente com o homem sendo colocado em posição de superioridade em relação à mulher. Essas relações sociais deletérias se expressam de diversas maneiras, culminando na forma extrema da violência.¹⁰

Surgiu como consenso dos profissionais do estudo que algumas pessoas da comunidade têm a concepção de um caráter privado da violência doméstica, ou seja, que esta seria uma questão a ser resolvida no espaço particular, apenas entre o casal, não cabendo, portanto, intervenções de outras pessoas. Para os participantes deste estudo, essa crença contribui para a recorrência da violência.

Sempre que ele batia nela os vizinhos nunca interferiam porque diziam que isso era coisa de casal, amanhã eles estão bem e vão ficar de mal com a gente, e no dia que ele bateu nela ninguém teve coragem de... Ficou todo mundo receoso.

Eles pontuaram ainda que, além da assimetria nas relações, manifestadas por comportamentos de autoritarismo masculino, o uso abusivo de álcool pelos homens contribui para a violência contra as mulheres em seu território.

Machismo, né, que é o principal. É o homem que é machista, que é autoritário e que acaba agredindo as suas parceiras por causa disso; porque não aceita um não, não aceita ser contrariado e acontece isso. Bebida também, o alcoolismo.

Constatou-se, também nas falas, o reconhecimento da importância de se trabalhar as relações de sexo dos filhos. Contudo, permanece a crença na determinação do papel quase que exclusivo da mulher na educação dos filhos, no qual ela é vista como a principal responsável pelo futuro comportamento do homem em relação à igualdade de sexo.

Uma vez que a gente tava conversando numa reunião, uma pessoa discordou e eu não discordo disso, de certa forma, que nós, mulheres, mães, somos responsáveis pela educação dos filhos em relação a esse machismo, de tirar esse estigma de que o homem é o tal, que ele pode tudo, que ele pode sair e chegar na hora que quer.

A segunda categoria refere-se ao “cuidado à mulher: limites e possibilidades” Identificaram-se as dificuldades para o encaminhamento às medidas de proteção efetivas à mulher em situações de violência, como também a ineficiência e morosidade da justiça, como revelado em sua fala:

A minha maior dificuldade como advogada é também com a justiça no andamento e na eficiência que é pra ser dada a atenção a esses processos, porque na lei tem que uma medida protetiva quando chega à justiça, ela é pra ser decidida em 48 horas e, na realidade, essas 48 horas não existem.

A criação de serviços e instrumentos legais tem contribuído para instrumentalizar e direcionar as ações dos profissionais no apoio e encaminhamento das mulheres em situação de violência, a exemplo da Lei Maria da Penha¹⁰. Apesar das críticas e dificuldades em sua função protetiva, essa lei representa um marco de proteção e preservação dos direitos humanos das mulheres, já que coíbe a violência contra elas e prevê a punição e responsabilização do agressor, além de possibilitar a reabilitação deste.^{9,11}

Este estudo apurou, também, a existência de desarticulação entre os serviços. A fala a seguir sinaliza que não há comunicação entre os profissionais, ao ponto de afirmar desconhecimento da existência da rede: “aí eu vejo a fragilidade da rede; tá muito fragilizada ainda a comunicação. Eu acho que não tem rede”.

A mulher em situação de violência busca atendimento por diferentes portas de entrada na rede, sendo fundamental que ocorra articulação entre seus serviços. A atuação em rede pressupõe a articulação dos serviços, que devem comunicar-se entre si, e seu poder resolutivo está relacionado à qualidade dos vínculos e conexões existentes. Para tal, fazem-se necessários recursos, comprometimento dos profissionais e sua motivação para atuar visando à coletividade.¹²

Verificou-se, também, nas falas que os profissionais mencionam a falta de estrutura como fator limitante do atendimento à mulher em domicílio, mas enfatizam as visitas a domiciliares como estratégias facilitadoras do cuidado com as mulheres vítimas de violência:

Eu acredito que muitos profissionais até tenham boa vontade de querer fazer aquela coisa de encaminhar pros órgãos competentes, mas vem a questão do transporte, das dificuldades que eles têm diariamente e que é uma coisa que quase todos os município sempre têm.

Eu acho assim, as visitas domiciliares são ótimas, estratégia maravilhosa, mas a gente nem sempre tem carro para poder ir. O município não tem carro para a gente poder ir toda hora, às vezes a gente vai de moto.

A capacitação profissional para o cuidado à mulher em situação de violência foi a terceira categoria que emergiu da fala dos participantes do grupo focal. Os profissionais relatam estarem despreparados para atuar no cuidado a essa mulher: “não sei se na Secretaria tem ainda, mas existe um fluxograma: a mulher foi, foi notificado, você vai orientar ela ir pra onde? Pro Centro da Mulher. De lá ela vai pra onde?”

O despreparo profissional pode levar a encaminhamentos inadequados, dificultando o cuidado integral e qualificado que atenda às reais necessidades assistenciais da mulher. Estudos revelam que profissionais devem ter a compreensão da magnitude do problema, a fim de que possam enxergá-lo como uma questão a ser trabalhada por eles.¹³

A falta do conhecimento que contemple uma abordagem da subjetividade da mulher, suas crenças

e expectativas e seu contexto social pode levar a concepções equivocadas e então reforçar a culpabilidade da mulher para justificar a violência sofrida:

Muitas vezes os homens não são punidos por culpa das mulheres mesmo. Na nossa mesmo, elas chegam a denunciar, chegam pra ir no fórum e tudo, mas quando é na hora, passou uma semana ou passou um mês já tá perdendo o marido, já tá ... e ela retira a queixa.

Pesquisa realizada com psicólogas em um estado da região Norte do país sobre os motivos pelos quais mulheres permanecem em relacionamentos conjugais violentos revelou que ainda são mantidas as atribuições de papéis de gênero impostos pela sociedade patriarcal, na qual a mulher deve manter o casamento em benefício dos filhos. Sendo assim, já que esse é o seu papel, justifica-se a vergonha em denunciar a violência doméstica. Outro fator citado como responsável pela permanência da mulher com parceiros violentos foi a dependência emocional e econômica como geradoras da suposta sensação de segurança e proteção conferida a ela pelo homem, além da crença na capacidade transformadora do amor.¹⁴

Evidenciou-se nas falas um despreparo para cuidar da mulher, que engloba mais que conhecimento técnico para lidar com a problemática da violência. O receio de retaliação por parte do agressor leva o profissional a evitar o vínculo e o envolvimento necessário para o cuidado com mulher em situação de violência, conferindo invisibilidade ao problema.

Muitas vezes o que eu vejo é o medo de se envolver: "Vixe, eu vou me envolver com isso! E o marido dela depois vai querer me matar", aí como que fica então? Eu nem vou. Então eu não tenho coragem nem de ser capacitado pra ir além.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os profissionais desta pesquisa demonstrem ter uma visão clara e em concordância com a literatura pesquisada sobre as múltiplas faces da violência contra a mulher e os fatores que a desencadeiam no seu contexto de práticas, constatam-se fatores limitantes para uma abordagem integral e qualificada à mulher que extrapolam o conhecimento técnico, perpassando pela motivação, o comprometimento e o preparo emocional dos profissionais para o atendimento dessas mulheres.

Os profissionais revelam infraestrutura precária e enfatizam, também, a falta de comunicação e articulação entre os serviços além do medo em se envolver no conflito familiar aspectos que dificultam a abordagem e o cuidado à mulher.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro AC, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serv Saúde Soc.* 2012; 110: 369-97.
2. World Health Organization. *World report on violence and health.* Geneva: WHO; 2002.
3. Pereira-Gomes NP, Erdmann AL, Rebouças-Gomes N, Silva-Monteiro D, Santos RM, Menezes-Couto T. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. *Rev Salud Pública.* 2015; 17(6): 835.
4. O'Doherty L, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014; 348: 2913-24.
5. Coar MC, Lopes MJM, Soares JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 48(2): 214-22.
6. Minayo MS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 12 dez 2012. [citado em 2016 nov. 03]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Ludke M, Andre M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Menga Ludke; 2013.
9. Organização das Nações Unidas. *Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres.* Nova York: ONU; 1993.
10. Lima HS, Silva ATMC, Souza JA, Almeida LR, Lucena RP, Lucena KDT. Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Rev Enferm UFPE.* 2013; 7(esp): 6964-72.
11. Presidência da República (BR). Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília, DF; 2006. [citado em 2016 nov. 03]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
12. Gomes NP, Bomfim ANA, Diniz MF, Souza SS, Couto TM. Percepções dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Rev Enferm UFRJ.* 2012; 20(2): 173-8.
13. Gomes NP, Erdmann AL, Bettinelli LA, Higashi GDC, Carneiro JB, Diniz NMF. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013; 17(4): 683-9.
14. Porto M, Bucher-Maluschke JSNF. A permanência em situações de violência: considerações de psicólogas. *Psic Teor Pesq.* 2014; 30(3): 267-76.

Atenção à mulher em situação de violência: visão e conhecimento dos profissionais de saúde

Attention to women in situation of violence: vision and knowledge of health professionals

Mirian Conceição Moreira de Alcântara¹, Patrícia Chaves¹, Kênya Costa Rodrigues da Silva¹, Renata Mascarenhas Bernardes¹, Ângela Moreira¹, Elza Machado de Melo¹, Victor Hugo Melo¹

RESUMO

O artigo descreve os tipos e âmbitos de violência da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência por meio da visão dos 438 profissionais de saúde que participaram dos Seminários do Projeto “Para Elas”, realizados em 10 municípios “do campo, da floresta e das águas”, selecionados pelo Ministério da Saúde. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas. Realizou-se análise descritiva com distribuição de frequências simples. Os resultados foram expressos como média, mediana e porcentagens. A agressão física é um dos tipos de violência predominantemente mais identificada pelos profissionais de saúde e 77% afirmaram que a violência doméstica é a que mais demanda os serviços onde atuam. Concluiu-se que a violência física usualmente é a mais percebida pelos profissionais e que o contexto domiciliar é o principal local de ocorrência, o que está de acordo com a literatura. Isso reforça a necessidade de se intensificar políticas e intervenções, considerando-se as vulnerabilidades peculiares das populações do campo, da floresta e das águas.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Violência Doméstica; Saúde da Mulher.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Saúde Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

The article describes the types and scopes of violence into the network services of attention to women in violence situation by the view of 438 professionals that took part in Seminars of Project “Para Elas”, conducted in ten municipalities of “Field, Forest and Waters”, selected by Ministry of Health. Data were obtained from semi-structured interviews. It was conducted descriptive analysis with simple frequency distribution. The results were expressed as mean, median and percentages. There is a predominance of physical aggression, identified by health professionals, and 77% of them asserted that domestic aggression is the one that most demands the services where they work. We conclude that physical violence is usually more perceived by professionals and the domicile context is the main place of violence occurrence which is according to the literature. This reinforces the need for policies and interventions, regarding the peculiar vulnerabilities of populations from the field, forest and water.

Key words: Violence Against Women; Domestic Violence; Women Health.

INTRODUÇÃO

Segundo Minayo^{1,117}, a violência não se resume às delinquências. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões intrafamiliares, interpessoais, de discriminações raciais, abusos e de dominação ou contra grupos específicos – como homosse-

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Mirian Conceição Moreira Alcântara
E-mail: mirianalcantara@gmail.com

xuais, crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos – subsistem em um ambiente sociocultural adverso em que as pessoas são, frequentemente, vítimas de exclusão e de lesões físicas e emocionais. Todas essas formas são potencializadoras da violência social difusa e ampla e se alimentam dela. Em momentos diferentes podemos ser aqueles que sofrem ou aqueles que praticam a violência em suas muitas formas.

Na contemporaneidade da mobilização social, um conjunto de políticas foi implantado no Brasil como parte do esforço de conter as diversas formas de violência que, nas últimas décadas, colocaram esse grupo de problemas de saúde entre os que mais afligem a população brasileira.²

A violência contra a mulher ocorre em todo o mundo, atingindo-as nos âmbitos intrafamiliar e extrafamiliar, podendo causar distúrbios psíquicos, danos e incapacidades físicas graves e até mesmo óbito. Estima-se que a violência doméstica provoque mais mortes em mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras.³

A violência contra a mulher foi identificada como diretriz prioritária de saúde em publicação de 2002 da OMS e na resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre o reforço do papel do sistema de saúde no combate à violência, especialmente contra mulheres e meninas.⁴

De acordo com vários autores, a violência contra a mulher constitui uma questão de saúde pública, além de ser uma violação explícita dos direitos humanos, apesar da grande maioria dos estudos citarem as dificuldades dos profissionais de saúde para identificá-la como tal, bem como para abordá-la.⁵⁻¹² Dessa forma, por meio de uma reflexão sobre esta temática e com o intuito de dar mais visibilidade a tudo que pode ser nomeado e reconhecido como violência, a saúde passa a ver esse fenômeno como problema de saúde pública, diante do impacto social sobre a saúde do indivíduo e da sociedade. Esse entendimento visa garantir e promover os estudos e discussões sobre o tema.¹³

Acabar com a violência ou combatê-la é uma tarefa de todos que somente poderá ser realizada pela intervenção envolvendo a implantação de políticas e pela mobilização de uma rede não só de proteção, mas também de atendimento integral às pessoas em situação de violência. Nesse contexto, a área da saúde se destaca como corresponsável das políticas que visam à promoção de “mudanças estruturais, socioculturais, econômicas e subjetivas capazes de alterar as condições que favorecem esse fenômeno”.¹⁴

Objetiva-se analisar e compreender o conhecimento e visão dos profissionais de saúde sobre os tipos e âmbitos de violência da rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros do campo, da floresta e das águas, na busca de produção de informações para o estabelecimento de metas direcionadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres nesses locais.

POLÍTICAS PÚBLICAS

A Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres começou a ser construída a partir de 2004, com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), favorecendo a criação dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres (PNPM I e II), que tem como um de seus objetivos implementar uma Política Nacional de Enfrentamento da Violência que garanta o atendimento integral, humanizado e de qualidade. Em 2007 foram incorporados os avanços obtidos nos anos anteriores e foram eleitas as prioridades dessa área para os quatro anos seguintes, de 2008 a 2011.¹⁵

Os municípios denominados como sendo “do campo, da floresta e das águas” apresentam demandas prioritárias para a ampliação do acesso à Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), existência de Organismos de Políticas para as Mulheres, equipe multidisciplinar especializada, tempo de implantação, além do tamanho e da densidade populacional destes.¹⁶

Nessas perspectivas, o Projeto Para Elas. Por Elas, por Eles, por Nós, de âmbito nacional, que contempla a proposta de atuar na Atenção à Saúde Integral da Mulher, foi elaborado em 2012 pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, em parceria com o Ministério da Saúde. O projeto propõe, entre outras metas, o enfrentamento da violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas nos 10 municípios-polo e em suas microrregiões – territórios de cidadania, selecionados no Fórum Nacional de Enfrentamento da Violência contra Mulher.¹³

O Ministério da Saúde^{17,8} caracteriza esses municípios por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados predominantemente à terra. Nesse contexto estão “os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalaria-

dos e temporários que residam ou não no campo, além das comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras [...]”.

No Brasil, conforme o último Censo Demográfico, a população rural representa o total de 29.830.007, sendo quase metade composta por mulheres.¹⁸ Quanto à territorialidade, o item II da Portaria nº 85, de 10 de agosto de 2010, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, faz algumas considerações, estabelecendo que, no tocante à desigualdade de sexo e à vivência da violência doméstica, as mulheres do campo e da floresta têm sua vida fortemente marcada pelas características dos lugares em que vivem. Locais isolados, afastados e sem acesso rápido aos serviços nos quais as mulheres deveriam receber a atenção adequada.¹⁹

As condições de saúde da população rural são determinadas por especificidades relacionadas ao ritmo de trabalho sazonal, aos processos de mobilidade espacial dos acampamentos e assentamentos, à baixa escolaridade, à pobreza, às situações de violência e às relações de trabalho e de gênero que contribuem para tornar os trabalhadores rurais mais vulneráveis às enfermidades.²⁰

Com tamanhas especificidades, a violência contra a mulher do campo, florestas e das águas impõe a necessidade de mais estudo e propostas específicas, porém a literatura disponível apresenta poucos estudos sobre o fenômeno. Alguns deles revelam os problemas de saúde da mulher residente e trabalhadora rural, referindo-se a discriminações referentes ao acesso da mulher à terra, à renda, ao crédito e às tecnologias, entre outras.¹⁷

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando como base metodológica questionários semiestruturados, aplicados entre maio de 2013 e junho de 2014, tendo como eixo temático a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência em 10 municípios brasileiros do campo e floresta e das águas, previamente selecionados. Esses municípios/territórios fazem parte da macrorregião de cada estado, conforme Tabela 1.¹⁵

A coleta de dados foi realizada em seminários locorregionais coordenados pelo Projeto Para Elas. Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário

utilizado é composto de 47 questões subdivididas em três seções. Esse instrumento foi validado e aplicado anteriormente nos Seminários Macrorregionais do Projeto Para Elas.¹⁴ Os questionários foram revisados e digitados duplamente, por pessoas diferentes, para minimizar os erros. Em seguida, realizaram-se os procedimentos habituais para a limpeza e consistência do banco de dados. Para o presente estudo foram consideradas diversas variáveis, considerando-se: local de realização do seminário: nome da cidade ou estado e diferentes tipos e âmbito de violência. Optou-se pela inclusão do universo total de profissionais que participaram dos seminários locorregionais (n=438).

Tabela 1 - Cidades-Polo de campo, floresta e das águas

Região	Cidade	Estado
Norte	Augustinópolis	Tocantins
	Cruzeiro do Sul	Acre
	Igarapé Miri	Pará
Nordeste	Santana do Matos	Rio Grande do Norte
	Quixadá	Ceará
	Irecê	Bahia
Centro-Oeste	Posse	Goiás
Sudeste	Registro	São Paulo
	São Mateus	Espírito Santo
Sul	São Lourenço do Sul	Rio Grande do Sul

Os resultados foram expressos como média e porcentagens. Todos os resultados obtidos foram analisados com técnicas quantitativas por meio do programa *Statistical Package for Social Science for Windows* – SPSS (versão 16.0).

RESULTADOS

A agressão física foi um dos tipos de violência mais identificados. As distribuições de frequências mostraram que essa forma foi identificada por 59,2% dos participantes dos seminários, enquanto agressão verbal foi a segunda mais identificada, sendo relatada por 52,2% dos participantes. Esses tipos de violência foram identificados com mais frequência entre participantes das regiões Nordeste e Norte, com percentuais de 32,8 e 22,6%, respectivamente. O terceiro tipo de violência foi a agressão moral ou psicológica, identificada por 48,7% dos participantes. Os outros tipos foram a agressão sexual (34,5%) e negligência/abandono (34,2%), como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Diferentes âmbitos e tipos de violência classificados quanto à natureza dos atos, nos municípios do campo, da floresta e das águas estudados, de cada região brasileira

Descrição	Regiões Brasileiras											
	Sul		Sudeste		Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	30	6,8	81	18,5	125	28,5	132	30,1	70	16	438	100
<i>Tipos de violência</i>												
Agressão Física												
Sim	14	7,0	46	22,9	51	25,4	57	28,4	34	16,4	201	59,2
Não sei	0	0	2,0	7,4	9,0	33,3	6,0	22,3	10	37,0	27	7,96
Agressão verbal												
Sim	14	7,9	39	22,0	40	22,6	58	32,8	26	14,7	177	52,2
Não sei	0	0	2,0	7,4	9,0	33,3	6,0	22,2	10	37,0	27	7,96
Agressão moral ou psicológica												
Sim	11	6,7	40	24,2	42	25,5	54	32,7	18	10,9	165	48,67
Não sei	0	0	2,0	7,4	9,0	33,3	6,0	22,2	10	37,0	27	7,96
Agressão sexual												
Sim	4,0	3,4	33	28,2	35	29,9	29	24,8	16	13,7	117	34,51
Não sei	20	5,9	70	20,6	92	27,1	104	30,7	53	15,6	27	7,96
Negligência ou abandono												
Sim	13	11,2	33	28,4	27	23,3	37	31,9	6,0	5,2	116	34,21
Não sei	0	0	2,0	7,4	9,0	33,3	6,0	22,2	10	37,0	27	7,96
Total											339	100
<i>Âmbito da violência</i>												
Violência Comunitária												
Sim	4	9,5	11	26,2	12	28,6	11	26,2	4,0	9,5	42	11,73
Não sei	1	1,8	5,0	8,8	12	21,1	26	45,6	13	22,8	57	5,92
Violência Doméstica												
Sim	23	8,3	56	20,3	80	29,0	80	29,0	37	13,4	276	77,09
Não sei	1	1,8	5,0	8,8	12	21,1	26	45,6	13	22,8	57	5,92
Violência Institucional												
Sim	1	6,2	6,0	37,5	3,0	18,8	4,0	25,0	2,0	12,5	16	4,46
Não sei	1	1,8	5,0	8,8	12	21,1	26	45,6	13	22,8	57	5,92
Violência estrutural												
Sim	5	16,7	13	43,3	4,0	13,3	5,0	16,7	3,0	10,0	30	8,37
Não sei	1	1,8	5,0	8,8	12	21,1	26	45,6	13	22,8	57	5,92
Total											358	100

Nota: dados compilados pela autora.

DISCUSSÃO

Nossos resultados se aproximam dos apresentados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) de 2010.²¹ Em relação ao tipo de violência, observou-se predomínio de atendimentos decorrentes de agressão física (64,5%). Entre as mulheres ela também foi a mais descrita (61,7%) seguida por violência psicológica/moral (31,6%) e sexual (24,2%).

A PNAD – características da vitimização e acesso à justiça, feita em 2009, salienta que 2,5 milhões de pessoas de 10 anos ou mais de idade foram vítimas de agressão física, ou seja, 1,6% dessa população no país.²² Os relatos de agressão contra a mulher foram maiores nas regiões Norte (1,5%), Nordeste (1,4%) e Centro-Oeste (1,4%), reforçando os dados do nosso estudo.²⁰

Em nosso estudo a violência doméstica (VD) foi a mais identificada por 77% dos participantes. O relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de

2013 relata o crescimento da violência doméstica entre os anos de 2007 e 2012, como um dos mais expressivos documentados pela Secretaria de Políticas para Mulheres. Segundo as notificações dos casos de violência do sistema VIVA dos anos de 2009 a 2010, o domicílio (50,4%) foi o local mais frequente para a ocorrência de agressões envolvendo as mulheres.

O Brasil registrou, nos 10 primeiros meses de 2015, 63.090 denúncias de violência contra a mulher. Entre esses registros, quase metade (n=31.432 ou 49,8%) corresponde a denúncias de violência física segundo a Secretaria de Política para Mulheres, 2015.

Acredita-se que o entendimento da visão dos profissionais entrevistados é o primeiro passo para mudar a compreensão da realidade. Destaca-se a importância da produção de informações e da troca de experiência na busca da qualificação da rede de enfrentamento da violência contra as mulheres e na efetivação de uma atenção integral e de qualidade.

CONCLUSÃO

Para melhor compreensão da visão dos profissionais entrevistados, inicialmente destaca-se a importância de se aproveitar esse momento para produzir informações, a partir de troca de experiência e conhecimentos de todos que participaram deste estudo. Deve ser enfatizada a importância da integração da Faculdade de Medicina da UFMG, por meio do “Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós”, em parceria com o Ministério da Saúde, indicando avanço entre as políticas e gestores na busca da qualificação da rede de enfrentamento da violência para a construção da atenção integral.

Os dados apresentados vêm confirmar os conceitos atualmente utilizados como referencial teórico sobre o tema e que destacam que a violência é um importante problema de saúde pública, com prioridades, respectivamente, destacadas para violência física, verbal, moral, sexual, negligência e abandono e sua relação com o território e suas vulnerabilidades. Em relação ao âmbito da violência, merece destaque a violência doméstica (VD) como a mais identificada entre os participantes.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(supl.): 1259-67.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2016 set. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Washington: OMS; 2009. 112p.
4. Baraldi AC, Almeida AM, Perdoná, GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2012; 12(3):307-18.
5. Buckley N, Henk AJ, Mulder E, McKenna F. Final report 'Domestic Violence PER Action Plan'. Science Shops and Community Knowledge Exchange. Cambridge: University of Cambridge; 2013.
6. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BT. Family health strategy professionals facing medical social needs: difficulties and coping strategies. *Saude Soc*. 2012; 21(4): 884-94..
7. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 [citado em 2014 Sep. 10]; 28(9): 1749-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000900013&lng=en.
8. Lima MLLT, Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Barreira AK. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(1): 33-42.
9. Kiss LB, Schraiber LB. Themes medico-social and health intervention: violence against women in professional discourse. *Ciênc Saude Coletiva*. 2011; 16(3): 1943-52.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p. [citado em 2016 out. 19]. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>
11. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012, 62: e647-e655.
12. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial de Saúde; 2010. 278p.
13. Melo EM. O projeto para elas, por elas, por eles e por nós. 2012. [citado em 2016 jan. 15]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>
14. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008. 236 p. [citado em 2016 jan. 16]. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/pnpm/livro-ii-pnpm-completo09.09.2009.pdf>
15. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2011. 44 p. [citado em 2016 set. 20]. Disponível em: <http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: MS; 2013. [citado em 2016 set. 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD; 2010. [citado em 2016 ago. 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40
18. Ministério de Saúde (BR). Portaria Nº 85 de 10 de agosto 2010. Institui o Fórum Nacional das Diretrizes e Ações de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta. Brasília: MS; 2010.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios. PNAD; 2007. [citado em 2016 ago. 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default>.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
21. Câmara do Deputados (BR). Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. Relatório Final. Brasília, Junho de 2013. Brasília: CPMI-VCM; 2013. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=130748&tp=1>
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. LIGUE 180: uma década de conquistas. Balanço. Brasília: SPM/PR, MMIRDH; 2015.

Atitudes dos profissionais de saúde diante da violência contra a mulher

Attitudes the front health professionals to violence against women

Adriana Moreira Serafim¹, Daisy Silva Reis¹, Luciene Oliveira Rocha Lopes¹, Luciana Almeida Santos¹, Márcia Cristina Ramos de Souza¹, Regimara Silveira Chaves Oliveira¹, Maria do Rosário dos Santos¹, Paula Maia Nogueira¹, Janaína Passos de Paula¹, Victor Hugo de Melo¹

RESUMO

Este artigo discute as atitudes e os afetos de profissionais na área da saúde em relação aos atendimentos realizados à mulher vítima de violência. A violência contra as mulheres é uma forma de discriminação e violação de direitos humanos e uma questão de saúde pública. O profissional de saúde deve estar preparado para acolher, abordar, acompanhar, notificar e encaminhar os casos. O objetivo foi analisar as atitudes e as reações afetuosas dos profissionais atuantes no âmbito da saúde de Belo Horizonte diante da mulher em situação de violência. O procedimento metodológico adotado foi a análise de duas questões de um questionário aplicado a profissionais inscritos no curso de Atualização do Projeto “Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por nós”. As conclusões revelam melhor preparo desses trabalhadores que já acolhem, abordam e encaminham a mulher vítima de violência, movidos principalmente por sentimentos de preocupação e angústia. Mas a notificação, tão importante para a tomada de decisões na saúde pública, foi uma atitude pouco recorrente nos atendimentos às mulheres vítimas de violência, bem como o seguimento dos casos e os encaminhamentos a delegacias e ao Instituto Médico Legal (IML). Isso sugere a necessidade de mais estudos sobre o tema, com ênfase no desenvolvimento de ações intersetoriais.

Palavras-chave: Emoções; Pessoal de Saúde; Violência contra a Mulher; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This article discusses the attitudes and affections of health professionals in relation to the care given to women victims of violence. Violence against women is a form of discrimination and violation of human rights and a public health issue. The health professional should be prepared to receive, approach, follow up, notify and refer cases. The objective was to analyze the affectionate attitudes and reactions of health professionals working in Belo Horizonte, in relation to women in situations of violence. The methodological procedure adopted was the analysis of two questions of a questionnaire applied to professionals enrolled in the course for the Update of the Project “For Them, For Them, For Them, For Us”. The conclusions point to a better preparation of these workers who already welcome, approach and refer women who have been victims of violence, driven mainly by feelings of worry and anguish. However, the notification, which is so important for public health decision-making, was a rare occurrence in the care of women victims of violence, as well as follow-up of cases and referrals to police stations and the Instituto Médico Legal (IML). This suggests the need for further studies on the subject, with emphasis on the development of intersectoral actions.

Key words: AEmotions; Health Personnel; Violence Against Women; Health Women.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Saúde Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Victor Hugo de Melo
E-mail: victormelo@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma forma de discriminação e violação de direitos humanos e uma questão de saúde pública. Apresenta-se de maneira complexa e multifacetada, causa danos à saúde física e mental das pessoas envolvidas, além de comprometer suas famílias e a sociedade.¹ No Brasil, ela é considerada um problema de saúde pública e um fenômeno complexo de alta prevalência.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde², a maior parte das agressões praticadas contra a mulher ocorre, respectivamente, em: domicílios, vias públicas e instituições de saúde, sendo que as mulheres negras e pobres comumente são vítimas fatais.

Denúncias de violência contra as mulheres começaram no Brasil a partir da segunda metade do século XX. Em 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, reconhecendo o problema como uma questão de saúde pública. Mas o modelo de atenção às mulheres em situação de violência ainda opera na lógica reducionista e individualista do modelo biomédico³, quando o necessário seria trabalhar em rede, de forma intersetorial, multidisciplinar e multiprofissional, tendo por premissa a busca pelo empoderamento da mulher e a responsabilização dos agressores. Antes de tudo, é necessário acolher a mulher. E por acolher entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam confiança, segurança e respeito.⁴

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar as atitudes e as reações afetuosas dos profissionais da rede pública de Belo Horizonte matriculados no curso “Para Elas/UFMG”, modalidade de ensino a distância, diante da mulher em situação de violência.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa, cuja metodologia consistiu de entrevistas semiestruturadas com profissionais da rede de Belo Horizonte matriculados no Curso Para Elas/UFMG, do Projeto “Para Elas/ Por Elas, Por Eles, Por Nós” no período 2014 a 2016, utilizando questionário autoaplicável, *online*, por meio da Plataforma FormSUS.

O questionário foi a opção escolhida neste estudo, por tratar-se de uma técnica de investigação constituída por um conjunto de questões, cuja fina-

lidade foi alcançar informações acerca de comportamentos, valores, sentimentos, temores e aspirações dos sujeitos pesquisados.⁵ Como critério de inclusão no banco de dados do projeto foram considerados os seguintes fatores: matrícula no curso EAD, preenchimento completo do questionário e aceitação das questões descritas no Termo de Consentimento.

Para o desenvolvimento do presente estudo, restringiu-se a utilização de duas questões fechadas que contemplaram as atitudes e afetos dos profissionais nos casos de violência contra a mulher, são elas: “como você se sente ao atender uma mulher com suspeita ou em situação de violência?” e “se você já atendeu uma mulher em situação de violência, o que foi feito?”.

No processo seletivo, optou-se por aplicar o questionário àqueles profissionais atuantes em Belo Horizonte que declararam ter prestado atendimento à mulher na situação supracitada, sendo, portanto, em sua totalidade, uma amostra de 126 respondentes.

O tratamento de análise dos dados foi exportado para *Excel* e, em seguida, para o Programa SPSS. 19. Utilizou-se a análise descritiva com distribuição de frequência e a análise de correspondência (AC). Trata-se de uma técnica de análise exploratória de dados, adequada para estudar tabelas de duas entradas ou tabelas de múltiplas entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas, por meio da qual foram estudadas associações entre atitudes e afetos dos profissionais, diante da atenção à mulher em situação de violência.

RESULTADOS

Quanto às atitudes, os resultados revelaram que, dos respondentes que atenderam mulheres em situação de violência, 93% realizaram acolhimento, 88,2% abordaram a situação de violência, 45,3% notificaram e 45,2% fizeram seguimento ambulatorial da mulher.

Relacionado aos encaminhamentos, os resultados mostraram que 61% das mulheres atendidas foram encaminhadas para serviço especializado no município e apenas 18,6% para fora do município. Apenas 53,2% foram encaminhadas para IML ou delegacia, e 73,3% foram encaminhadas à saúde, o que sugere uma falha nas ações intersetoriais dos profissionais.

Quanto aos afetos dos profissionais, 88,4% se sentem preocupados e 66,2% se sentem angustiados. Menos da metade dos profissionais se sente confiante (40,4%) e segura (49,7%), o que sugere a necessidade

de mais capacitação na questão apresentada; 41,5 e 25,7% se sentem temerosos e constrangidos, respectivamente. O sentimento de impotência foi mencionado por 58,5%.

As Tabelas 1 e 2 apresentam o mapa de correspondência entre as atitudes e afetos dos profissionais de saúde na agressão à mulher. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (atitudes: acolheu, abordou, notificou, encaminhou) e dos perfis coluna (afetos: confiante, seguro, preocupado, impotente, angustiado), devem ser analisadas as Tabelas 1 e 2. A Tabela 1, referente às atitudes, revela melhor representação do nível “notificou” na dimensão 2 (em negrito), enquanto os demais níveis são mais bem representados na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 2, referente aos afetos, revela melhor representação de todos os níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível “angustiado” que contribui mais quando interpretado na dimensão 2 (em negrito).

Tabela 1 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (atitudes)

Atitudes	Dim 1	Dim 2
Acolheu	0,9453	0,0179
Abordou	0,9583	0,0009
Notificou	0,0595	0,9403
Encaminhou	0,8981	0,1018

Fonte: Resultado da pesquisa.

Tabela 2 - Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (afetos)

Sentimentos	Dim 1	Dim 2
Confiante	0,7482	0,2516
Seguro	0,9486	0,0511
Preocupado	0,4820	0,3353
Impotente	0,7884	0,2093
Angustiado	0,0212	0,9228

Fonte: Resultado da pesquisa.

A Figura 1 a seguir apresenta o mapa de correspondência entre as atitudes e afetos dos profissionais de saúde na agressão à mulher.

Verifica-se forte associação entre os profissionais cujos afetos são de confiança e segurança com aqueles cujas atitudes foram de encaminhar e notificar casos de mulheres vítimas de violência. Observou-se, ainda, que os profissionais preocupados e angustiadados associaram-se mais fortemente àqueles que abordaram e acolheram mulheres vítimas de violência. Notou-se que mesmo os profissionais com sentimen-

to de impotência tiveram atitudes de abordar e acolher com associação razoável.

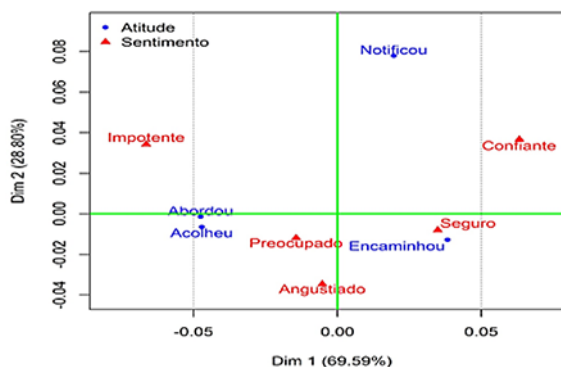


Figura 1 - Mapa de correspondência entre as atitudes e os afetos. Fonte: resultado da pesquisa.

Os dados revelam que os afetos de confiança e segurança estão muito associados às atitudes de encaminhar e notificar ações possíveis apenas se os profissionais estiverem bem capacitados para atender a essa demanda. Os afetos preocupado e angustiado associaram-se às atitudes de abordar e acolher, sugerindo que os profissionais se implicam nos atendimentos realizados.

DISCUSSÃO

Há um avanço nas atitudes de acolhimento e abordagem à mulher, mas os números de notificação ainda são baixos, o que prejudica a efetivação de políticas públicas no âmbito epidemiológico e da prevenção. Conforme preconiza o Ministério da Saúde amparado pela lei 10.778, cabe aos profissionais de saúde notificar os casos de violência contra a mulher, identificados durante o atendimento à vítima. De acordo com Garbin *et al.*⁶, a notificação estabelece uma conexão entre o campo da saúde e o sistema legal, indispensável para a intervenção eficiente no problema. Além disso, ela oferece subsídios para a composição de um perfil epidemiológico que servirá de amparo para ações de prevenção e combate ao problema.

As baixas porcentagens de seguimento ambulatorial a essa mulher também chamam a atenção para a falha no acompanhamento ao sair do atendimento. Isso pode estar relacionado à falta de implicação do profissional ou à sobrecarga de trabalho que não permite esse tempo para acompanhar essas situações de violência após o encaminhamento.

No estudo de Vieira *et al.*⁷ há um desconhecimento sobre o fenômeno da violência e seus diferentes matizes, prejudicando, dessa maneira, a assistência oferecida às mulheres que vivenciam essa problemática. Frequentemente, o profissional não identifica a situação de violência, e quando o faz não se sente preparado para dar a solução ou o encaminhamento adequado. É necessário haver escuta sensível e acolhimento adequado e resolutivo, bem como a formação de equipes multiprofissionais que possibilitem implementação de programas de atendimento às mulheres nessa situação. Esse estudo ainda identificou que grande parte dos encaminhamentos realizados foi para o próprio município. Esse dado pode dizer de um suporte de atenção descentralizado, que já conta com a atenção especializada em sua própria localidade, o que é um grande avanço, pois facilita o acesso da mulher ao serviço.

Apenas pouco mais da metade das mulheres em situação de violência foi encaminhada para setores diferentes da saúde, como delegacias e IML. A eficiência do combate à violência depende de ações integradas com todos os setores da sociedade, inclusive o jurídico.

No estudo de Penso *et al.*⁸, as participantes, profissionais da área da saúde, enfatizaram o quanto o trabalho que desenvolvem tornou-as mais sensíveis e como os atendimentos realizados as mobilizaram, despertando uma variedade de sentimentos em relação a essas mulheres em situação de violência. Constatou-se que as emoções presentes nas atuações das participantes são fatores propulsores da ação, bem como a forma de cuidado oferecido ao outro como motivador nessa ordem de demanda. O artigo ainda menciona que o trabalho com o tema da violência gera sentimentos intensos como raiva e dores nas feridas internas de cada pessoa e que por isso o espaço de troca e de escuta se torna uma ferramenta imprescindível.

Os afetos relacionados à preocupação e angústia indicam uma implicação dos profissionais que se veem mobilizados com a situação apresentada. No entanto, o estudo detectou porcentagens baixas de trabalhadores que se sentem seguros e confiantes, mas que, mesmo assim, abordam e acolhem mulheres vítimas de violência.

Vieira *et al.*⁷ apuraram que, de maneira geral, na literatura, a violência nas relações de gênero não é contabilizada nos diagnósticos realizados pelos pro-

fissionais de saúde, sendo caracterizada como problema de extrema dificuldade para ser abordado. Nota-se que muitas vezes as atitudes dos profissionais são de apoio às mulheres em situação de violência, mas muitos se sentem inseguros no manejo dos casos. Esses autores ainda ressaltam que a literatura mostra que os profissionais de saúde tendem a considerar as questões de violência como pertinentes às áreas da segurança e justiça, têm medo de se envolverem com o assunto, restringem-se a tratar das lesões físicas e não receberam educação sobre o tema.

Ao contrário do que registraram Vieira *et al.*⁷ sobre o desconhecimento por parte dos profissionais sobre o fenômeno, assim como a sua não identificação e conseqüente não abordagem da mulher vítima de violência, o presente estudo demonstra avanço no cenário atual de atendimento a essas mulheres, concluindo, ao analisar as respostas dos profissionais de saúde, que do total de entrevistados a grande maioria realizou o acolhimento e a abordagem ao tema, o que significa mais reconhecimento do problema⁹.

A abordagem da violência recebe olhares diferenciados de acordo com a profissão. No estudo de Villela *et al.*¹⁰ em um centro de saúde, os médicos dizem não receberem muitos casos de agressão à mulher, enquanto os psicólogos afirmam que a violência está presente na vida de quase todas as usuárias. Isso deixa clara a falta de capacitação dos profissionais de saúde e de trabalho interdisciplinar, com o devido acolhimento realizado por todos os profissionais, preconizado pelo SUS.

CONCLUSÕES

Diante da complexidade dos fenômenos que envolvem a violência contra a mulher, percebe-se relativa melhora em algumas atitudes, mas ainda são necessários mais estudos que ajudem no desenvolvimento de ações no âmbito da notificação e do seguimento dos casos. Os afetos dos profissionais devem receber atenção para que se potencializem atendimentos humanizados, integrais e de qualidade, que mobilizam as atitudes dos profissionais diante da vítima de violência. O enfrentamento da agressão contra a mulher deve articular todos os setores da sociedade (educação, social, econômico e jurídico) que juntos devem construir uma rede em que as atitudes não sejam pontuais, mas conectados umas às outras.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Violence prevention alliance: conceptual framework. Genova: WHO; 2010. [citado em 2016 fev.08]. Disponível em: http://www.who.int/violenceprevention/vpa_conceptual_framework.pdf
2. Secretaria Municipal de Saúde (MG). Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência. Belo Horizonte: Projeto Gráfico; 2015
3. Netto LA, Moura MA, Queiroz ABA, Tyrrell MAR, Bravo MDP. A violência contra a mulher e suas consequências. *Acta Paul Enferm.* 2014[citado em 2016 out.10]; 27(5): 458-64. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0458.pdf
4. Araújo CLO, Abdouni MK, Oliveira FM. *Rev Eletrônica Enferm.* 2013; 1(4): 20-8.
5. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008. p. 121.
6. Garbin C, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 20(6): 1879-90.
7. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4): 609-16.
8. Penso MA, Almeida TMC, Brasil KCT, Barros CA, Brandão PL. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. *Temas Psicol.* 2010[citado em 2016 nov.10]; 18(1): 137-52. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000100012
9. Vieira EM, Perdona GCS, Almeida AM, Nakano MS, Santos MA, Daltoso D. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol.* 2009[citado em 2016 ago.13]; 12(4): 566-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400007&lng=en.
10. Villela WV, Vianna LA, Carneiro LLFP, Sala DCF, Vieira TE, Vieira ML. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc.* 2011[citado em 2016 jul.10]; 20(1): 113-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>.

Avaliação da interface dos diferentes tipos de violência provocada pelo parceiro íntimo contra a mulher

Evaluation of the interface of different types of violence against the woman by the intimate partner

Talita Munick Vieira Gomes¹, Doriana Ozólio Alves Rosa², Ricardo Tavares³, Elza Machado de Melo¹, Victor Hugo Melo¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Saúde Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, Departamento de Estatística. Ouro Preto, MG – Brasil.

Objetivos: avaliar as interfaces da violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo, em município da Região Metropolitana de Belo Horizonte. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal de 470 mulheres com idade entre 18 a 83 anos, realizado em 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cinco Unidades Básicas de Referência (UBRs) de Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em banco de dados, utilizando-se o software SPSS. Para apresentação dos resultados desse estudo foram utilizadas tabelas de frequência simples e cruzada, teste de Qui-quadrado de homogeneidade e análise de correspondência. **Resultados:** entre as 470 mulheres entrevistadas, 255 informaram ter sofrido algum tipo de violência provocada por seu parceiro ou ex-parceiro íntimo. Entre estas mulheres, 57 sofreram os três tipos de violência (física, sexual e psicológica) concomitantemente; 96 sofreram violência psicológica e física; 14 foram abusadas sexualmente e sofreram violência psicológica. **Conclusões:** o estudo mostrou elevada prevalência dos vários tipos de violência contra a mulher e evidenciou que, raramente, uma mulher sofre apenas um tipo de violência, o que ainda não é percebido por grande parte da população brasileira.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Violência Contra a Mulher; Maus-Tratos Conjugais; Violência por Parceiro Íntimo; Violência Sexual.

ABSTRACT

Goals: to evaluate violence interfaces against women caused by intimate partner, in a county of the Metropolitan Region of Belo Horizonte. **Methods:** This is a cross-sectional study of 470 women aged 18-83 years old, performed in 53 Basic Health Units (BHU) and five Basic Reference Units (UBRs) of Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Quantitative data were stored in a database using SPSS software. For the presentation of the results of the study, we used simple and cross-frequency tables, chi-square test of homogeneity and correspondence analysis. **Results:** Among the 470 women interviewed, 255 reported to have suffered some kind of violence caused by their partner or former intimate partner. Among these women, 57 suffered the three types of violence (physical, sexual and psychological) concomitantly; 96 suffered psychological and physical violence; 14 were sexually abused and suffered psychological violence. **Conclusions:** the study showed a high prevalence of various types of violence against women and showed that rarely a woman suffers only one type of violence, which has not been perceived yet by a large part of the Brazilian population.

Key words: domestic Violence; Violence Against Women; Spouse Abuse; Intimate Partner Violence; Sexual Violence.

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Talita Munick Vieira Gomes
E-mail: tatamunick@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, principalmente após 2006, com a aprovação da Lei 11.340/2006, conhecida por Lei Maria da Penha, presenciamos constantemente um paradoxo em relação à violência contra a mulher no Brasil, pois é um assunto discutido frequentemente, na mídia, e pela população, mas, no entanto, ela é invisível para as pessoas no momento de denunciar ou notificar.

A Lei Maria da Penha, criada para coibir a violência doméstica e familiar, conceitua as principais formas de violência contra a mulher em: violência física, violência sexual e violência psicológica. A violência física é quando se causa danos ao corpo, sendo caracterizada por tapas, chutes, murros e outros, inclusive a morte. A violência psicológica é a mais silenciosa, não deixa marcas visíveis no corpo, mas deixa marcas emocionais profundas, e pode ser caracterizada por humilhação, diminuição da autoestima, desprezo, gritos, xingamentos e outros. Violência sexual é quando o agressor obriga a vítima a presenciar, manter ou ter relação sexual com o mesmo, ou seja, participar de atos sexuais contra a sua vontade.¹

Violência por parceiro íntimo

Uma das formas mais comuns de violência contra a mulher é a Violência Provocada por Parceiro Íntimo (VPPI). Parceiro íntimo é definido como o companheiro ou ex-companheiro, namorado ou ex-namorado, independentemente de união formal, que mantém relação sexual com sua parceira.²

Várias pesquisas demonstraram que é no espaço doméstico onde as mulheres são mais agredidas³. E as estatísticas comprovam essa triste realidade, pois em pesquisa populacional em vários países detectou-se que mais de 30% das mulheres em todo mundo já sofreram violência física e sexual pelos seus parceiros, em algum momento de suas vidas.⁴

Esse tipo de violência contra a mulher é extremamente degradante, já que é praticada por uma pessoa com quem a vítima tem relação íntimo-afetiva, e em um local onde deveria ser de conforto e acolhimento.⁵ E ainda é reconhecida, mesmo com a evolução da legislação brasileira, como decorrência natural das relações entre homens e mulheres, o que também contribui para o silêncio das pessoas.

São fatores de risco para a violência praticada pelo parceiro íntimo: a baixa escolaridade, consumo de bebida alcoólica, baixa renda e julgar-se violenta.⁶

As consequências da violência para a mulher agredida pelos seus parceiros íntimos são graves e abrangem desde ocorrência de fraturas, luxações e hematomas até depressão, suicídio e/ou morte.⁷

Muitas mulheres têm dificuldade de reconhecer sua situação de submissão e nem todas conseguem romper com o ciclo da violência, pois são ameaçadas, cotidianamente, pelo parceiro, e correm o risco de serem revitimadas. As mulheres, muitas vezes, denunciam o agressor, ou saem de casa, rompendo assim com o ciclo de violência, por causa dos filhos.⁵ E há as que denunciam seus companheiros, agressores, mas, desistem de manter a denúncia, pois acreditam na promessa do companheiro de que não mais irá agredi-las.

Interface das violências contra a mulher por parceiro íntimo

As mulheres raramente sofrem apenas um tipo de violência, pois, na maioria das vezes, elas são vítimas de vários tipos de violência, causadas pelo seu parceiro, que podem ser simultâneas ou ocorrer isoladas, e que muitas vezes são constantes. Estudos apontam a superposição das violências contra a mulher por parceiro íntimo (física, psicologia e sexual), e também indicam o efeito somatório e progressivo das violências, nas formas moderadas a graves, e sua recorrência.⁸

A violência psicológica, exclusiva, sofrida pela mulher e causada por parceiro íntimo, envolve insultos, depreciações e humilhações. Intimidações e ameaças estão frequentemente sobrepostas à violência física por parceiro íntimo.⁹ O cárcere privado é uma das formas de violência psicológica, onde há abuso de poder e a mulher é impedida de desfrutar da liberdade de ir e vir.

Na violência sexual é evidenciada, mais uma vez, a supremacia masculina, ao forçar a vítima a manter relação sexual, independente da sua vontade, como se a mesma fosse um objeto sexual.⁵

A violência física, sexual, emocional, e moral não ocorrem isoladas, pois qualquer que seja a agressão, essa estará sempre associada à violência emocional.^{10,11} A mulher sofre vários tipos de violência provocada pelo parceiro íntimo, no entanto, a violência psicológica

pode ocorrer mesmo à distância, o que a torna mais grave e mais difícil de ser diagnosticada por profissionais da saúde. As mulheres não conhecem a escalada da violência doméstica, ou seja, que do empurrão ao tapa (violência física menos ofensiva), pode-se chegar ao longo do tempo ao assassinato, ou feminicídio.¹¹

A atenção primária é a principal porta de entrada das usuárias vítimas de violência pelo parceiro íntimo, e é neste espaço que os atores sociais (usuária e profissional) podem agir em cooperação mútua e com autonomia, pensando na promoção da saúde.^{6,11} Apesar da violência contra a mulher pelo parceiro íntimo não ser um tema exclusivo dos serviços de saúde, ela se destaca no setor pelos danos físicos, sociais, morais e psicológicos que provoca.⁶

O presente artigo traz um recorte da pesquisa que avalia as interfaces da violência contra a mulher por parceiro íntimo, aninhada no Programa de Promoção de saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica, no Município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal em 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cinco Unidades Básicas de Referência (UBRs) existentes no município de Ribeirão das Neves.

As entrevistas ocorreram dentro das UBS e das UBRs com 470 mulheres de 18 a 83 anos. As usuárias foram selecionadas por ordem de chegada, segundo uma tabela de números aleatórios, e deveriam ter capacidade física e mental para responder ao questionário em entrevistas individuais. Foram critérios de inclusão: ser do sexo feminino, ser moradora do local há mais de um ano, ter idade maior ou igual a 18 anos, ter tido parceria afetivo-sexual alguma vez na vida, ter sido atendida na UBS ou UBR pelo menos uma vez antes da atual, durante a qual foi entrevistada. O critério de exclusão foi idade inferior a 18 anos.

O questionário semiestruturado aplicado foi composto por dois núcleos. O primeiro núcleo foi construído pela equipe da pesquisa e constituiu-se de perguntas sobre as características pessoais e sociodemográficas, relações pessoais, comunitárias e de ocupação/trabalho, percepção de saúde e de perguntas sobre violências. O segundo núcleo foi extraído do questionário utilizado no estudo multicêntrico, coordenado pela Organização Mundial de Saúde, inti-

tulado *Multi Country study on women's health and domestic violence against women* e validado no Brasil¹². Foram utilizadas duas seções do referido instrumento: seção 7, "A Entrevistada e seu companheiro" e seção 10, "Outras Experiências". Essas seções abordam a violência contra a mulher em seus domínios psicológico, físico e sexual perpetrada pelos parceiros íntimos.

Os dados de natureza quantitativa foram armazenados em Banco de Dados, utilizando-se o software SPSS. Os questionários aplicados nesta pesquisa foram codificados e digitados com dupla entrada de digitação, para a alimentação do banco de dados. Para apresentação dos resultados desse estudo foram utilizadas tabelas de frequência simples e cruzada, teste de Qui-quadrado de homogeneidade e análise de correspondência.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta algumas características sociodemográficas das mulheres estudadas, associadas aos três tipos de violência por elas relatados, e provocadas pelo parceiro íntimo. A maior parte das mulheres entrevistadas possuíam menos de 8 anos de estudo, eram pardas, casadas, e ganhavam de 2 a 3 salários mínimos por mês.

A Violência Provocada pelo Parceiro Íntimo (VPPI) ocorreu em todas as faixas etárias, com predomínio de mulheres na faixa etária de 18 a 49 anos. Assim como a maior incidência da VPPI nas três modalidades de violência, ocorreu em mulheres com baixa escolaridade e com renda familiar de até 3 salários mínimos

A VPPI foi mais prevalente nas mulheres declaradas de cor parda, em comparação com as mulheres declaradas de cor preta e branca. Entretanto, esse tipo de violência ocorre de forma preocupante independente da autodeclaração de cor.

A Figura 1 mostra a ocorrência da violência praticada pelo parceiro íntimo contra as mulheres entrevistadas. Das 470 mulheres entrevistadas, 255 (54,3%) informaram ter sofrido algum tipo de violência provocada por seu parceiro ou ex-parceiro. Entre estas mulheres, 57 sofreram os três tipos de violência (física, sexual e psicológica) concomitantemente; 96 sofreram violência psicológica e física; 14 foram abusadas sexualmente e sofreram violência psicológica. Não houve relato de violência física e sexual concomitante.

Tabela 1 - Com início de ação e meia-vida dos opioides

Variáveis sociodemográficas	Violência Psicológica		Violência Física		Violência Sexual		Total	
	Sim		Sim		Sim			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária								
Até 29	62	25,3	43	26,4	10	13,5	130	27,7
30 a 39	56	22,9	29	17,8	18	24,3	117	24,9
40 a 49	53	21,6	40	24,5	14	18,9	86	18,3
50 a 59	30	12,2	21	12,9	14	18,9	54	11,5
60 ou +	38	15,5	25	15,3	15	20,3	76	16,2
Não informado	6	2,4	5	3,1	3	4,1	7	1,5
Grau de instrução								
Sem Ensino Fundamental	124	50,6	87	53,4	45	60,8	213	45,3
Ensino Fundamental	59	24,1	40	24,5	18	24,3	121	25,7
Ensino Médio	52	21,2	31	19,0	10	13,5	120	25,5
Ensino Superior	3	1,2	1	0,6	0	0,0	6	1,3
Especialização	1	0,4	0	0,0	1	1,4	1	0,2
Não informado	6	2,4	4	2,5	0	0,0	9	1,9
Estado civil								
Casado	97	39,6	63	38,7	25	33,8	202	43,0
Solteiro	62	25,3	36	22,1	20	27,0	108	23,0
União estável	53	21,6	38	23,3	14	18,9	103	21,9
Divorciado	14	5,7	12	7,4	7	9,5	18	3,8
Viúvo	11	4,5	8	4,9	5	6,8	28	6,0
Separado ou desquitado	8	3,3	6	3,7	3	4,1	11	2,3
Cor								
Branca	42	17,1	24	14,7	11	14,9	85	18,1
Preta	47	19,2	29	17,8	17	23,0	87	18,5
Amarela	12	4,9	9	5,5	4	5,4	24	5,1
Parda	144	58,8	101	62,0	42	56,8	273	58,1
Não informado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Renda familiar (salário mínimo)								
Até um	74	30,2	53	32,5	25	33,8	139	29,6
De 2 a 3	130	53,1	83	50,9	35	47,3	248	52,8
De 4 a 5	18	7,3	13	8,0	4	5,4	40	8,5
Acima de 5	6	2,4	3	1,8	3	4,1	15	3,2
Não sabe	16	6,5	10	6,1	7	9,5	26	5,5
Não informou	1	0,4	1	0,6	0	0,0	2	0,4

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados possibilitam uma visão mais detalhada dos vários tipos de violência praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher. É possível perceber uma alta prevalência nos vários tipos de violência sofrido pela mulher pois, entre as 470 mulheres do estudo, 255 sofreram algum tipo de

violência, sendo também observado a ocorrência de mais de um tipo de violência ao mesmo tempo.

Foi observado nesse estudo, assim como no de Silva et al.¹³, que as mulheres com menos tempo de escolaridade são mais susceptíveis a violência por parceiro íntimo, pois o menor nível de escolaridade diminui a auto-estima da mulher e o seu empoderamento, favorecendo assim a desigualdade de gênero.

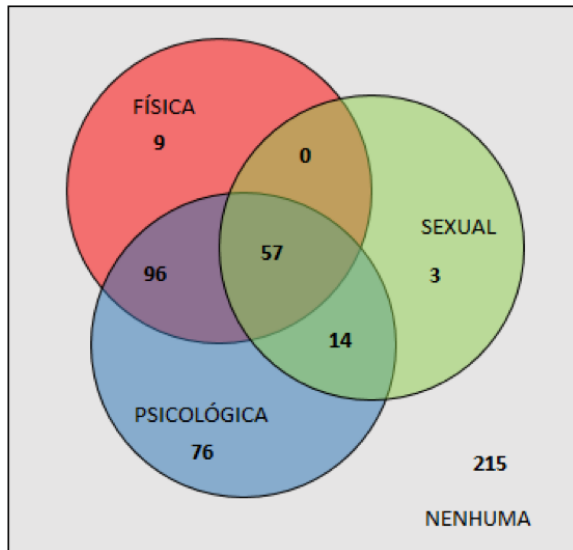


Figura 1 - Diagrama de Venn mostrando a sobreposição dos diversos tipos de violência a que foram submetidas 255 mulheres do estudo. Ribeirão das Neves, 2012. Fonte: dados da pesquisa.

As mulheres com renda até um salário mínimo, e de 2 a 3 salários mínimos, foram as que mais sofreram violência física, sexual e psicológica nesse estudo, comprovando que a violência contra a mulher é um fenômeno que acontece em todas as classes sociais, e em diferentes segmentos sociais. No entanto, a sua ocorrência tem maior risco de acontecer em lugares menos favorecidos ou com maior desigualdade social.¹⁴ Assim como em outros estudos, os diversos tipos de violência ocorrem, com muita frequência, com sobreposições^{13,15}, ou interfaces.

Foi identificado maior prevalência da violência psicológica isoladamente (n=76), do que de outros tipos de violência (sexual e física), o que também foi maior do que a sobreposição de violência psicológica e sexual (n=14). Essa realidade também foi observada em um estudo de coorte com gestantes de Recife, que sofreram violência praticadas pelo seu parceiro íntimo.¹³ A sobreposição de violência física e psicológica (n=96) do presente estudo, é a maior, comparando com outros tipos de violência e com outras sobreposições, o que difere de outros estudos, como o de Recife.¹³

A violência psicológica isolada permanece elevada no nosso estudo, como em outros¹³, pois ainda é uma forma oculta de violência que, muitas vezes, não é percebida e nem identificada como tipo de violência em uma sociedade onde ainda há grande desigualdade de gênero.

A violência física e psicológica, isoladas uma da outra, são de difícil diagnóstico devido a inúmeros fa-

tores culturais, e à própria concepção de violência da mulher. No entanto, a violência física, causada pelo parceiro íntimo, é normalmente acompanhada pela psicológica.⁸ Não houve ocorrência de violência física e sexual concomitantes, o que é consistente com estudo publicado anteriormente.¹³

O diagrama de Venn (Figura 1) evidencia que a ocorrência da violência física isolada é menor, quando comparada com os outros tipos de violência. Mas esse número aumenta muito quando a violência física é associada a violência psicológica. Isso também foi observado em outros estudos, como o realizado em Nova Iguaçu (RJ), no qual foi possível perceber a diminuição da violência física como forma isolada de agressão, e essa acontecendo concomitante às agressões psicológicas.¹⁵

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou elevada prevalência dos vários tipos de violência contra a mulher e evidenciou que, raramente, uma mulher sofre apenas um tipo de violência, o que ainda não é percebido por grande parte da população brasileira. Portanto, é necessário avançar, e pensar que além de políticas públicas, devem ser implementadas ações intersetoriais e transdisciplinares para o enfrentamento e prevenção dos vários tipos de violência sofridos pela mulher, ao longo de sua vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Publicado no DOU de 8.8.2006. [citado em 2016 nov.04]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.
2. Schraiber LB, D'Oliveira LPFA, França Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5):797-807.
3. Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. Saúde e Sociedade. 2004; 13(2):89-99.

4. OMS – Organização Mundial de Saúde. 2010. [citado em 2016 nov. 04]. Disponível em: http://www.who.int/gho/women_and_health/violence/intimate_partner/en/.
5. Acosta DF, Gomes VLO, Fonseca DA, Gomes CG. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. *Texto Contexto Enfermagem*. 2015; 24(1):121-7.
6. Rosa DOA. Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG; 2013.
7. Andrade MJC, Fonseca SGMR. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Escola de Enferm*. 2007; 42(3):591-5.
8. Barros C, Schraiber BL, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(2):365-72.
9. Fonseca DH, Ribeiro CG, Leal NSB. Violência doméstica contra a mulher; realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*. 2012; 24(2):307-14.
10. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2010. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
11. Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em Perspectiva*. 1999; 13(4):82-91.
12. Schraiber LB, Latorre DRM, Segri JN, D'Oliveira LPFA. Validade do instrumento WHO VAWSTUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(4):658-666.
13. Silva PE, Valongueiro S, Araújo BVT, Ludemir BA. Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo no período pós-parto. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49:46-55.
14. Lucena TDK, Silva CMTA, Moraes MR, Silva CC, Bezerra PMI. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(6):1111-21.
15. Rafael RMR, Moura ATMS. Violência contra a mulher ou mulheres em situação de violência? Uma análise sobre a prevalência do fenômeno. *J Bras Psiquiatr*. 2014; 63(2):149-53.

Avaliação de potenciais determinantes do cumprimento das ações pactuadas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais para as ações de notificação de casos de Violência interpessoal e Autoprovocada: Um Estudo Piloto em três municípios de Minas Gerais

Evaluation of potential determinants of compliance with the actions agreed upon by the Project to Strengthen Health Surveillance in Minas Gerais for actions to report cases of Interpersonal and Self- Violent Violence: A Pilot Study in three municipalities of Minas Gerais

Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro¹, Viviane Aparecida Alves Valadares², Geralda Célia Barbosa Guerra²

RESUMO

Introdução: tem sido constatada uma série de dificuldades em alcançar as metas propostas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (PFVS-MG), especificamente a notificação de violência interpessoal e autoprovocada. **Métodos:** foi realizado estudo-piloto em três municípios para testar instrumentos a serem utilizados em um estudo posterior de análise de ambientes com o objetivo de avaliar determinantes potenciais do cumprimento das ações pactuadas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais. Os dados foram coletados a partir de questionários enviados a esses municípios. **Resultados:** verificou-se predominância de pontos fracos no ambiente interno representados pelo preenchimento inadequado das fichas de notificação, baixa capacitação dos profissionais de saúde e receio dos profissionais de saúde em notificar a violência por medo de retaliação de membros da comunidade envolvidos no episódio de violência. **Conclusões:** o predomínio de preenchimento inadequado das fichas de notificação, a baixa capacitação dos profissionais de saúde e o receio dos profissionais de saúde em notificar a violência por medo de retaliação de membros da comunidade envolvidos no episódio de violência são fatores que dificultam o alcance das metas propostas pelo PFVS-MG, notificação de violência interpessoal e autoprovocada. **Palavras-chave:** Violência Doméstica; Notificação; Vigilância.

ABSTRACT

Introduction: a series of difficulties in achieving the goals proposed by the Project for Strengthening the Health Surveillance System in Minas Gerais - PFVS-MG, specifically the notification of Interpersonal and Self-inflicted Violence, has been identified. **Methods:** a pilot study was carried out in three municipalities to test instruments to be used in a later study of Internal and External analysis with the objective of evaluating potential determinants of compliance with the actions agreed by the PFVS-MG. Data were collected through questionnaires sent to these municipalities. **Results:** there was a predominance of weaknesses in the internal environment represented by the inadequate completion of reporting forms, low qualification of health professionals, and fear of health professionals in reporting violence taking to potential retaliation by community members involved in the episode of violence. **Conclusions:** The predominance of inadequate completion of notification forms, poor training of health professionals, and fear of health professionals in reporting violence taking to potential retaliation by community members involved in the episode of violence are factors that difficult the achievement of goals proposed by

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte. Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis/Promoção da Saúde. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
E-mail: dr.robspierre@gmail.com

the PFVS-MG for notification of Interpersonal and Self-Violent Violence.

Key words: Domestic Violence; Notice; Surveillance.

INTRODUÇÃO

As questões que permeiam a morbimortalidade por causas externas – violências e acidentes – constituem uma importante e crescente preocupação para os gestores em saúde pública tanto em nosso país como no mundo. No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, as violências e acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de um a 49 anos. Dados do Ministério da Saúde registraram no período de 2000 a 2012 o total de 1.722.825 óbitos por causas externas. Entre o início e o fim desse período houve aumento de 28,4%, passando de 118.397 óbitos por causas externas em 2000 para 152.013 óbitos em 2012. Em 2012, as causas externas representaram 12,9% do total de óbitos no país.¹

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências, pois somente as ações embasadas em prevenção e promoção da saúde estavam sendo insuficientes para exercerem significativo impacto na diminuição dos aspectos sociais e econômicos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas mais diversas formas como se apresenta, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre os cidadãos, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal.²

Alguns fatores que têm gerado expressiva redução na expectativa de vida, tanto na população jovem quanto na qualidade de vida da população geral do país, são as mortes causadas por homicídios e o número de internações e de sequelas devido, principalmente, a acidentes de transporte terrestre e quedas.

No Brasil, as causas externas ocupam a terceira posição no conjunto de óbitos registrados. Em 2012, a mortalidade por violências (agressões e lesões autoprovocadas) totalizou 65.468 mortes, significando acréscimo de 4,6% em relação ao ano de 2011. Segundo a composição da mortalidade por causas externas, as agressões (homicídios) corresponderam a 37,1% dos óbitos no período, figurando como primeira causa de óbito por causas externas no Brasil. O suicídio (lesão autoprovocada) totalizou 10.321

óbitos em 2012, o que representa 6,8% do total de óbitos por causas externas e figura como quarta causa de óbito por essas causas em 2012. As agressões, as lesões autoprovocadas e a intervenção legal representam 44,3% de todas as mortes por causas externas no país (Brasil, 2014). Ainda segundo o MS, em 2013, nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram 1.056.372 internações por causas externas, perfazendo 9,5% do total de internações.³

Em 25 de janeiro de 2011 houve a publicação da Portaria nº 104, que definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados, mas nessa portaria não foi incluída a obrigatoriedade de notificações de violência. Somente com a publicação da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a Lista de Notificação Compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde. O objetivo do estudo foi testar os instrumentos criados para coletar informações sobre potenciais determinantes do cumprimento das ações pactuadas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais para as ações de assistência aos casos de violência interpessoal e autoprovocada. Entre essas ações pactuadas, destaca-se a ação 1.4 Preenchimento da “Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada”.

MÉTODOS

Foram enviados questionários elaborados para coletar informações estruturadas de acordo com as dimensões da análise de ambientes, também conhecida como análise SWOT.³ Essa análise foi escolhida por se tratar de uma ferramenta muito utilizada para fazer análise de cenário (ou análise de ambiente) que, integrando as metodologias de Planejamento Estratégico Organizacional (PEO), apresenta-se como uma forma resumida de contrapor aspectos internos (a força e as deficiências da organização ou do projeto) e externos (oportunidades e ameaças criadas no ambiente onde essa organização atua, em que o projeto é implementado). É uma análise que integra as metodologias de PEO, facilitadora do diagnóstico institucional, que serve como um guia para organizar a opinião da equipe sobre a implementação das ações de vigilância em saúde propostas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais – PFVS-MG e o ambiente no qual opera.⁴

Essa técnica permite à equipe identificar os problemas e as respectivas ações a serem implementadas para corrigi-los, a partir da análise das forças e fraquezas do ambiente interno e das oportunidades e ameaças do ambiente externo às ações de vigilância em saúde do PFVS-MG, buscando um novo equilíbrio entre essas variáveis. As informações colhidas no ambiente interno, sobre os pontos fortes e fracos da implementação das ações, devem revelar condições favoráveis para o município ou indicar questões que provoquem situações desfavoráveis em relação ao seu ambiente interno.

São avaliados os dois ambientes habitualmente existentes e emitido um diagnóstico acerca de dimensões consideradas positivas e negativas a esses ambientes para se atingir as metas propostas ou acordadas (no caso, os elencos pactuados). Dessa forma, são diagnosticadas no ambiente interno as forças e fraquezas existentes e que comprometem o alcance das metas (alcance da ação). Já no ambiente externo são diagnosticadas as oportunidades e ameaças que comprometem o alcance das metas (alcance da ação).

As forças e fraquezas são determinadas pela posição atual do município e se relacionam, quase sempre, a fatores internos. Já as oportunidades e ameaças estão relacionadas a fatores externos. As oportunidades constituem forças ambientais incontroláveis pelo município, que podem favorecer a sua ação estratégica (alcance da ação), desde que conhecidas e aproveitadas satisfatoriamente e enquanto durarem. Já as ameaças constituem forças ambientais incontroláveis pela empresa, que criam obstáculos à sua ação estratégica (alcance da ação), mas que poderão ou não ser evitadas, desde que conhecidas em tempo hábil.

O ambiente interno pode ser controlado pelos gestores do município, uma vez que ele é resultado das estratégias de atuação por eles definidas. Dessa forma, durante a análise, quando for percebido um ponto forte, ele deve ser ressaltado ao máximo; e quando for percebido um ponto fraco, o município deve agir para controlá-lo ou, pelo menos, minimizar seu efeito. Já o ambiente externo está totalmente fora do controle do município. Mas, apesar de não poder controlá-lo, o município deve conhecê-lo e monitorá-lo com frequência, de forma a aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças.

De acordo com os resultados da análise SWOT, são, então, recomendadas ações/estratégias:

- eliminar possíveis pontos fracos do município identificados em áreas nas quais se está enfrentando ameaças graves e tendências desfavoráveis no ambiente externo;
- capitalizar as oportunidades descobertas onde o município apresenta pontos fortes significativos. Deve-se verificar sua aplicação e sustentabilidade ao longo do planejamento;
- corrigir possíveis pontos fracos identificados em áreas que contêm oportunidades potenciais;
- monitorizar as áreas nas quais foram identificados pontos fortes para não ser surpreendido no futuro por possíveis riscos latentes. Na casela de cruzamento de pontos fortes com ameaças, esses fatores devem contribuir para o controle de ameaças e devem ser operacionais.

Também é útil a “verificação de risco” que atende aos seguintes objetivos:

- Identificar os riscos que podem afetar o desempenho do programa;
- auxiliar na formulação do problema;
- identificar e assegurar que áreas de risco do programa serão investigadas com profundidade;
- sistematizar e estruturar informações relevantes sobre o ambiente de análise (o conhecimento dos gestores sobre seu meio ambiente).

A *verificação de risco* inicia após a identificação dos pontos fracos e ameaças a partir da análise SWOT. A partir da *verificação do risco*, a equipe será capaz de identificar as áreas que poderão ser investigadas com mais profundidade.

Foi solicitado ao participante da pesquisa que, para cada “força” (ponto forte), “fraqueza” (ponto fraco), “oportunidade” ou “ameaça” detectada para o cumprimento do processo/indicador pactuado, descrever a probabilidade de sua “ocorrência” (alta, baixa) e o seu “impacto” potencial (alto, baixo) no alcance do cumprimento do processo/indicador pactuado. E para cada “ponto fraco” ou “ponto forte” do ambiente interno atribuir um peso como percentual (a partir de 1% até que o total de pesos atribuído aos pontos fracos some 100% e também 100% para os pontos fortes), procedendo da mesma forma para as “ameaças” e “oportunidades” no ambiente externo. O respondente preenchia também uma tabela de dupla entrada com as típicas quatro *caselas* da análise SWOT, delimitando os fatores internos/pontos fracos, fatores internos/pontos fortes, fatores

externos/ameaças, fatores externos/oportunidades para cada ação. O preenchimento do questionário foi realizado pelas referências técnicas de cada município, após consenso com os profissionais de saúde que realizam os atendimentos de casos de violência e sua notificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação-SINAN.

notificar por medo de retaliação de membros da comunidade envolvidos no episódio de violência. Entre os pontos fortes, a Tabela 2 não mostra algum fator em destaque, bem como os fatores externos de ameaças e oportunidades apresentados nas Tabelas 3 e 4.

RESULTADOS

Participaram do estudo-piloto três municípios de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte: Igarapé, Lagoa Santa e Sarzedo.

De acordo com a Tabela 1, entre os fatores internos determinantes da notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada encontram-se como mais frequentes e com avaliação de alto impacto potencial, assim como alta probabilidade de ocorrência, o preenchimento inadequado das fichas de notificação seguido de baixa capacitação das equipes de saúde para identificar e notificar os casos de violência, receio dos profissionais de saúde em

DISCUSSÃO

Diante do expressivo relato de problemas relacionados à notificação de violência interpessoal e autoprovocada, constantemente relatados nas visitas técnicas aos municípios de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte/SES-MG, durante os quase cinco anos de atividades de implementação das ações de vigilância em saúde propostas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (PFVS-MG), fez-se necessário avaliar os determinantes potenciais do cumprimento das ações pactuadas por esse projeto para as ações de notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada.

Tabela 1 - Fatores internos determinantes da notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada: pontos fracos, seu impacto potencial e probabilidade de ocorrência

Município	Fatores internos		
	Pontos fracos	Impacto potencial	Probabilidade de ocorrência
Igarapé	Alta rotatividade dos profissionais da assistência à saúde	Alto	Alta
	Baixa adesão dos profissionais em realizar notificações	Alto	Alta
	Localização geográfica da vigilância em saúde longe do serviço de urgência e emergência	Alto	Alta
	Dificuldade de interlocução intersetorial	Alto	Alta
	Medo dos profissionais de notificar violência devido a estar em município de pequeno porte	Baixo	Baixa
Lagoa Santa	Pouca capacitação das equipes de saúde para identificar e notificar os casos de violência	Alto	Alta
	Medo de notificar os casos de violência por parte dos profissionais de saúde	Alto	Alta
	Falta de uma rede intersetorial de prevenção e enfrentamento da violência	Alto	Alta
	Baixa quantidade de notificações realizadas	Alto	Alta
	Segurança pública insuficiente para proteção das entidades notificadoras	Alto	Alta
	Preenchimento inadequado das fichas de notificação	Alto	Alta
	Segurança pública insuficiente para proteção das entidades notificadoras	Alto	Baixa
	Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os tipos de violência	Alto	Baixa
Sarzedo	Fichas de notificação contendo diversos campos ignorados	Alto	Alta
	Dificuldade de parcerias com a PM, polícia civil e principalmente conselho tutelar	Alto	Alta
	Impossibilidade de investigação dos casos	Alto	Alta
	Falta de capacitação para as equipes envolvidas	Alto	Alta

Tabela 2 - Fatores internos determinantes da notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada: pontos fortes, seu impacto potencial e probabilidade de ocorrência

Município	Fatores internos		
	Pontos fortes	Impacto potencial	Probabilidade de ocorrência
Igarapé	Espaço físico da vigilância em saúde adequado	Alto	Alta
	Transporte adequado entre as unidades de saúde	Alto	Alta
	Rede de computadores adequada	Alto	Alta
Lagoa Santa	Criação de estratégias para coletar mais notificações	Alto	Alta
	Criação de parceria com a polícia civil para fornecimento das cópias de boletins de ocorrência para notificação	Alto	Alta
	Parceria com o Centro de Referência da Mulher	Alto	Alta
	Presença suficiente de pessoal e equipamentos para realizar a alimentação do banco de dados	Alto	Alta
	Boa integração com a atenção básica	Alto	Alta
Sarzedo	Participação das reuniões matriciais	Baixo	Baixa

Tabela 3 - Fatores externos determinantes da notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada: ameaças potenciais externas, seu impacto potencial e probabilidade de ocorrência

Município	Fatores internos		
	Ameaças potenciais externas	Impacto potencial	Probabilidade de ocorrência
Igarapé	Perda do profissional administrativo responsável pela digitação no SINAN devido à aposentadoria	Alto	Alta
Lagoa Santa	Baixo incentivo do Estado em relação a subsídios para prevenção à violência	Baixo	Baixa
	Indisponibilidade de materiais educativos para distribuição à comunidade	Baixo	Baixa
	Poucas capacitações do Estado em relação ao tema para os municípios	Baixo	Baixa
Sarzedo	Falta de interesse do profissional da ponta para o correto preenchimento da ficha	Alto	Alta

Tabela 4 - Fatores externos determinantes da notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada: oportunidades potenciais externas, seu impacto potencial e probabilidade de ocorrência

Município	Fatores internos		
	Ameaças potenciais externas	Impacto potencial	Probabilidade de ocorrência
Igarapé	Facilidade de acesso aos técnicos responsáveis no nível estadual	Baixo	Baixa
Lagoa Santa	Referências técnicas DANT capacitadas e com muita bagagem no Estado e região	Baixo	Alta
Sarzedo	Ter mais comunicação com o usuário a fim de coletar mais informações para preenchimento da ficha de notificação	Baixo	Baixa

Verificou-se, então, que o preenchimento inadequado das fichas de notificação e a baixa capacitação dos profissionais de saúde foram os fatores internos mais identificados como pontos fracos, traduzindo então a necessidade de fortalecer a implementação de cursos de capacitação em ações de assistência, identificação e notificação de vítimas de violência interpessoal e autoprovocada. A seguir, foi relatado

mais frequentemente, ainda como ponto fraco, o receio do profissional de saúde em relatar o caso de violência por medo de retaliação de membros da comunidade envolvidos no episódio em questão. Trata-se de resultado obtido em reduzido número de municípios recrutados unicamente para um estudo-piloto, que apenas sugere alguns determinantes da questão a ser pesquisada em futuro estudo transversal.

CONCLUSÃO

O presente estudo-piloto testou favoravelmente o instrumento de coleta de dados e indicou adicionalmente o predomínio de preenchimento inadequado das fichas de notificação, a baixa capacitação dos profissionais de saúde e o receio dos profissionais de saúde em notificar a violência por medo de retaliação de membros da comunidade envolvidos no episódio de violência, como fatores que dificultam o alcance das metas propostas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais (PFVS-MG), especificamente a notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [citado em 2016 jan. 16]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo para preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Brasília: MS; 2015.
3. Ansoff HI, McDonnell EJ. Implementing strategic management. London: Prentice-Hall; 1984.
4. Pagano RA. Diretrizes gerais para formulação estratégica: qual a postura estratégica adequada? [citado em 2015 out. 12]. Disponível em: www.intelligentia.com.br/novidades/artigos/ensaio_rap0311-1.pdf.

Avaliação de satisfação e dificuldade de acesso de atenção à saúde em município mineiro

Evaluation of satisfaction and difficulty of access to health care in Minas Gerais municipality

Eleciânia Tavares da Cruz¹, Renata Mafrá Giffoni¹, Luciana Vasconcelos Quaresma¹, Elza Machado de Melo¹, Simone Sandra de Araújo Silva², Lânia Maria Soares², Vanuse Maria Resende Braga², Ricardo Tavares³

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil; Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Betim, MG – Brasil.

³ Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, Departamento de Estatística. Ouro Preto, MG – Brasil; UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Este artigo é parte da pesquisa *Saúde e Violência: subsídios para a formulação de Políticas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência (SAUVI)*, inquérito domiciliar realizado em Betim, Minas Gerais, nos anos de 2014 e 2015. Teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário e sua dificuldade de acesso à saúde em serviços de diferentes níveis de atenção tanto no setor privado quanto no público. Foi realizado inquérito de base domiciliar com amostragem estratificada por conglomerados em três estágios, a saber, seleção estratificada dos setores censitários; sorteio aleatório dos domicílios dentro de cada setor; e seleção de um entrevistado maior de 20 anos em cada domicílio, segundo sexo e idade, utilizando a Tabela de Kish. A amostra foi calculada com margem de erro máximo em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança de 95%. Foram criados dois indicadores: o de dificuldade de acesso (IDA) e o indicador de satisfação com o serviço (IS), com os quais foram construídos gráficos do tipo *boxplot*. Foram entrevistadas 1.129 pessoas de 20 anos e mais. Os resultados mostraram valores medianos altos de IS (igual ou acima de 0,8), tanto para os serviços públicos quanto privados. O IDA apresentou valores medianos relativamente baixos, confirmando a avaliação do IS para a maioria dos serviços (em torno de 0,2), sendo um pouco maior (em torno de 0,4) para hemodiálise e para Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). A comparação entre setor público e privado mostrou IS ligeiramente maior com o setor privado, exceto para a hemodiálise. Para o IDA, os valores foram semelhantes, exceto para UPA e para hemodiálise, sendo o valor, nesses dois casos, maior, respectivamente, no setor privado e no setor público.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This article is part of the research Health and Violence: subsidies for the formulation of Policies for Health Promotion and Prevention of Violence - SAUVI, a household survey conducted in Betim, Minas Gerais, in the year 2014 and 2015. Its objective was to evaluate the satisfaction of Access to health services at different levels of care in both the private and public sectors. A household-based survey was conducted with stratified sampling by clusters in three stages, namely, stratified selection of census tracts; Random draw of households within each sector and selection of a respondent over 20 years old, in each household, according to sex and age, using the Kish Table. The sample was calculated with a maximum error margin of 1.9% for the proportion of violence in the municipalities and a confidence level of 95%. Two indicators were created, the access difficulty index (ADI) and the satisfaction indicator with the service (SI), with which boxplot type graphs were constructed. A total of 1129 people aged 20 years and over were interviewed. The results showed high median IS values (equal to or above 0.8) for both

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Simone Sandra de Araújo Silva
E-mail: simonesas10@gmail.com

public and private services. ADI presented relatively low median values, confirming the SI assessment for most services (around 0.2), being slightly higher (around 0.4) for hemodialysis and for Emergency Care Unit. The comparison between the public and private sectors showed a slightly higher IS with the private sector, except for hemodialysis. For ADI, the values were similar, except for Emergency Care Unit and for hemodialysis, the value in these two cases being higher, respectively, in the private sector and in the public sector.

Key words: Primary Health Care; Health Services; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Este estudo integra o projeto de pesquisa maior intitulado *Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas públicas de promoção de saúde e prevenção da violência* (SAUVI) e teve como objetivo avaliar a satisfação do usuário e sua dificuldade de acesso à saúde em serviços de diferentes níveis de atenção tanto no setor privado quanto no público.

Abordou como pressuposto teórico o conceito de violência estrutural, que se relaciona à exclusão e às desigualdades sociais, para designar a negação ou a dificuldade de acesso ao cuidado de saúde e à proteção social.¹ Sob a ótica da saúde, pode-se considerá-la como um tipo de violência praticada pelo Estado, na medida em que ele concentra o poder de intervenção ou não intervenção, produzindo danos pela privação do acesso a ações de promoção e prevenção a uma coletividade.²

No Brasil ainda existem barreiras de todos os tipos para acessar os serviços de saúde, com acentuadas diferenças regionais e justificativas quase sempre relacionadas a questões financeiras e orçamentárias. Grande parte das políticas assistenciais é pensada fora do contexto social dos indivíduos e da coletividade.³⁻⁵ Por outro lado, estudo sobre desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil constatou que houve redução da desigualdade e da pobreza em função de mudanças sociais ocorridas; aumento das taxas de utilização e redução das desigualdades no cuidado primário; porém, sugere melhoria dos serviços públicos.⁶

METODOLOGIA

O Projeto de Pesquisa SAUVI consiste de inquérito domiciliar, tendo por objetivo estudar o perfil de violência e fatores associados em Betim, município da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, com

população estimada, em 2015, de 417.307 habitantes.⁷ O município possui economia voltada basicamente para atividades industriais. Além do polo petroquímico e automotivo, a cidade também abriga importantes indústrias nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica e logística. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para 2010 era de 0,749. Conta com população ocupada assalariada de 122.301 (2013) e salário médio de 3,8 salários mínimos. A população concentra-se na faixa etária de 20 a 49 anos.

A população-alvo foi constituída por pessoas com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos no município de Betim, Minas Gerais, Brasil. Utilizou-se de amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, sendo o primeiro para selecionar os setores censitários por meio da amostragem com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT) do número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio de sorteio aleatório; e o terceiro para selecionar, no domicílio, a pessoa que respondeu o questionário, levando em conta a homogeneidade entre sexo e idade, para o que foram utilizadas as tabelas de Kish.⁸ A amostra foi calculada com grau de confiança de 95%, margem de erro de 1,89%.

O instrumento utilizado para a pesquisa SAUVI foi um questionário geral, composto de 563 questões organizadas em 11 blocos temáticos, sendo que o trabalho de campo foi precedido de extensa preparação e divulgação. As variáveis selecionadas para esse recorte foram as seguintes: ter plano de saúde; dificultadores de acesso; variáveis sobre ambiência; utilização dos serviços; satisfação com o serviço.

Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas qualitativas, foram construídos indicadores: de dificuldade de acesso (IDA) e de satisfação com os serviços (IS). Esses indicadores: IDA e IS foram padronizados para que assumissem valores na escala 0-1.

Para análise dos dados utilizou-se o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)⁹ e o *R: Development Core Team*.¹⁰ A pesquisa SAUVI, que deu origem a este artigo, foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG sob o número CAAE – 02235212.2.0000.5149.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 1.129 pessoas, uma em cada domicílio de Betim, no período de 2014 e 2015. Des-

tes, 464 (41%) têm plano de saúde. Entre os entrevistados, 72,1% responderam que há demora e/ou dificuldade em conseguir atendimento e para 36,6% falta qualidade do serviço. Sobre os motivos de não utilização dos serviços, 35% mencionaram o horário de funcionamento dos serviços de saúde; 30,6% a falta de tempo devido ao trabalho; 21,3% por achar que não é importante ou que vai sarar sozinho; 19,5% por não gostar de médico; 14,1% por não gostar de falar de seus problemas; e 10,8% por ter medo ou vergonha.

A Figura 1 mostra a distribuição do indicador de satisfação (IS) segundo os serviços utilizados, públicos, privados e ambas as modalidades.

De modo geral, os indicadores de satisfação são altos, o valor mediano igual ou superior a 0,8 para todos os serviços, sejam públicos ou privados. Observa-se melhor desempenho dos serviços privados referentes ao IS, exceto no serviço de hemodiálise e outros, cuja satisfação é maior no serviço público. Mas deve-se destacar que entre as pessoas que responderam a essas questões, a maior parte é usuária do SUS: por

exemplo, para emergência, 35,1% responderam que usaram o SUS (UPA) contra 2,5% que usaram o serviço privado Ressalta-se, ainda, que aproximadamente 41% dos entrevistados têm plano de saúde privado.

A Figura 2 mostra a distribuição do indicador de dificuldade de acesso (IDA) segundo os serviços utilizados.

Confirmando os resultados indicados pelo IS, o IDA apresenta valores medianos baixos para a maioria dos serviços e, como se poder ver na Figura 2, ele gira em torno de 0,2 para todos os serviços, com exceção da hemodiálise e da UPA, para os quais atinge valores maiores (pouco maior de 0,4). É também semelhante nos serviços públicos e privados, com exceção da UPA, onde é maior para o setor privado, e da hemodiálise, onde é maior no setor público. Esses resultados devem ser analisados levando-se em consideração o fato de que o percentual de participantes da pesquisa que é usuário do setor público é maior do que do setor privado, para quase todos os serviços públicos, exceto clínica e consultório.

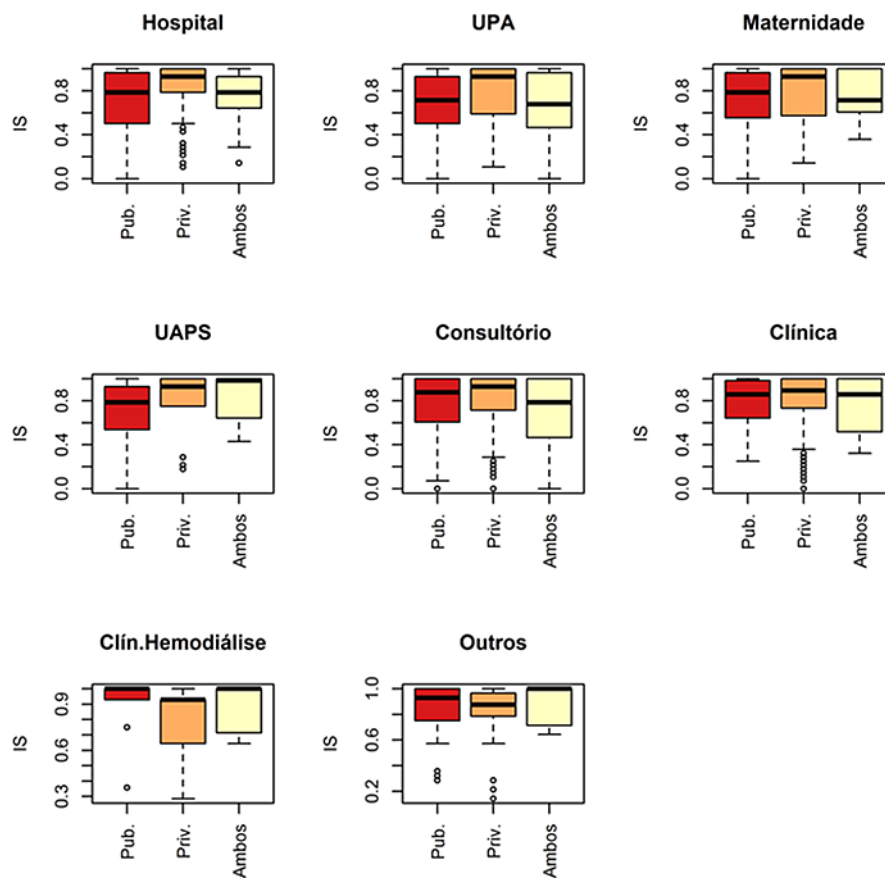


Figura 1 - Distribuição do indicador de satisfação com os serviços de saúde segundo os serviços utilizados, públicos, privados e ambos os tipos. Betim, 2015.

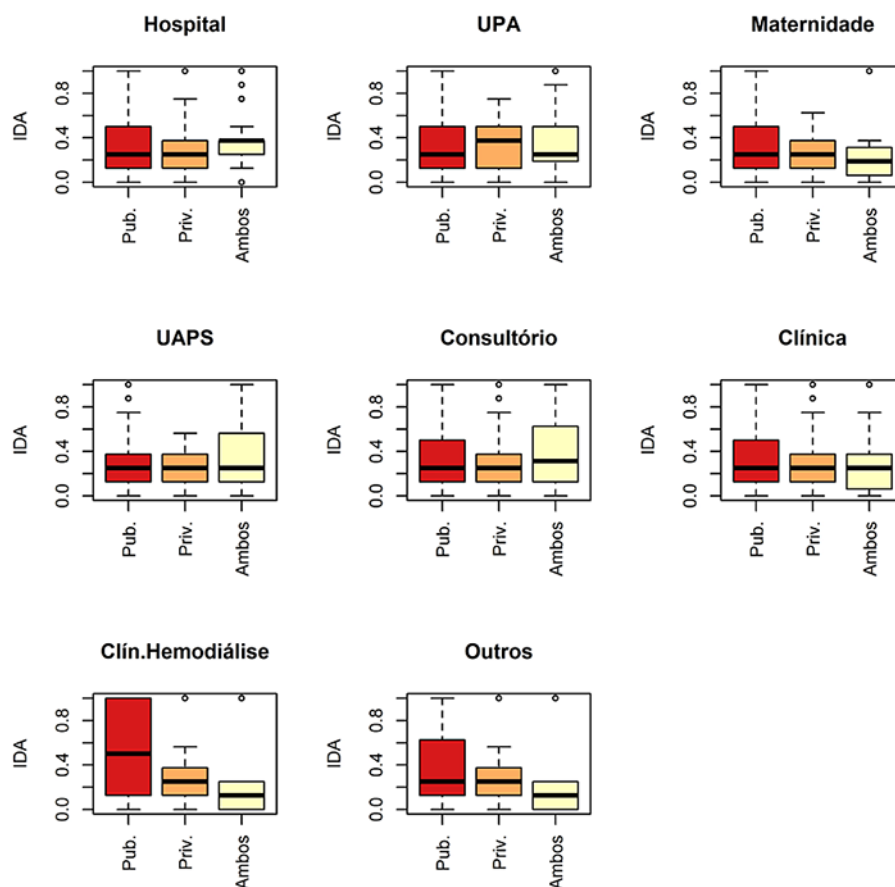


Figura 2 - Distribuição do indicador de dificuldade de acesso aos serviços de saúde segundo os serviços utilizados e o tipo de rede assistencial. Betim, 2015.

Reafirmando o que disse Sônia Fleury anteriormente, as políticas devem considerar o contexto social do indivíduo e da coletividade e o exercício do direito à saúde condiciona-se à capacidade das unidades de saúde em assegurar a qualidade do atendimento e a satisfação das necessidades dos usuários. Alguns autores^{11,12} ressaltam que desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil as desigualdades sociais entre os ricos e pobres em relação ao acesso e à utilização dos serviços ainda são significativas. Porém, é o caminho para a equidade que pode orientar a tomada de decisão para a expansão e modificação de políticas e programas, que têm o potencial para reduzir ainda mais essas desigualdades na utilização dos serviços de saúde no país.

No caso de Betim, os dados mostram que, pelo menos até o momento da realização da pesquisa, os usuários entendiam que tais direitos estão sendo consideravelmente garantidos, a julgar pelo alto valor do indicador de satisfação e pelos valores re-

lativamente baixos indicadores de dificuldade de acesso. Obviamente que outras variáveis podem estar envolvidas nessa avaliação e não apenas a real garantia de direitos, mas tal distinção extrapola o caráter descritivo deste estudo e demandaria outros estudos em profundidade para ser elucidada. De todo modo, já é possível antecipar, neste sentido, a possibilidade de influência da lógica do mercado, que se exerce, como afirma Santos¹³, sobre todos os aspectos da vida em sociedade, inclusive, portanto, no direcionamento da avaliação do usuário e, especialmente, na opinião disseminada de antagonismo entre público e privado, na maioria das vezes em detrimento do primeiro.

Além disso, os dados põem a necessidade de dar continuidade às análises comparativas por períodos e também por grupos sociais, uma vez que há evidências de que a dificuldade de acesso se faz mais presente em determinadas parcelas da população, como negros e pardos, com baixa renda e baixa escolaridade.^{14,15}

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4(1): 7-32.
2. Minayo MC, Andrade LOM. Acesso aos serviços de saúde: direito e utopia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 2862.
3. Campos GWS. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec; 1991.
4. Teixeira SMF. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. *Psicol Soc*. 2011; 23(n. spe.): 45-52.
5. Souza J. A ralé brasileira, quem é e como vive. Belo Horizonte: UFMG; 2011.
6. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, *et al*. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl*. 2013; 17(4): 623-45.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil do Município. [citado em 2013 fev. 28]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670>
8. Kish L. Survey sampling. New York: Wiley; 1965.
9. Statistical Package for the Social Sciences. [citado em 2013 fev. 28]. Disponível em: <http://www.statisticssolutions.com/spss-statisticalpackageforsocialsciences/>
10. R Development Core Team. A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2012. [citado em 2013 fev. 28]. Disponível em: <http://www.R-project.org>.
11. Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MD, Campino AC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998–2008. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(2): 90-7.
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11): 2865-75.
13. Santos M. Por uma outra globalização : do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record; 2000.
14. Buss PM. Promoção da saúde da família. Promoção da Família. Programa Saúde da Família. 2002. [citado em 2016 ago. 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23\(1\)021.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf)
15. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: os jovens do Brasil. Brasília: Gararand; 2014.

Avaliação de sintomas de transtornos alimentares em alunos de uma universidade pública

Evaluation of food disorders symptoms in students of a public university

Gisele Araújo Magalhães¹, Karine Ferreira dos Santos¹, Tatiana Resende Prado Rangel de Oliveira², Marcia Rocha Parizzi², Cristiane de Freitas Cunha¹

RESUMO

A abordagem de sujeitos com transtornos alimentares (TA) que acometem, sobretudo, adolescentes e jovens adultos é um grande desafio. **Objetivo:** investigar a relação entre a escolha do curso universitário e os sintomas de transtornos alimentares.

Metodologia: a população-alvo foi constituída de alunos que ingressaram no 2º semestre de 2008 na UFMG. A identificação dos sintomas de TA foi realizada por meio de dois questionários: *Eating Attitudes Test* (EAT) e *Bulimic Inventory Test Edinburgh* (BITE). Para estratificação de dados demográficos utilizou-se questionário demográfico. **Resultados e discussão:** foram entrevistados 374 alunos, dos quais 57,2% eram do sexo feminino e 29,9% tinham menos de 20 anos de idade. Do total, 6,7% apresentaram comportamento de risco para anorexia nervosa (AN) e 28,7% para bulimia nervosa (BN). Os alunos do curso de Medicina apresentaram maior prevalência de comportamento de risco de AN, seguido de outros cursos das Ciências da Saúde e Ciências Humanas. Percebe-se que o comportamento de risco para AN é maior entre as mulheres do que entre homens. As instituições devem estar atentas para identificar e dar apoio adequado aos alunos com risco de TA.

Palavras-chave: Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos; Anorexia; Bulimia.

ABSTRACT

Introduction: *The approach of subjects with eating disorders, which affects mainly adolescents and young adults, is a great challenge. Objective: Investigate the relationship between the choice of the university course and the presence of symptoms of eating disorders. Methodology: The target population consisted of students who entered the second semester of 2008 at UFMG. The identification of the symptoms of eating disorders was carried out through two questionnaires: EAT (Eating Attitudes Test) and BITE (Bulimic Inventory Test Edinburgh), in addition to a demographic questionnaire, for data stratification according to age, sex, course and identification number. Results and discussion: A total of 374 students were interviewed, of whom 57.2% were female and 29.9% were under 20 years of age. Of the total, 6.7% presented a risk behavior for Anorexia Nervosa (AN) and 28.7% for Bulimia Nervosa (BN). The medical course presented a higher prevalence for AN risk behavior, followed by other courses in health sciences and humanities. It is perceived that the risk behavior for AN higher among women than in men. It is important for institutions to be alert to identify and provide appropriate support to students at risk for AT.*

Keywords: *Feeding and Eating Disorders; Anorexia; Bulimia.*

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Cristiane de Freitas Cunha
E-mail: cristianedefreitascunha@gmail.com

INTRODUÇÃO

Atualmente, a AN e BN são as principais síndromes psiquiátricas estabelecidas no Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais V no grupo dos Transtornos Alimentares (TA). De acordo com esse manual, tanto a AN quanto a BN compartilham uma distorção grosseira da imagem e o desconforto com a forma e o peso corporal. A busca obstinada por uma magreza idealizada e inatingível predispõe esses pacientes aos comportamentos alimentares inadequados para perda de peso.¹⁻⁴

A incidência de transtornos alimentares (TA) como anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) é recorrente no universo acadêmico contemporâneo. A literatura revela a inserção em cursos como Nutrição, Medicina e Dança como risco para TA. Conhecer a realidade de seus alunos é importante para que as instituições de ensino possam cuidar da promoção de saúde de seus jovens.³

Este artigo tem como objetivo identificar a proporção de alunos universitários com possíveis comportamentos de risco para TA.

METODOLOGIA

Para identificação dos sintomas de transtornos alimentares em diferentes cursos universitários, foram convidados a participar da pesquisa alunos que ingressaram na Universidade Federal de Minas Gerais no segundo semestre de 2008. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG. Foram incluídos todos os alunos que concordaram em participar da pesquisa.

Por meio de um questionário demográfico estratificaram-se dados relativos a idade, sexo, curso e o número de identificação. Para identificação dos sintomas de transtornos alimentares, foram aplicados dois questionários, o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) e o *Eating Attitudes Test* (EAT), que são os instrumentos mais usados para rastreamento de comportamentos de risco para TA e mensuração dos principais aspectos psicopatológicos envolvidos.⁵⁻¹⁰

O EAT contém 26 questões de autopreenchimento e utiliza respostas do tipo “sempre”, “frequentemente”, “às vezes”, “raramente”, “nunca”, em formato de múltipla escolha, divididas em subescalas, conforme descrito na Tabela 1.^{5,11,12}

Tabela 1 - Subescalas de questões do EAT-26

Subescala	Características
Fator I: “Dieta”	Treze questões relacionadas com o comportamento alimentar, tipos de alimentos e imagem corporal.
Fator II: “Bulimia e preocupação com dieta”	Seis questões relacionadas com vômito autoinduzido, compulsão e preocupação com dieta.
Fator III: “Controle Oral”	Sete questões que envolvem a duração das refeições, sua relação com a fome e pressão social para perda de peso.

Fonte: adaptado de Garner & Garfinkel, 1979.

As perguntas são pontuadas na escala da seguinte forma: a resposta extrema na direção anoréxica (dependendo da direção de cada pergunta) recebe três pontos; a resposta seguinte recebe dois pontos; e a próxima recebe um ponto. As três últimas escolhas não recebem pontuação. Considera-se sintomática pontuação igual ou superior a 21.

O BITE é um instrumento autoaplicado para avaliar a presença e a gravidade de sintomas de bulimia nervosa.^{5,8} Compreende 33 questões autopreenchíveis divididas em duas subescalas de pontuação: a escala sintomática avalia a presença de sintomas bulímicos e a escala de gravidade avalia a intensidade dos sintomas bulímicos presentes, de acordo com a frequência com que ocorrem. Na escala sintomática, a máxima pontuação possível é de 30 pontos. Essa pontuação subdivide-se em três grupos, como apresentado na Tabela 2. Constituem essa escala todas as questões, exceto as questões 6, 7 e 27. As questões 1, 13, 21, 23 e 31 somam um ponto para a resposta “não”. As demais 25 questões somam um ponto para a resposta “sim”.^{8-10,12}

Tabela 2 - Pontuação na escala sintomática do BITE

Classificação	Pontos na escala sintomática
Alta	20 ou mais pontos
Média	10 a 19 pontos
Baixa	Menos de 10 pontos

Fonte: adaptado de Henderson e Freeman, 1987.

Os indivíduos que atingem alta pontuação apresentam grande probabilidade para preencher o critério diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-V, indicando um padrão alimentar altamente desorganizado e a presença de episódios compulsivos. Uma pontuação entre 15 e 19 pode refletir um grupo subclínico de bulímicos. Uma pontuação sintomática média, entre 10 e 19, sugere hábito alimentar não usual, po-

rém insuficiente para preencher todos os critérios de diagnóstico para bulimia nervosa. Escala sintomática entre zero e 10 preenche os limites normais de padrão alimentar. Tal pontuação indica a ausência tanto de compulsão alimentar quanto de bulimia nervosa.^{8,10,13}

Para comparar os resultados finais das escalas EAT e BITE por sexo, período e curso, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson para comparação de proporções ou do teste exato de Fisher, apropriado para amostras com pequenas frequências. Todas as análises foram feitas para o grupo total. Em todas as análises, considerou-se nível de 5% de significância ($p \leq 0,05$). Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Scienc* (SPSS), versão 12.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A UFMG, em 2008, oferecia 59 cursos dentro e fora de Belo Horizonte. Foram analisados 22 cursos somente em Belo Horizonte, total de 37,2% de cursos oferecidos.

No total, 374 alunos (20% dos alunos que ingressaram no 2º semestre de 2008 no *campus* de Belo Horizonte) responderam aos questionários, dos quais 47 (12,6%) faziam curso de Engenharia, 2,4% curso das Ciências Exatas, 20,9% o curso de Medicina, 8% Nutrição, 20,9% outros cursos da área de saúde, 11,8% Ciências Humanas, 7,8% Geociências, 12,8% Ciências Econômicas e 2,9%, Música.

Dos alunos entrevistados, 57,2% eram do sexo feminino, 29,9% tinham entre 18 anos e 19 anos e 11 meses e 70% tinham 20 anos ou mais.

Algumas perdas de dados decorreram por erro no preenchimento e representaram 3,7% do total.

Do total de alunos entrevistados, 6,7% apresentaram comportamento sintomático na escala EAT. Além disso, 28,7% tinham padrão alimentar não usual na escala BITE e apenas em 2,9% o comportamento alimentar era compulsivo e com grande possibilidade de bulimia.

As maiores prevalências de comportamento de risco para AN foram observadas para os cursos de Medicina (9,1%), outros cursos das Ciências da Saúde (9,5%) e Ciências Humanas (9,8%). Entretanto, não se obteve diferença significativa entre os cursos.

Houve diferença significativa das prevalências entre homens e mulheres (valor- $p < 0,05$). Percebe-se que a prevalência de EAT ≥ 21 foi de 10,2% entre as mulheres e de apenas 2% entre os homens. A prevalência de BITE, indicativo de possibilidade de

bulimia, foi de 4% entre as mulheres e de apenas 1,4% entre os homens.

Em relação à idade, não houve diferença significativa.

No presente estudo, o comportamento alimentar compulsivo e a grande possibilidade de BN não foram observados nos cursos de Engenharia (e em outros cursos das Ciências Exatas), nem no curso de Música. A maior prevalência de comportamento de risco para BN foi observada para os outros cursos de Ciências da Saúde (4,2%), Ciências Humanas (4,7%) e Ciências Econômicas (4,4%). Entretanto, não se pode afirmar que existe diferença significativa entre os cursos (valor- $p = 0,547$).

No curso de Nutrição, não foi observado risco de sintomas positivos para o EAT e observou-se prevalência de 3,4% para risco de comportamento grave e de 17,2% para comportamento de risco para bulimia de acordo com o BITE. Nesse curso, ocorreu evasão de cerca de 50% dos alunos durante a aplicação dos testes.

Algumas alunas do curso de Nutrição que não participaram do estudo procuraram a pesquisadora com demanda de ajuda relacionada aos seus sintomas alimentares. Essas alunas haviam participado de estudos semelhantes e relataram mal-estar com os questionários, relatando não os terem respondido com franqueza.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os instrumentos usados tenham valor como rastreamento para o comportamento alimentar de risco para anorexia e bulimia nervosa, deve-se considerar que se trata de uma questão complexa. O relato das alunas que expressaram mal-estar com o questionário mostra a importância da subjetividade e do sofrimento psíquico. Na clínica e no ambiente acadêmico, uma abordagem acolhedora e atenta, sem discriminação e julgamentos, pode ser uma grande oportunidade de construção de vínculo e de abertura de uma possibilidade de tratamento.^{2,7}

REFERÊNCIAS

1. Marini MA. Pressão social e cultural como fator de influência no desenvolvimento de transtornos alimentares. *Cad CEPPAN Rev Transt Aliment*. 2010; (7): 7-9.
2. Ferreira RA, Cunha CF, Torres HOG. Anorexia e bulimia na adolescência. In: Leão E, Corrêa EJ, Mota JAC, Vianna MB, Vasconcelos MC. *Pediatria ambulatorial*. 5ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2013. p.475-82.

3. Ornelas EDV, Santos MAO. Percurso e seus percalços: itinerário terapêutico nos transtornos alimentares. *Psicol Teoria Pesq.* 2016; 32(1): 169-79.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. 5ª ed. Washington, DC: APA; 2013.
5. Cordás TA. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev Psiquiatr Clín.* 2004; 31(4): 7-14.
6. Freitas S, Gorestein C, Appolinario JC. Instrumentos para avaliação dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(3): 34-8.
7. Vianez PSC, Brandão ER, Desafios éticos, metodológicos e pessoais/ profissionais do fazer etnográfico em um serviço público de saúde para atendimento aos transtornos alimentares na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Soc.* 2015; 24(1): 259-72.
8. Cordás TA, Neves JEP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev Psiquiatr Clín.* 2002; 26(1): 41-7.
9. Cordás TA, Hochgraf PO. O "BITE" instrumento para avaliação da Bulimia Nervosa – versão para o português. *J Bras Psiquiatr.* 1993; 42: 141-4.
10. Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autoperenchíveis. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(3): 236-45.
11. Garner D, Garfinkel P. Eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979; 9(2): 273-9.
12. Henderson M, Freeman CPL. A self rating scale for bulimia: the BITE. *Br J Psychiatry.* 1987; 150: 18-24.
13. Olivia PZ, Barbosa A, Parisi TS, Grasselli CSM, Nogueira DA, Silva RR. Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes de Minas Gerais. *Nutr Clín Diet Hosp.* 2015; 35(2): 48-56.

Brincadeira ou violência? Análise da prática do *bullying* entre estudantes de Belo Horizonte

Play or violence? Analysis of the practice of bullying among students of Belo Horizonte

Lauriza Maria Nunes Pinto¹, Cláudio Júnio Patrício¹, Maicom Marques de Paula¹, Márcia Andréa Nogueira Magalhães², Junio de Araújo Alves¹, Elza Machado de Melo¹

RESUMO

Introdução: o *bullying* é um comportamento violento, sem motivação aparente, repetitivo, intencional e caracterizado pelo desequilíbrio de poder entre os envolvidos. **Objetivo:** analisar os aspectos relacionados à prática do *bullying* entre estudantes de escolas públicas e privadas em Belo Horizonte. **Método:** os dados para esta análise foram extraídos de pesquisa realizada entre 2013 e 2014 pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/DMPS/FM/UFMG, na qual foram respondidos 1.217 questionários semiestruturados. **Resultados:** a principal forma da prática do *bullying* é colocar apelido e/ou expor ao ridículo. Na maioria das vezes, a prática é realizada por um grupo de meninos. **Conclusão:** o *bullying* é um fenômeno contextual sociocultural que está relacionado à complexa rede de interação entre os indivíduos, famílias e escolas e requer intervenções no próprio local, em práticas de prevenção pautadas na participação dos próprios adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Bullying; Violência; Escola.

ABSTRACT

Introduction: *bullying* is a violent behavior, without apparent motivation, repetitive, intentional and characterized by imbalance of power among those involved. **Objective:** to analyze the aspects related to the practice of *bullying* among public and private school students in Belo Horizonte. **Method:** The data for this analysis were extracted from the research conducted between 2013 and 2014 by the Health and Peace Promotion Center / DMPS / FM / UFMG, in which 1217 semi-structured questionnaires were answered. **Results:** the main form of *bullying* practice is to put surname and / or exposure to ridicule; the most cases the practice is carried out by a group of boys. **Conclusion:** It is concluded that *bullying* is a contextual socio-cultural phenomenon that is related to a complex network of interaction between individuals, families and schools and requires interventions in the locality, with the participation of adolescents themselves.

Key words: Adolescence; Bullying; Violence; School.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma das fases que integram o ciclo de vida humana, sendo definida pela Organização Mundial da Saúde como a segunda década de vida, referindo-se a pessoas que estão na faixa etária de 10 a 19 anos. Pode ser entendida como um processo de transição entre a infância e a vida adulta e envolve transformações simultâneas nos âmbitos físico, psíquico, interativo e social, que colaboram para

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Faculdade de Educação, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Lauriza Maria Nunes Pinto
E-mail: laurizamaria19@gmail.com

um período de inconstância emocional e de conflitos pessoais.^{1,2} É um período marcado por constantes mudanças. O adolescente precisa de exemplos com os quais possa se identificar e nem sempre os encontra na família.³ Para, além disso, é um período marcado pela não aceitação pessoal e pela avaliação do seu papel nas relações interpessoais e na sociedade. O tema é complexo, existe muita dificuldade em produzir consenso. Entretanto, pode-se inferir que nas intra e inter-relações familiares encontram-se, indubitavelmente, as explicações para os mais diversos tipos de transtornos de comportamento onde as relações sociais se estruturam.⁴ Famílias desorganizadas e pais agressores, opressores e violentos podem gerar adolescentes agressivos e violentos na medida em que esses exemplos são copiados.⁵

Espaço privilegiado de interação entre os adolescentes, o ambiente escolar propicia-lhes o exercício de habilidades pró-sociais, contribuindo para seu desenvolvimento interpessoal e fortalecimento de habilidades para a vida em sociedade. É também nesse espaço que as dificuldades de relacionamento e interação entre os pares se tornam mais evidentes. Comportamentos agressivos, discriminações, preconceitos e exclusão social são exemplos da violência tida como escolar.

Sabe-se que a violência é um problema crescente em todo o mundo. Por sua contemporânea amplitude e disseminação, tem adquirido visibilidade, sendo discutida e estudada nos diferentes setores da sociedade, a fim de identificar os fatores que a determinam. Entre os adolescentes, pode ser expressa de várias formas, ocorrendo no ambiente familiar, escolar e na comunidade. Nesse cenário, destaca-se o *bullying*, comportamento violento, sem motivação aparente, repetitivo, intencional e caracterizado pelo desequilíbrio de poder entre os envolvidos.⁶

O *bullying*, termo de origem inglesa advinda da palavra *bully* (valentão, briguento), começou a ser utilizado em pesquisas norueguesas a partir da década de 70 e hoje já é utilizado em dezenas de países, inclusive no Brasil.⁷ Classifica-se em: direto – colocar apelidos, agressões físicas, ofensas verbais, roubos, ameaças ou expressões e gestos que geram mal-estar nos outros; e indireto – atitudes de indiferença, isolamento, difamação e negação de seus desejos.⁸ Outra variação do *bullying* que vem ganhando destaque é o *cyberbullying*, que compreende o uso de ferramentas tecnológicas para assediar, ameaçar, constranger ou humilhar outra pessoa, simular ou tentar violar senhas das vítimas.⁹ Entre os envolvidos nas ocor-

rências de *bullying* têm-se os perfis de vítima, vítima-agressora, agressores e espectadores. As vítimas geralmente apresentam características diferentes das demais, estigmas e/ou atributos considerados negativos. Já a vítima-agressora é aquela que reproduz os maus-tratos sofridos. O agressor ou *bully* é o que age para dominar e subjugar os outros e se impor mediante o poder e a ameaça para conseguir aquilo a que se propõe. Os espectadores são os que presenciam o *bullying*, porém não o sofrem nem o praticam.¹⁰

Os estudos mostram que ambos os sexos se envolvem nos comportamentos de *bullying* – as meninas tendem a praticar agressões na forma de terror psicológico, os meninos tendem a utilizar a força física para firmarem seu poder sobre os demais.¹¹

É sabido que o *bullying* ocasiona prejuízos significativos a todos os envolvidos, o que define esse fenômeno como um problema de saúde pública, demonstrando assim a necessidade de estudos voltados para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção. O objetivo deste trabalho é analisar o perfil da prática violenta do *bullying* entre os adolescentes de escolas públicas e privadas de Belo Horizonte.

METODOLOGIA

Este trabalho é resultado de pesquisa realizada em 2013 e 2014 pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/DMPS/FM/UFMG. Trata-se de estudo transversal cuja metodologia consiste de realização de entrevista semiestruturada utilizando questionários autoaplicáveis preenchidos por amostra de adolescentes, calculada com erro de 5%, recrutados, por sorteio, nos diferentes turnos de 33 escolas públicas e privadas selecionadas nos nove distritos sanitários de Belo Horizonte. O número de adolescentes em cada escola é proporcional ao seu tamanho. Foram incluídos no estudo os adolescentes que aceitaram participar da pesquisa e cujos pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O questionário foi elaborado pela equipe da pesquisa a partir de subsídios originários de outros instrumentos e da literatura e testado posteriormente em estudo-piloto realizado na forma de entrevistas com 40 adolescentes das faixas etárias estudadas, sobre o entendimento destes a respeito de cada uma das perguntas existentes. Após correções necessárias, o questionário foi testado novamente, desta vez no modo em que seria utilizado na pesquisa, isto é,

autoaplicável e anônimo. É estruturado em oito blocos temáticos: família, sobre você, violência, trabalho, sexualidade, escola, drogas e questões temáticas. Para o presente trabalho, foram utilizadas sete variáveis do família e 17 do bloco escola. Os dados foram coletados em sala de aula. Sua aplicação dos questionários foi precedida de visita às escolas para contato prévio com os seus responsáveis e com os adolescentes. Nessa oportunidade, foram entregues as autorizações para a participação no estudo a serem levadas para casa e assinadas pelos pais. Adolescentes maiores de 16 anos assinaram, eles próprios, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no momento de realização da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Responderam o questionário 1.217 adolescentes, sendo 39,2% estudantes da rede estadual de ensino; 29,7% da rede municipal; 29,7% da rede privada; e 1,4% dos alunos estudava em escolas federais. Em relação ao sexo, 45,3% eram homens e 54,7% eram mulheres, não havendo, assim, diferença significativa entre os sexos. A idade mínima foi de 10 anos e a máxima de 19. A maior parte dos estudantes tinha 15 anos (17,6%). Do total, 34,8% se autointitularam brancos, 13,1% negros, 46,6% pardos, 3,2% orientais e 2,3% indígenas.

Quando questionados, 9,2% dos alunos e alunas responderam que se sentiam ameaçados/as na escola. Em relação ao ato de sofrer piadas ou comentários maldosos, 46,4% dos estudantes relataram já terem sido vítimas de tal comportamento. Quanto ao início desse comportamento, 19,8% relataram que sempre aconteceu. Para 9,7% dos estudantes, essa prática

acontece desde o início do curso; 4,8% informaram sofrer piadas e serem vítimas de comentários maldosos desde a semana anterior à pesquisa. A Figura 1 mostra as formas de *bullying* encontradas neste estudo.

A Pesquisa Nacional de Saúde Escolar/2009 (PEN-SE) mostrou que entre os 60.973 estudantes entrevistados, do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das 26 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, 62,9% relataram não sofrer *bullying*, 25,4% que raramente sofreram e 5,4% que sempre sofreram. Quanto à frequência de “sempre sofrer *bullying*” em escolas públicas, ela foi acima da média das capitais na cidade de Belo Horizonte, 7,1%. A capital mineira também apresentou a maior frequência de *bullying* entre as demais, 6,9%.¹²

As vítimas de *bullying* têm características diferentes das demais, no tocante a raça, a problemas escolares, crianças autistas; com necessidades especiais de saúde ou doenças crônicas; obesas; adolescentes *gays* ou que estão questionando sua sexualidade: meninos percebidos como “muito femininos” ou meninas como “muito masculinas”.¹³ Compõem um grupo de indivíduos cujas características e/ou atributos são considerados negativos. Em consequência do *bullying*, podem desenvolver quadros graves de transtornos psíquicos e/ou comportamentais como sintomas psicossomáticos, transtorno do pânico, fobia escolar, fobia social, depressão, entre outros.¹⁴

Em relação ao local de ocorrência, a rua foi citada como o principal lugar para 33,4%, seguido pela sala de aula e o pátio da escola (22,2% cada). É sabido que no ambiente escolar as manifestações de *bullying* ocorrem tanto nas salas de aula como no pátio, durante o recreio. Ressalta-se que as formas pelas quais se manifesta alteram-se de acordo com a idade dos envolvidos.

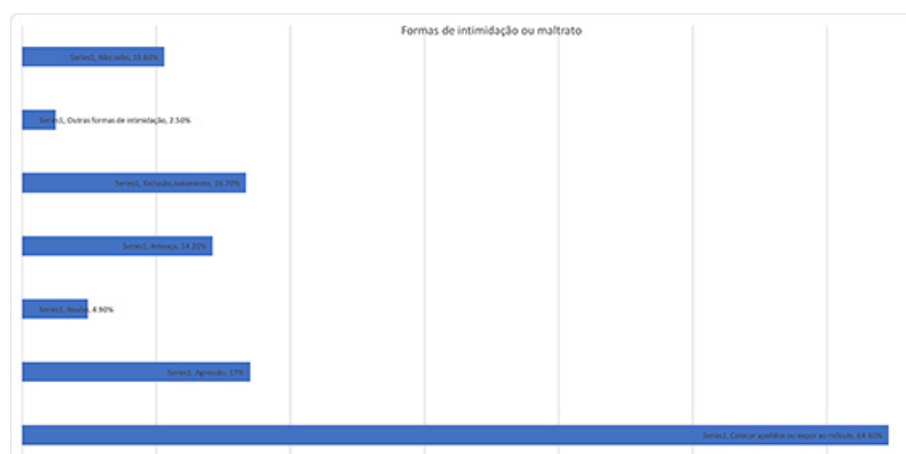


Figura 1 - Principais formas de intimidação e/ou maltrato. Fonte: Núcleo-Promoção de Saúde e Paz, 2014.

Nesse sentido, em crianças menores, com grau escolar compreendido entre os ciclos iniciais e a 4ª série, as condutas de *bullying* são mais perceptíveis, caracterizam-se pelos maus-tratos físicos associados a ameaças, chantagens, comportamento abusivo e imposição de autoridade por meio da força física e ameaças psicológicas.

As áreas comuns das escolas, como o pátio do recreio, são os locais de mais incidência. Da 5ª série em diante as condutas de *bullying* geralmente se dão com linguagem visual, gestual e corporal. Expressam-se por intermédio de ameaças, apelidos, difamações, discriminações, ofensas, furtos, abusos sexuais, indução aos maus-tratos e exclusão da vítima do grupo social. Ocorrem principalmente no exterior da escola, tornando-se mais difícil a sua detecção. Assim como nas séries finais do ensino fundamental, no ensino médio a maioria dos maus-tratos acontece de forma disfarçada, por meio apelidos, ofensas, ameaças e brigas dentro e fora da escola.¹⁰

Diante de uma intimidação, 14,3% dos estudantes afirmaram falar o que estava acontecendo para os professores, 29,6% disseram contar para os pais. Já 27,8% responderam que conversavam com a coordenação ou a direção da escola. Os colegas eram os ouvintes dos relatos de intimidação para 18,8% dos estudantes. Estudos realizados por Galdino e Ferreira acerca do apoio de figuras significativas na superação do *bullying* no contexto escolar mencionam a família e os amigos da escola como as principais figuras buscadas, em face do desejo de sair da situação de agressão e da necessidade de serem ouvidas. Reforçam, ainda, que representam figura significativa para a vítima de *bullying* quem tem interesse em ajudá-la, sente-se sensibilizado com as dificuldades que ela sofre, preocupando-se com seu bem-estar e ajudando-a a superar a situação.¹⁶ Em contrapartida, consideram-se como fator de risco para ocorrência de *bullying* casos em que há pouca atenção dos pais frente aos relatos de maus-tratos escolares sofridos e/ou perpetrados por seus filhos; a incapacidade dos professores de lidarem com a situação; bem como o processo de negação destes e do corpo diretivo das escolas quando indagados sobre a presença do fenômeno *bullying* nos espaços escolares aos quais pertencem.

Sobre os agressores, verificou-se que a maioria das intimidações é feita por um grupo de meninos. Segundo os estudantes, 18,6% das intimidações são realizadas por um grupo de meninos. Em seguida, aparece o grupo formado por meninos e meninas,

responsáveis por 9,1% das intimidações. Intimidações causadas apenas por meninos ou meninas individualmente corresponde a 4,6 e 1,6%, respectivamente. Conforme a literatura estudada¹⁰, quando agressoras, as meninas assumem formas mais sutis de agressão, como o *bullying* indireto, motivo que somado às demais formas de expressão do fenômeno tende a explicar a maior proporção do público masculino quanto aos perfis de agressor.

Outra possível explicação pode estar associada ao processo de inserção do adolescente na cultura de pares ao afastar-se do âmbito familiar e aproximar-se de outros espaços sociais. Nessa perspectiva, principalmente nas fases iniciais da adolescência, quando os grupos de pares são unissexuais e mais numerosos entre os meninos, enquanto os grupos femininos constituem-se de relações mais íntimas, influenciadas pela afetividade, laços de amizade, emoção e sentimentos, nos grupos masculinos essas relações norteiam-se pela resistência à autoridade adulta, pelas competições e alcance de objetivos.¹⁷

CONCLUSÃO

O *bullying* é um fenômeno contextual sociocultural, dinâmico que está relacionado à complexa rede de interação entre indivíduos, famílias e escolas; requer intervenções no próprio local, ajustadas ao contexto e ancoradas na participação processual dos adolescentes. Devolver a voz a esses sujeitos do processo de ensino e aprendizagem pode ser mais que uma alternativa para mapear a dinâmica relacional da escola.

O *bullying* pode variar de acordo com a idade, sexo e características individuais, além de contextos culturais e sociais. Ele pode afetar a saúde física e mental dos adolescentes, o que requer a atenção das escolas, pais e da comunidade. Conhecer os adolescentes que frequentam a escola, para além de um conceito abstrato da sua categoria social, é o desafio essencial que se apresenta aos educadores comprometidos com uma educação que se qualifica pela ousadia de alterar e questionar continuamente.

São necessárias pesquisas adicionais, especialmente análises qualitativas, para entendimento aprofundado da violência e para entender melhor as diferenças e os contextos que produzem esses comportamentos. Entretanto, a atuação dos profissionais de saúde e educação no sentido de identificar essas violências e preveni-las é algo que se impõe para a

agenda atual, segundo trabalho que integre múltiplos setores, tanto nos aspectos macroestruturais — a exemplo das políticas públicas sociais — como nos microespaços, definindo-se e estabelecendo-se redes de apoio e proteção.

É importante o investimento e treinamento de profissionais da área da educação para elaboração e execução de programas de prevenção ao *bullying*. Torna-se necessária a tomada de consciência das graves consequências desse fenômeno que merece a atenção da pesquisa. Entre as recomendações que se estabelecem para maior compreensão do *bullying* e sua interação com autoestima, identifica-se a necessidade de estudos adicionais sobre a natureza do evento, abrangendo a dinâmica familiar e outras situações de vulnerabilidade, bem como estratégias qualitativas de investigação do fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The second decade - improving adolescent health and development. Genebra: WHO; 2001.
2. Aramis A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr. (Rio J.)*. 2005; 81(5): 33-9.
3. Lira FC. Etapas da adolescência. [citado em 2016 out. 15]. Disponível em: <http://educacao.aaldeia.net/etapas-adolescencia/>
4. Marques QR. Bullying na adolescência: a terapia psicomotora como forma de intervenção. In: XI Congresso Brasileiro de Psicomotricidade, Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
5. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 4(2): 349-61.
6. Olweus D. *Bullying at school*. Massachusetts: Blackwell Publishers Inc; 1993.
7. Antunes DC, Zuin AAS. Do bullying ao preconceito: os desafios da barbárie à educação. *Psicol Soc*. 2008; 1(20): 33-42.
8. Lopes NAA, Saavedra LH. Diga não para o bullying: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Rio de Janeiro (RJ): ABRAPIA; 2004
9. Wendt GW, Lisboa CSM. Agressão entre pares no espaço virtual: definições, impactos e desafios do cyberbullying. *Psicol Clín*. 2013; 25(1): 73-87.
10. Fante C. Fenômeno bullying. 2ª ed. Campinas: Versus; 2005.
11. Silva ABB. *Mentes perigosas: o psicopata mora ao lado*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2008.
12. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Crespo C, *et al*. Bullying nas escolas brasileiras: resultados da pesquisa nacional de saúde do escolar (PeNSE) 2009. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(2): 3053-63.
13. Silva VR. *Bullying não é brincadeira*. Campo Grande: Ed do Autor; 2012.
14. Silva ABB. *Bullying: mentes perigosas nas escolas*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2010.
15. Galdino MJR, Ferreira SPA. O apoio das figuras significativas na superação do bullying no contexto escolar. *Psicol Educ*. 2013; 37: 31-41.
16. Pigozi PL, Machado AL. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(11): 3509-22.

CapaCidade: a capacitação de profissionais de Belo Horizonte no atendimento a mulheres em situação de violência

Capacity: the training of Belo Horizonte professionals in the care of women in situations of violence

Alexandre Assis Avelino¹, Camilla Duarte Ribeiro¹, Cleia Elidamar da Silva Almeida¹, Érica Fernandes Rodrigues¹, Ivanete Aparecida dos Santos Cota¹, Camila Duarte Santos Araújo², Naim Issa Kassab², Talita Maciel Borges³

RESUMO

O presente artigo analisa o perfil de capacitação dos profissionais de Belo Horizonte-MG que são participantes do curso EAD/UFMG, do Projeto Para Elas, Por Elas, Por Nós: atenção às mulheres em situação de violência. A metodologia consistiu de entrevistas semiestruturadas, utilizando questionários autoaplicáveis, *online*, no período 2014-2016. Os resultados revelam conhecimento incipiente por parte dos profissionais, exigindo, portanto, contínua atualização para sua eficiência e melhora na política de enfrentamento à violência contra a mulher.

Palavras-chave: Capacitação; Mulheres; Violência; Violência Contra a Mulher.

ABSTRACT

This article analyzes the training profile of health professionals from Belo Horizonte-MG, who are the participants in the EAD / UFMG course, of the do Projeto Para Elas, Por Elas, Por Nós: attention to women under violence situations. The methodology consisted of semi-structured interviews, applying self-administered questionnaires, online, in the period 2014/2016. The results reveal incipient knowledge of the professionals, requiring, therefore, continuous updating for its efficiency and improvement in the policy of coping with violence against women.

Key words: Training; Women; Violence; Violence Against Women.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, estudos e resoluções que permeiam a violência contra a mulher foram considerados nos campos do direito e da segurança pública.¹ Em 2002, a Organização Mundial da Saúde se pronunciou em relação à violência como problema de saúde pública.² Com a assinatura na Convenção de Belém do Pará, o Brasil tornou-se signatário da mesma e publicou, em 2006, a Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha). Desde então, políticas públicas são implementadas para o enfrentamento da violência contra a mulher.³

Dois aspectos são importantes para a violência ser entendida como situação de saúde: a ampliação do conceito de saúde e o fato de a violência afetar a vida e a saúde das pessoas e ter alto potencial de morte.⁴ Por essas razões, mulheres nessa situação são frequentadoras assíduas dos serviços de saúde. Pelo menos 35% das queixas levadas por mulheres a esses serviços estão ligadas à violência sofrida.⁵

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Érica Fernandes Rodrigues
E-mail: erica-fernandes-rodrigues@hotmail.com

Pesquisa realizada no estado de São Paulo demonstra que todos os entrevistados, seja na instituição de segurança pública ou saúde, reconheceram a falta de uma capacitação específica que possibilite a compreensão de sexo e dos aspectos da subjetividade humana. No entanto, nenhum dos profissionais referiu ter sido demandado por capacitações por seus superiores, como também não foi identificada qualquer iniciativa para minimizar essa falta, como discussões em equipe ou busca por supervisão.⁶

São necessárias a qualificação e a capacitação permanente dos profissionais diante dos significados atribuídos à questão da violência, com o intuito de lhe dar segurança no trato da rotina do trabalho, proporcionando atendimento qualificado e humanizado a essa mulher. A capacitação da rede de atendimento também visa garantir a capilaridade do atendimento, ampliando o acesso das mulheres aos serviços. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde possui estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores às necessidades reais de saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.⁷ O presente artigo objetiva avaliar o perfil de capacitação dos profissionais da rede de Belo Horizonte matriculados no curso Para Elas (EAD)/UFMG, no período 2014-2016.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo descritivo transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa, desenvolvido a partir de questionários semiestruturados e autoaplicáveis, *online*, respondidos por profissionais de Belo Horizonte, matriculados no curso de atualização à distância “Para Elas”/UFMG, também disciplina do Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da UFMG, no período 2014-2016. A escolha do tema baseia-se na necessidade de avaliar a competência teórica e prática dos profissionais, voltada para o atendimento à mulher em situação de violência. Foram incluídas nessa análise as características e a formação profissional; as características dos serviços em que atuam; se já atenderam mulheres vítimas de violência e formas de capacitação para o atendimento. Foi feita análise descritiva comparando a capacitação em relação ao nível de atuação, de segurança, de sentimento e de atendimento ou não à mulher em situação de violência.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 230 participantes, 75,2% são do sexo feminino, com faixas etárias predominantes entre 20 e 39 anos (66,1%) e 40 e 59 anos (33%). Destes profissionais, 97,4% têm curso superior completo e, destes, 86,9% são graduados em áreas ligadas à saúde. Desses graduados, 51,9% atuam na área, com a seguinte disposição: 17,8% na atenção primária (UBSs e UPAs); 13,4% na secundária (clínicas especializadas); 20,7% na terciária (hospitais, serviços de alta complexidade). Quase metade dos outros profissionais (48%) atua em outros setores ou serviços afins ao sistema de saúde.

De todos os setores citados na pesquisa, 56,1% dos entrevistados trabalham em instituições que atendem mulheres em situação de violência, no entanto, 62,7% declararam que já atenderam esse público anteriormente. Embora mais da metade desses profissionais já tenha realizado no mínimo um atendimento à mulher em situação de violência, apenas 38,9% declararam terem sido capacitados para tal.

Tabela 1 - Perfil dos profissionais participantes do curso EAD Para Elas

	N	%
Sexo		
Feminino	173	75,2
Masculino	57	24,8
Total	230	100
Idade estratificada		
20 a 29 anos	54	23,5
30 a 39 anos	98	42,6
40 a 49 anos	41	17,8
50 a 59 anos	35	15,2
Acima de 60 anos	2	0,9
Total	230	100
Estado Civil		
Casada (o)/ união estável/ mora com o(a) companheiro(a)	108	47
Solteira(o)	100	43,5
Divorciada(o)/ Separada(o)	20	8,7
Viúva(o)	2	0,9
Total	230	100
Curso Superior		
Administração	1	0,5
Educação Física	3	1,4
Enfermagem	45	20,3
Fisioterapia	7	3,2

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Perfil dos profissionais participantes do curso EAD Para Elas

	N	%
Curso Superior		
Fonoaudiologia	2	0,9
Medicina	43	19,4
Nutrição	3	1,4
Odontologia	5	2,3
Outros	29	13,1
Psicologia	49	22,1
Serviço Social	29	13,1
Terapia Ocupacional	3	1,4
Total	222	100
Você trabalha:		
Na atenção primária	36	17,8
Na atenção secundária	27	13,4
Na atenção terciária	31	15,3
Na atenção quaternária	11	5,4
Em outros setores ou serviços	97	48
Total	202	100
Tempo da última capacitação		
< 1 ano	17	25
De 1 a 3 anos	27	39
3 anos	24	35
Total	68	100

Fonte: Lotsch J (2005).¹⁴

Os casos de suspeita de violência podem ser identificados por profissionais em diversos espaços e instituições, não só naqueles especializados no atendimento à mulher. Podem ser identificados na atenção básica da saúde e da assistência social, que constituem portas de entrada para mulheres em situação de violência, sendo responsáveis pelo acolhimento e encaminhamento das demandas das mulheres em situação de vulnerabilidade. Outros serviços, como ONGs, Conselhos de Direitos, Poder Judiciário, segurança pública ou qualquer outro espaço que atenda de alguma forma o público feminino, também devem ser preparados para esse atendimento.⁸ O que se deve observar é a forma como os profissionais lidam com a questão, sendo importante considerar a mulher protagonista desse atendimento. Muitas vezes, por não considerarem a vivência da mulher, os profissionais estabelecem uma relação frágil, tendo como foco do atendimento a queixa principal, nem sempre verdadeira, e a cura das sintomatologias.⁹ Tais situações comprometem a atenção adequada à mulher.

A análise mostra que 42,4% dos entrevistados afirmaram que não foi abordada ou discutida a violência de gênero na graduação; 47,3% dos profissionais declararam que o tema foi abordado, mas de forma insuficiente. Apenas 9,8% consideraram terem discutido, de forma suficiente na graduação, assuntos ligados à violência contra a mulher. Nesse aspecto, ressalta-se o papel das universidades de desenvolver projetos que deem visibilidade pública à violência. Esses projetos irão colaborar para que universidades estejam de fato cumprindo sua função: interagir com a sociedade civil de maneira a transformá-la.¹⁰

As modalidades de capacitação estão mostradas na Tabela 2. Dos que declararam terem sido capacitados para o atendimento à mulher em situação de violência, 9,5% utilizaram a modalidade EaD; 45,7% passaram por treinamentos no serviço; 40,7% por oficinas; e mais da metade (67,4%) declarou ter sido capacitada por meio de palestras. Das capacitações mencionadas, 25% dos profissionais participaram de capacitações nos últimos 12 meses e 35,3% tiveram capacitações há mais de três anos.

Tabela 2 - Modalidades de capacitação em atendimento da mulher em situação de violência e vulnerabilidade

	N	%
Sua capacitação foi feita por EAD?		
Sim	7	9,5
Não	67	90,5
Total	74	100
Sua capacitação foi feita por treinamento em serviço?		
Sim	37	45,7
Não	44	54,3
Total	81	100
Sua capacitação foi feita por palestras?		
Sim	58	67,4
Não	28	32,6
Total	86	100
Sua capacitação foi feita por oficinas?		
Sim	33	40,7
Não	48	59,3
Total	81	100
Sua capacitação foi feita por outra forma?		
Sim	23	32,9
Não	47	67,1
Total	70	100

Dos profissionais que trabalham com atendimento à mulher, apesar de terem sido capacitados, 62,3% declararam que têm dificuldades de atendimento à mulher em situação de violência. A maioria reconhece que a estrutura física do local do atendimento é inadequada (57%), a equipe multiprofissional é incompleta (61,3%) e a ausência de referência para o encaminhamento (53%) são fatores que atrapalham no atendimento às vítimas.

Ainda sobre as dificuldades encontradas no atendimento à mulher vítima de violência, um dos alunos do curso escreveu:

A maior (dificuldade) é mesmo a estrutura física inadequada principalmente pacientes atendidas por violência sexual no plantão de Obstetrícia. Não há uma sala própria, as pacientes são atendidas junto às do plantão e muitas vezes [são] constrangidas. Muitas vezes não sabem o fluxo do sistema. Minha experiência é apenas com pacientes vítimas de violência sexual, já que o Hospital das Clínicas é uma referência nesses casos.

Algumas dessas dificuldades, como a estrutura física inadequada, já é objeto de regulamentação por algumas profissões, como infrações éticas e técnicas do exercício profissional. É o caso da Resolução 493/2006 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que dispõe, entre outras ações, sobre o local de atendimento, que deve ser adequado, com privacidade, iluminação e ventilação. É obrigação do profissional comunicar, por escrito, à entidade, instituição ou órgão em que trabalha, as inadequações constatadas, sugerindo alternativas e melhorias. Em caso de descumprimento, o profissional fica sujeito às medidas cabíveis administrativas ou judiciais, bem como à entidade, se esta se negar a realizar as mudanças necessárias.^{11,12}

Os profissionais que atuam com o fenômeno da violência contra a mulher devem se posicionar como facilitadores do processo terapêutico, construindo estratégias que contemplem e respeitem o contexto social e as singularidades de cada mulher. Para que isso ocorra, é necessário se aproximar das realidades vivenciadas por e fornecer visibilidade aos conflitos subtendidos durante as queixas, em perspectiva multidisciplinar.^{8,13,14}

Seguem-se outras dificuldades proferidas pelos alunos em relação ao atendimento à mulher vítima de violência, em que falam sobre o tempo do atendimento, a localização dos serviços de referência, a dependência socioeconômica em que a mulher está

inserida, dificultando o trabalho da autonomia, a falta de clareza dos fluxos da rede de atendimento:

- tempo: "Maior tempo disponível – ficar em equipe somente para este tipo de atendimento";

- serviços de referência: "A maior dificuldade é que o serviço especializado é longe do território de origem dessas mulheres";

- acompanhamento dos casos: "Acompanhar por um tempo maior essa mulher e o ambiente familiar em que ela vive";

- socioeconômica: "Cultura machista da população, dependência emocional e financeira das mulheres com seus agressores, impunidade e recorrência dos casos de violência";

- fluxo: "Dificuldade em saber o fluxo para acolher a mulher violentada, a família. O que fazer para distanciar o agressor, como abordar este assunto [com] a família para auxiliar a mulher, saber abordar este assunto, o que posso fazer para minimizar ou cessar esta agressão?"

CONCLUSÃO

Este estudo mostra o perfil dos alunos do curso EAD, profissionais da rede de atenção primária da cidade de Belo Horizonte. Concluiu-se que esses profissionais atendem mulheres com algum aspecto que remetem à violência, porém estão capacitados de forma insuficiente, seja na duração da capacitação ou no tipo de capacitação recebida. Os resultados e análises deste estudo podem contribuir para mais visibilidade das questões vividas pelos profissionais que atuam no atendimento à mulher em situação de violência, fortalecendo-os para o enfrentamento da violência e para o encorajamento das mulheres rumo ao fim do ciclo da violência.

REFERÊNCIAS

1. Vieira LB, Padoin SMM, Landerdahl MC. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009; 30(4): 609-16.
2. Souza ER, Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.09-33.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
4. World Health Organization. Global Health Observatory. World Health Statistics. Genova: WHO; 2012.
5. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2008; 66(4): 1008-18.
6. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, *et al*. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude Soc*. 2011; 20(1): 113-23.
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: MS; 2009.
8. Pedrosa CM, Spink MJ. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc*. 2011; 20(1): 124-35.
9. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2011; 35(1): 103-9.
10. Silva PLN, Almeida SG, Martins AG, Gamba MA, Alves ECS, Silva Junior RF. Práticas educativas sobre violência contra a mulher na formação de universitários. *Rev Bioét*. 2016; 24(2): 276-85.
11. Conselho Regional de Assistência Social. Resolução CFESS nº 493/2006, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. [citado em 2016 jan. 15]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf
12. Cavalcanti LF, Moreira GAR, Vieira LJES, Silva RM. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. *Saúde Debate*. 2015; 39(107): 1079-91.
13. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate*. 2014; 38(102): 482-93.
14. Universidade Federal de Minas Gerais. Questionário do curso Ead: "Para elas por elas, por eles, por nós". Núcleo de Promoção da Saúde e Paz. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2012.

Condições de saúde de pacientes atendidos em um centro de referência ao idoso frágil

Health conditions of patients attended at a referral center to the fragile elderly

Dorotéia Fernandes da Silva¹, Marta Aparecida Goulart¹, Edgar Nunes de Moraes², Horácio Pereira de Faria³, Elizabeth Costa Dias³

RESUMO

Introdução: os idosos mais idosos constituem um grupo crescente no Brasil e têm mais probabilidade de desenvolver doenças crônicas e incapacidades que geram necessidade de cuidados especiais. **Objetivo:** caracterizar os idosos atendidos no Centro Mais Vida (CMV) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFGM), encaminhados pela atenção básica de Belo Horizonte, em 2011, quanto às doenças e condições de saúde apresentadas. **Método:** estudo descritivo transversal aleatório, com tratamento estatístico das informações registradas em 881 planos de cuidado elaborados após o primeiro atendimento no serviço e provenientes de 146 centros de saúde (CS) de nove distritos sanitários de Belo Horizonte. O critério de inclusão foi ser idoso (60 anos ou mais). As variáveis estudadas foram o número de doenças e condições de saúde mais frequentes. **Resultados e discussão:** o encaminhamento dos idosos foi mais frequente nas regionais de saúde nordeste (22,5%), leste (14,6%) e noroeste (13,0%). Em oito distritos sanitários observou-se polipatologia em mais de 50% dos idosos, chegando a 64,9%. As doenças e condições de saúde mais frequentes foram a hipertensão arterial em 74,5%, distúrbios de visão em 43,1% e depressão em 37,3%. **Conclusões:** os resultados do estudo revelam a necessidade de se preparar a apoiar as equipes da atenção básica de modo a contribuir para a melhoria do atendimento aos idosos na rede municipal.

Palavras-chave: Idoso; Perfil Clínico; Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: aged, 80 and over are a group that is generally more likely to suffer from diseases, chronic conditions, disabilities and the need for care. **Objective:** to characterize the numbers of elderly people attended and the number of pathologies by DS; most frequent illnesses/health conditions at Centro Mais Vida (CMV) of Hospital das Clínicas of the Federal University of Minas Gerais (HC/UFGM) in 2011. **Method:** descriptive cross-sectional study with information from 881 care plans referring to the first consultations performed. Descriptive statistical analysis of the variables of interest was used. **Results:** the highest frequency was from Northeast (22.5%), East (14.6%) and Northwest (13.0%), in eight health districts polypatology was present in more than 50% reaching 64.9%. The most frequent diseases and health conditions were hypertension in 74.5%, vision disorders in 43.1% and depression in 37.3%. **Conclusions:** the results of the study can contribute to the improvement of care for the elderly in the municipal network.

Key words: Elderly; Clinical Profile; Health Services for the Aged.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFGM, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFGM, FM, Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFGM, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFGM
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Dorotéia Fernandes da Silva
E-mail: dorofs@hc.ufmg.br; dorofs@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O rápido processo de envelhecimento da população pode ser entendido como uma conquista civilizatória, porém vem acompanhado de grandes desafios, entre outros, para os serviços de saúde. No Brasil ocorre de modo acelerado, estando relacionado à melhoria das condições de vida e saúde, de saneamento e infraestrutura básica e de avanços tecnológicos e da Medicina.¹ Entretanto, esses avanços acontecem de modo desigual na população e não têm sido acompanhados da adoção de políticas e intervenções de promoção de saúde e prevenção de doenças de forma suficiente para alcançar a melhoria da qualidade de vida da população idosa no âmbito social e de saúde.²

As estatísticas evidenciam o crescimento acentuado da parcela dos idosos mais idosos, isto é, com 80 anos e mais.³ Considerado um grupo mais vulnerável, apresenta elevada carga de doenças, agravos não transmissíveis crônico-degenerativos e incapacidades.^{4,5} Essa situação implica o aumento de demandas por atenção à saúde de maior complexidade e ações de prevenção, promoção e recuperação, que geram elevados custos. Assim, entre os desafios trazidos pelo envelhecimento da população destacam-se a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades.^{6,7}

Nos serviços de saúde, os profissionais e familiares devem estar preparados para postergar e lidar com a dependência, a fragilidade e os cuidados de longa duração, o que implica a reorganização dos serviços existentes.⁸ Nesse cenário torna-se necessária a capacitação de profissionais de saúde e dos cuidadores familiares, visto que em nosso país a família ainda é a maior responsável pelo cuidado ao idoso frágil.⁴

Em Minas Gerais-MG, em 2008, foi instituído o Programa Mais vida e a Rede de Atenção à Saúde do Idoso, por meio dos Centros Mais Vida (CMV), um ponto de atenção secundária na rede de atenção à saúde do idoso frágil, para o qual é referenciado pela equipe da Atenção Primária à Saúde (APS).

Em Belo Horizonte-BH, os CMVs foram implantados pela parceria firmada entre a Secretaria de Estado de Saúde de MG, a Secretaria Municipal de Saúde de BH e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), com a atribuição de prestar atendimento especializado e capacitar os profissionais da APS e os cuidadores de idosos frágeis.⁹

Este estudo descreve o perfil demográfico e clínico dos idosos atendidos no Centro Mais Vida/Institu-

to Jenny de Andrade Faria (CMV/IJAF) do HC-UFMG, no ano de 2011, com o propósito de contribuir para o aprimoramento do Centro de Referência em Geriatria e Gerontologia, serviço pioneiro na capital.

MÉTODO

Foi realizado estudo descritivo, transversal dos dados obtidos a partir dos planos de cuidado (PC) elaborados para os idosos encaminhados pelas equipes da Atenção Básica do município de BH-MG e atendidos no CMV do IJAF/HC/UFMG no ano de 2011.

Foram selecionados, por amostra estratificada, 894 prontuários em um universo de 4.574 pacientes agendados para primeira consulta no CMV e registrados no Sistema de Regulação (SISREG), provenientes da macrorregião Centro I de Belo Horizonte (BH) em 2011, considerando erro amostral de 3%.

O critério de inclusão foi ser idoso (60 anos ou mais), sendo que para o sorteio foi utilizada a função "aleatório" do programa Microsoft Excel, versão 2007, considerando-se a numeração dos planos de cuidados. Foram excluídos 13 prontuários que não apresentavam dados completos e substituídos pelo correspondente ao número sequente, resultando na amostra de 881 idosos provenientes de 146 centros de saúde (CS) de nove distritos sanitários. As variáveis estudadas foram o número de doenças e condições de saúde mais frequentes, por DS.

Na análise foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 20, com construção de tabelas de distribuição de frequência e diagramas de barras ou setores.¹⁰

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, Plataforma Brasil, conforme resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), CAAE – 09099612.3.0000.5149/12 95413.0.0000.5149 e Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEPE) do HC/UFMG PROCESSO Nº 73/12. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os idosos atendidos no IJAF no ano de 2011 foram encaminhados por nove distritos sanitários do município de Belo Horizonte distribuídos como demonstrado na Figura 1. A maior frequência ocorreu no DS Nordeste (22,5%), seguido pelo DS Leste (14,6%) e Noroeste (13,0%).

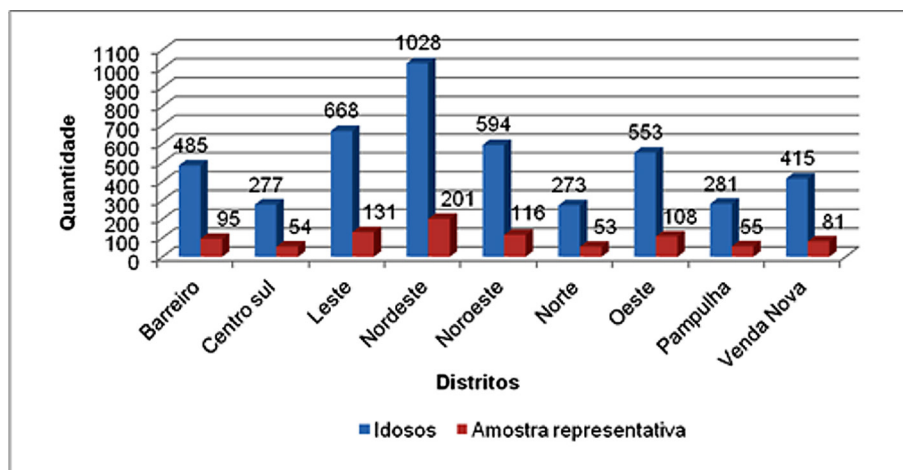


Figura 1 - Distribuição dos idosos atendidos no IJAF segundo o distrito sanitário e amostra representativa, Belo Horizonte, 2011. Fonte: autor.

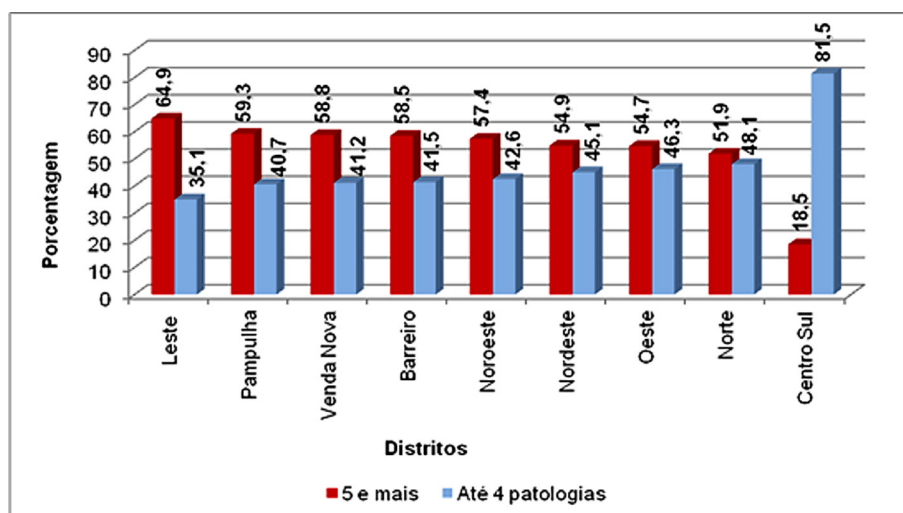


Figura 2 - Distribuição percentual dos idosos segundo o número de doenças e o distrito sanitário, Belo Horizonte, 2011. Fonte: autor.

As condições crônicas são preditoras de incapacidades. Assim, o gerenciamento da polipatologia é essencial para a preservação da capacidade funcional do idoso. A polipatologia e as poli-incapacidades são comuns nessa fase e devem ser reconhecidas e administradas de forma efetiva, evitando iatrogenia.¹¹

No estudo realizado, as doenças mais frequentes encontradas (Tabela 1) foram hipertensão arterial em 656 pacientes, o que corresponde a 74,5% da amostra; distúrbios de visão em 380 (43,1%); e depressão em 329 (37,3%). Observou-se também que demência, diabetes *mellitus*, distúrbios de audição e constipação intestinal estão presentes em proporção significativa de pacientes.

Tabela 1 - Frequência de doença ou condição crônica em idosos atendidos no CMV-IJF-HC/UFMG, Belo Horizonte, MG em 2011

		Número	Frequência Relativa
Doença ou condição de saúde	Hipertensão arterial	656	74,50
	Distúrbios de visão	380	43,10
	Depressão	329	37,30
	Demência	231	26,20
	Diabetes mellitus	211	24,00
	Distúrbios de audição	177	20,10
	Constipação intestinal	166	18,80
	Doença renal	92	10,40
	Outras	59	6,70

Fonte: autor

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 72,0% das causas de óbito, sendo 31,3% por doenças do aparelho circulatório, 16,3% por câncer, 5,2% por diabetes e 5,8% por doença respiratória crônica, atingindo preferencialmente indivíduos de grupos vulneráveis, como os idosos.¹² Segundo Ramos¹³, em estudo realizado em São Paulo em 1984, a população de idosos apresentava alta prevalência de doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial a principal delas.

Batista *et al.*¹⁴ observaram, entre os principais problemas de saúde, a hipertensão arterial (43,6%) seguida de doenças osteoarticulares. Silva *et al.*¹⁵ descreveram os idosos frágeis atendidos em uma unidade de saúde da família, observando que 80,4% apresentavam hipertensão arterial e 41,2% sequelas de acidente vascular.

Torres *et al.*¹⁶, em estudo com idosos dependentes residentes em domicílio, observaram problemas de saúde em 93,16% deles, sendo que 84,60% eram portadores de até duas doenças, sendo as mais frequentes a hipertensão arterial (23,10%), sequelas de acidente vascular encefálico (11,10%) e artrose em joelhos (6,80%).

Schmidt *et al.*¹⁷, em 2009, realizaram estudo de prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil, baseada em inquérito de morbidade autorreferida, observando que nos homens a prevalência de diabetes foi de 5,3%, no conjunto dos municípios estudados e 6,0% entre mulheres. A hipertensão arterial apresentou prevalência de 21,6% para o conjunto dos municípios.

Estudo realizado em Ouro Preto-MG mostrou que, entre os idosos avaliados, 62% referiram má-visão e, destes, 33% tinham restrição a algum tipo de atividade; 44% relataram dificuldade para ouvir, 69% para entender palavras e 31% para assistir à televisão ou ouvir rádio ou conversar ao telefone. O estudo *Gene Environmental System Interactions on Aging* (GENESIS) em Veranópolis (RS) revelou que episódios de depressão são frequentes em idosos longevos e causam impacto na qualidade de vida, estando frequentemente associados à ansiedade.^{18,19}

Sobre a prevalência de demência, Lopes e Bottino²⁰ observaram que ela dobra a cada cinco anos nas faixas etárias mais jovens de 70 a 84 anos e aumenta, com menos intensidade, nas idades mais avançadas. Quanto ao sexo, a maior prevalência foi entre as mulheres.

Segundo Araújo *et al.*²¹, o maior conhecimento do perfil dos idosos na população: aspectos demográficos, epidemiológicos, a distribuição etária e sua associação com aspectos clínicos, morbimortalidade au-

xilia a formulação e implementação de políticas e ações concretas voltadas para a saúde e bem-estar dessas pessoas. São essenciais para o planejamento, desenvolvimento e avaliação da atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a situação do envelhecimento da população brasileira, é importante o planejamento e execução de ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, o que implica a reorganização do cuidado e dos serviços de saúde, organizados em rede para o que o Centro Mais Vida na especificidade de atendimento ao idoso frágil contribua para a construção de um sistema de excelência em saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
2. Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.186-92.
3. Camarano AA, Kanso S. Perspectivas de Crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: Ipea; 2010.
4. Caldas PC. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3): 733-81.
5. Lima-Costa MF, Camarano AA. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
6. Ministério da Saúde (BR). Redes Estaduais de Atenção à Saúde. Guia operacional e portarias relacionadas. SAS/MG. Brasília: MS; 2002.
7. Veras R. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(1): 231-8.
8. Duarte YAO, Nunes DP, Corona LP, Lebrão ML. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento). In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? São Paulo: Ipea; 2010.
9. Moraes EN. Avanços na atenção à saúde do idoso frágil: Programa de Atenção ao Idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Oficina de Trabalho Atenção à Saúde do Idoso. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2012.
10. Siqueira AL, Tibúrcio JD. Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional. Belo Horizonte: Coopmed; 2011.

11. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS; 2012.
12. Malta D, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011; 20(4): 425-48.
13. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3): 793-8.
14. Batista NNLAL, Vieira DN, Silva GMP. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um Centro de Convivência de Teresina-PI. *Enferm Foco*. 2012; 3(1): 7-11.
15. Silva L, Silva MCLSR, Bousso RS. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela estratégia saúde da família. *REME - Rev Min Enferm*. 2010; 14(1): 52-8.
16. Torres GV, Reis LA, Fernandes MH, Reis LA. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. *Rev Espaço Saúde*. 2009 [citado em 2016 ago. 16]; 10(2): 12-7. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espaco para saude>.
17. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2): 74-82.
18. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Netto MP. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
19. Nitrini R, Caramelli P. Demências. In: Nitrini R, Bacheschi LA. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Atheneu; 2003. p.323-34.
20. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo; análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuro Psiquiatr*. 2002; 60(1): 61-9.
21. Araújo MAS, Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. *Rev UFG*. 2003 [citado em 2016 ago. 16]; 5(2). Disponível em: www.proec.ufg.br.

Conhecimentos e percepções relacionadas ao HIV/AIDS: uma investigação com adolescentes de Vespasiano – MG

Knowledge and perceptions related to HIV / AIDS: an investigation with Teenagers from Vespasiano – MG

Luciana Ramos de Moura¹, Daniel Pereira Rezende Cabral², Eugenio Marcos de Andrade Goulart³, Cristiane de Freitas Cunha⁴

RESUMO

Objetivos: avaliar o conhecimento e as percepções relacionadas ao HIV/AIDS entre os adolescentes do município de Vespasiano/MG. **Métodos:** a amostra foi composta de 1.158 adolescentes entre 14 e 19 anos que cursavam o ensino médio das escolas públicas que responderam a questionários estruturados e autoaplicáveis. A análise dos dados envolveu estatística descritiva e testes de hipóteses (qui-quadrado, *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis*). **Resultados:** a média de conhecimento geral sobre HIV/AIDS, numa escala de nove questões, foi de 5,1 pontos. Os melhores índices de conhecimento estiveram relacionados à transmissão do vírus pelo sexo oral e não uso do preservativo. **Conclusão:** há lacunas em relação ao conhecimento dos adolescentes sobre as formas de transmissão do HIV, especialmente para as situações de risco. Faz-se importante considerar as singularidades dos sujeitos na elaboração das estratégias de educação em saúde.

Palavras-chave: Conhecimento; HIV; Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

Objectives: To assess the knowledge and perceptions related to HIV / AIDS among adolescents in the city of Vespasiano/MG, Brazil. **Methods:** The sample consisted of 1158 high school adolescents aged 14-19 years of public education system, the subjects completed a structured and self-applicable questionnaire. **Data analysis involved descriptive statistics, hypothesis tests (Chi-square, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis).** **Results:** The mean overall knowledge of HIV/AIDS on a scale of nine questions, was 5.1 points. The highest rates of knowledge were related to HIV transmission through oral sex and condom use. **Conclusion:** There are gaps in relation to knowledge of adolescents with regard to the ways of HIV transmission, especially for the risk situations. The group approach method is fundamental and parallel to it is essential to consider the uniqueness of the subject, the individuality of each case.

Key words: Knowledge; HIV; Adolescent Health.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a segunda década de vida (10 a 19 anos), na qual o crescimento e o desenvolvimento são marcantes.¹ Entre as peculiaridades da adolescência encontram-se a necessidade de construção da identidade, o desempenho de novos papéis na sociedade, a mudança na relação de dependência da família, a inserção em grupos e a escolha de um projeto de vida.² Essa fase deve, portanto, ser particularmente valorizada por caracterizar um período de mais vulnerabilidade dos adolescentes aos riscos para

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Cristiane de Freitas Cunha
E-mail: cristianedefreitascunha@gmail.com

a saúde. Entre esses riscos, podem-se citar: as diversas formas de violência; uso de álcool, fumo e outras drogas; gravidez na adolescência; aborto; e infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre elas a AIDS.³

Dados do Ministério da Saúde comprovam que mais de 70% dos casos de AIDS estão entre os indivíduos na faixa etária de 20 a 39 anos. Considerando o período de incubação da doença de aproximadamente 10 anos, grande parcela contraiu o vírus na adolescência.⁴ Apesar das campanhas e da divulgação em massa sobre os métodos de prevenção, a contaminação pelo HIV continua a se expandir rapidamente entre jovens de 15 a 19 anos, especialmente entre as mulheres.⁵ Muitas vezes a infecção ocorre durante as primeiras experiências sexuais, atingindo jovens desinformados, despreparados ou precocemente iniciados na vida sexual.⁶

O aumento da infecção pelo HIV entre os adolescentes, associado às transformações físicas, psíquicas e sociais próprias do adolecer, reflete uma situação de vulnerabilidade social preocupante.⁷⁻⁹ Além disso, as políticas públicas voltadas para adolescentes nem sempre levam em conta as especificidades desse público.^{10,11} Dessa forma, na construção de propostas de trabalho efetivas, faz-se importante revelar de que maneira os adolescentes compreendem a epidemia. Nesse sentido, o presente estudo objetiva avaliar o conhecimento e as percepções relacionadas ao HIV/AIDS entre os adolescentes do município de Vespasiano-MG.

MÉTODOS

Estudo transversal, quantitativo que avaliou adolescentes com idade entre 14 e 19 anos, matriculados no ensino médio de escolas públicas do município de Vespasiano-MG. O tamanho amostral foi definido por meio de amostragem estratificada. As escolas foram os estratos, e a variável de interesse para o cálculo foi a proporção do nível de conhecimento esperado 0,572 (28). O tamanho encontrado para a amostra foi de 812 indivíduos, considerando-se erro = +0,03 alfa=0,05 (29). A amostra corrigida considerou 40% de probabilidade de desistências, sendo de 1.137 adolescentes. O cálculo amostral foi realizado com base nos dados disponíveis na literatura referentes aos índices de conhecimento relacionados ao HIV/AIDS em estudos nacionais.¹²

Para avaliação do conhecimento acerca do HIV/AIDS e suas formas de transmissão, foram aplicados dois questionários: Questionário de Avaliação do Com-

portamento Sexual de Risco (QACSR)¹² e Questionário de Avaliação do Conhecimento sobre o HIV/AIDS (QAC)¹³. O Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP) foi o instrumento de escolha para avaliação da classe econômica dos sujeitos.¹⁴ O QAC é constituído de nove questões divididas em dois grupos: o primeiro avaliou as formas de transmissão, o segundo, as situações de risco para o HIV. Para cada questão os respondentes foram classificados como “bem-informados” ou “mal-informados” e a soma dos dois grupos de questões compôs o “Indicador Geral de Conhecimento sobre o HIV/AIDS”. Já o QACSR é formado por 28 questões que avaliaram o entendimento do adolescente sobre os comportamentos de risco para o HIV. Os resultados do estudo-piloto realizado em uma escola estadual da cidade de Belo Horizonte-MG evidenciaram adequação dos instrumentos da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta de 1.158 adolescentes com idades entre 14 e 19 anos. A Tabela 1 apresenta as estatísticas descritivas para: idade, sexo, escolaridade e classe econômica. Houve predomínio de adolescentes do sexo feminino (57,4%). A média de idade da amostra foi de 16,4 anos (dp = 1,2 anos). A maioria dos adolescentes estava matriculada no primeiro e segundo ano do ensino médio e a classificação econômica mais frequente foi a C.

Tabela 1 - Medidas de frequência das variáveis: Idade, Gênero, Série Escolar e Classe Econômica entre os adolescentes de Vespasiano/MG, 2010

Variável	n	%
Idade (anos)		
14	38	3,3
15	212	18,5
16	384	33,5
17	302	26,3
18	157	13,7
19	54	4,7
Gênero		
Masculino	489	42,6
Feminino	657	57,4
Série escolar		
1º ano	425	36,7

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Medidas de freqüência das variáveis: Idade, Gênero, Série Escolar e Classe Econômica entre os adolescentes de Vespasiano/MG, 2010

Variável	n	%
Série escolar		
2º ano	404	34,9
3º ano	329	28,4
Classe Econômica*		
A	47	4,6
B	443	43,0
C	486	47,2
D	54	5,2
E	0	0

* ABEP (2008). Fonte: dados do estudo.

Os resultados indicaram mediana de cinco pontos (amplitude = 0 – 9) para o indicador geral de conhecimento, evidenciando que, na maioria das vezes, o adolescente conhece cinco das nove questões abordadas no QAC. Apenas 1,3% dos adolescentes alcançaram a nota máxima na escala de conhecimento (Figura 1).

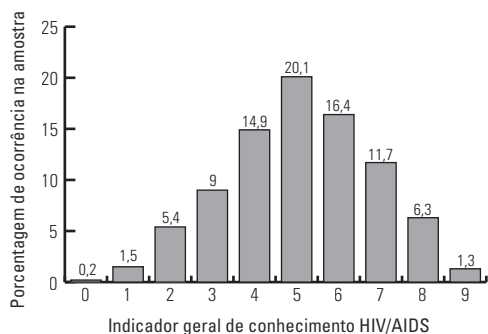


Figura 1 - Distribuição dos adolescentes segundo o indicador geral de conhecimento relacionado ao HIV/AIDS em Vespasiano/MG, 2010.

Fonte: dados do estudo.

Avaliados separadamente, os grupos de questões apresentaram as seguintes medianas de acerto: 1 ponto (amplitude = 0 – 3) em um total de três questões para o grupo “situações de risco” e quatro pontos (dp = 0-6) em um total de seis questões para o grupo “formas de transmissão”. A questão com maior número de acertos do QAC foi relacionada à transmissão do HIV por meio do sexo oral (79,5%), seguida pela questão que avalia a importância da camisinha (77,6%). Por outro lado, 60,3% dos adolescentes tinham conhecimento inadequado sobre o risco de casais heterossexuais com apenas um parceiro. Apenas 40,3% dos adolescentes apresentaram-se bem-

-informados sobre a transmissão do HIV por meio do coito interrompido (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes segundo o critério “bem informado” para as diferentes questões que envolvem as Formas de Transmissão e Situações de Risco para o HIV/AIDS na cidade de Vespasiano/MG, 2010

Dimensão	Bem Informado	
	n	%
1. Formas de Transmissão:		
Uso da camisinha, masculina ou feminina, para evitar HIV/AIDS	894	77,6
Transmissão através da retirada do pênis na relação sexual	454	40,3
Transmissão através de sexo oral	917	79,5
Transmissão através de contato social	736	64,4
Transmissão através do uso de banheiros públicos	630	54,5
Transmissão através do compartilhamento de seringas e agulhas já utilizadas	528	45,6
2. Situação de Risco: Múltiplos parceiros		
Risco envolvendo casais heterossexuais com apenas um parceiro	464	39,7
Risco envolvendo casais homossexuais com apenas um parceiro	566	50,0
Risco envolvendo casais ou pessoas com vários parceiros	592	52,0

Fonte: dados do estudo.

As moças apresentaram-se significativamente mais bem-informadas para o risco que envolve pessoas ou casais que mantêm relação sexual com vários parceiros (58,9%) e para o risco de casais homossexuais com apenas um parceiro (54,5%) e contato social com o portador do HIV/AIDS (68,4%). No entanto, para o risco de casais heterossexuais com apenas um parceiro, moças e rapazes apresentaram baixos índices de conhecimento (40,9 e 39,3% bem-informados, respectivamente). Para as outras questões, as diferenças entre os sexos foram pequenas e para nenhuma delas os rapazes apresentaram-se mais bem-informados que as moças (Tabela 3).

Tabela 3 - Medidas de freqüência das variáveis: idade, gênero, série escolar e classe econômica entre os adolescentes de Vespasiano/MG, 2010

Variável	n	%	p*
Risco envolvendo casais heterossexuais com apenas um parceiro			
Masculino	200	40,9	0,58
Feminino	258	39,3	

Continua...

... continuação

Tabela 3 - Medidas de frequência das variáveis: idade, gênero, série escolar e classe econômica entre os adolescentes de Vespasiano/MG, 2010

Variável	n	%	p*
Risco envolvendo casais homossexuais com apenas um parceiro			
Masculino	207	43,9	< 0,001
Feminino	348	54,5	
Risco envolvendo casais ou pessoas com vários parceiros			
Masculino	203	43,0	< 0,001
Feminino	379	58,9	
Uso da camisinha, masculina ou feminina, para evitar HIV/Aids			
Masculino	379	78,1	0,62
Feminino	496	76,9	
Transmissão através da retirada do pênis na relação sexual			
Masculino	203	42,4	0,16
Feminino	239	38,2	
Transmissão através de sexo oral			
Masculino	393	80,5	0,50
Feminino	508	78,9	
Transmissão através de contato social			
Masculino	284	59,3	0,002
Feminino	439	68,4	
Transmissão através do uso de banheiros públicos			
Masculino	273	56,2	0,37
Feminino	347	53,5	
Transmissão através do compartilhamento de seringas e agulhas já utilizadas			
Masculino	225	46,0	0,69
Feminino	290	44,8	

p*: teste qui-quadrado. Fonte: dados do estudo.

A literatura identifica que sexo, escolaridade, idade e a classificação econômica são variáveis relacionadas à maior vulnerabilidade ao HIV.^{10,14,15} As adolescentes do presente estudo apresentaram melhor indicador geral de conhecimento, quando comparadas aos rapazes. No entanto, para as formas de transmissão do vírus, não foram encontradas diferenças significativas entre o conhecimento de moças e rapazes. O avanço do adolescente pelas séries escolares favoreceu significativamente o aumento do indicador geral de conhecimento. Por outro lado, não ocorreu significância estatística ao se associar as variáveis idade e classe econômica ao mesmo indicador (Tabela 4).

Os principais interlocutores para assuntos relacionados a sexo e sexualidade foram os amigos e a mãe (47 e 42,5%, respectivamente). A televisão e o professor ocuparam o segundo e terceiro lugares, respectivamente (33 e 23%). Para os rapazes, os amigos são a principal fonte de informação (47%), seguido do pai (34%), mãe (34%) e TV (34%). Por outro lado, para 51% das moças as mães foram identificadas como principal fonte de informação, seguida dos amigos (47%), TV (32%) e professor (29%). Cabe destacar que a diferença quantitativa observada no total se justifica pelo fato de o adolescente possuir mais de uma opção de resposta entre as fontes de informação apresentadas (Figura 2).

Tabela 4 - Associação entre os indicadores de conhecimento relacionados ao HIV/Aids às variáveis gênero, escolaridade, idade e posição sócio-econômica entre os adolescentes da cidade de Vespasiano/MG, 2010

Variável	Conhecimento relacionado ao HIV/Aids*								
	Situação de Risco relacionada a múltiplos parceiros			Formas de Transmissão			Indicador Geral de Conhecimento		
	M	A	p	M	A	p	M	A	p
Gênero									
Masculino	1	0 - 3	0,01**	4	1 - 6	0,89**	5	1 - 9	0,01**
Feminino	1	0 - 3		4	0 - 6		5	0 - 9	
Série escolar									
1º ano	1	0 - 3	0,003***	4	0 - 6	0,004***	5	0 - 9	0,001***
2º ano	1	0 - 3		4	0 - 6		5	0 - 9	
3º ano	2	0 - 3		4	0 - 6		5	1 - 9	
Idade (anos)									
14-15	1	0 - 3	0,07***	4	0 - 6	0,12***	5	0 - 9	0,99***
16-17	1	0 - 3		4	0 - 6		5	1 - 9	
18-19	2	0 - 3		4	0 - 6		5	1 - 9	

Continua...

... continuação

Tabela 4 - Associação entre os indicadores de conhecimento relacionados ao HIV/Aids às variáveis gênero, escolaridade, idade e posição sócio-econômica entre os adolescentes da cidade de Vespasiano/MG, 2010

Conhecimento relacionado ao HIV/Aids*									
Variável	Situação de Risco relacionada a múltiplos parceiros			Formas de Transmissão			Indicador Geral de Conhecimento		
	M	A	p	M	A	p	M	A	p
Classe Econômica									
A	1	0 - 3	0,63***	4	1 - 6	0,09***	5	1 - 8	0,08***
B	1	0 - 3		4	0 - 6		5	0 - 9	
C	1	0 - 3		4	0 - 6		5	0 - 9	
D	1	0 - 3		3	1 - 5		4	2 - 8	

Nota: M: Mediana; A: Amplitude. * Escala do questionário de conhecimento (valor de cada grupo de questões): Situações de Risco relacionada a múltiplos parceiros: três pontos; Formas de Transmissão: seis pontos; Indicador Geral de Conhecimento: nove pontos (soma dos dois primeiros grupos de questões - Formas de transmissão e Situações de Risco). ** Teste de Mann-Whitney; *** Teste de Kruskal-Wallis.
Fonte: dados do estudo.

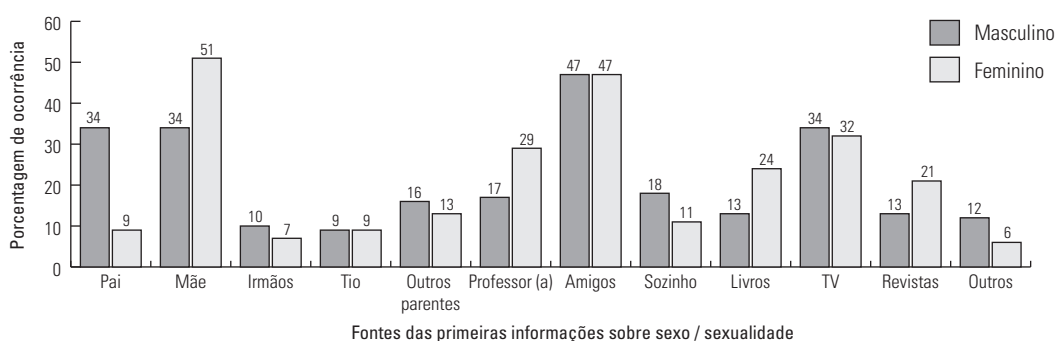


Figura 2 - Principais fontes de informação sobre sexo/sexualidade entre os adolescentes de Vespasiano/MG, 2010. Fonte: dados do estudo.

DISCUSSÃO

Os adolescentes vespasianenses responderam de forma incorreta a quatro das nove questões apresentadas no QAC. Considerando que a prevenção do HIV envolve um conjunto de saberes e informações que se relacionam¹⁶⁻¹⁹, qualquer dúvida sobre as formas de transmissão do vírus podem se constituir em importante elemento de vulnerabilidade. Diferentemente dos dados encontrados em Vespasiano, nos primórdios da epidemia estudos já informavam bom entendimento por parte dos adolescentes sobre o HIV/AIDS. Na cidade de São Francisco (USA), em amostra de 1.326 adolescentes, 74% souberam o que era AIDS, 60% que eram causados por um vírus e 92% eram transmitidos por via sexual.¹⁷⁻²⁰ Por outro lado, a pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST e AIDS da população brasileira (PCAP)²¹ evidenciou melhora no conhecimento sobre o HIV/AIDS entre os anos de 1998 e 2004. Da mesma forma, estudo conduzido com 945 jovens de escolas públicas e privadas do

Rio de Janeiro demonstrou bons índices de conhecimento sobre a AIDS e suas formas de contaminação.²²

No presente estudo, o indicador geral de conhecimento sobre as questões que envolvem o HIV/AIDS foi maior entre as moças, que também estiveram mais bem-informadas sobre os riscos envolvendo casais homossexuais monogâmicos, casais ou pessoas com múltiplos parceiros e sobre o contato social com o portador do vírus. Outros estudos nacionais também mostraram melhores índices de conhecimento entre as moças.^{11,23} Por outro lado, a porcentagem geral de acertos obtidos pelas adolescentes se manteve em torno de 50%. Dessa forma, apesar de as moças estarem mais bem-informadas que os rapazes, entre elas existem dúvidas relacionadas às formas de transmissão e prevenção da doença.^{22,23}

A situação se agrava ao se avaliar o atual cenário epidemiológico brasileiro: ao passo que a incidência do HIV/AIDS diminui na população geral, entre os adolescentes, especialmente entre as moças, ela aumenta.¹⁴ Esse dado não condiz com o melhor índice de

conhecimento apresentado pelas moças quando comparadas aos rapazes. A prevenção da infecção não depende exclusivamente do conhecimento, no entanto, a falta desse se constituiu em importante fator de risco.²⁴

De maneira geral, os adolescentes em Vespasiano compreendem bem o risco relacionado ao sexo oral, resultado apresentado também por outros estudos.^{25,26} Por outro lado, ainda existem considerável número de adolescentes que não reconhecem o ato como fonte de contágio para as DST/AIDS.^{27,28} O uso da camisinha para proteção contra o HIV/AIDS ocupou o segundo maior índice de acertos entre os jovens. Apesar disso, é importante ressaltar que aproximadamente 20% da amostra não compreendem o preservativo como estratégia de prevenção ao vírus. Tendo em vista as campanhas de prevenção em massa e o trabalho do tema nas escolas, esperava-se melhor entendimento sobre o assunto. Além disso, os resultados de Vespasiano (77,6% bem-informados) ainda se encontram distantes da média nacional de (96,6 % bem-informados)²¹ e de outros estudos regionais.^{5,23, 27}

No que diz respeito à transmissão do HIV pelo convívio social com os portadores, 64,4% dos adolescentes apresentaram conhecimento adequado e as moças, mais uma vez, estiveram significativamente mais bem-informadas (68,4%). Estudos brasileiros identificaram menos frequência de pessoas bem-informadas para as questões relativas ao convívio social com portadores da doença (39,8%).^{28, 29}

Para as questões relacionadas ao sexo com penetração, 59,7% dos adolescentes em Vespasiano acreditam que a retirada do pênis na relação sexual (coito interrompido) impede a infecção pelo HIV, diferentemente de outros estudos^{5,21,30,31} nos quais os adolescentes se apresentaram mais bem-informados sobre essa questão. As crenças inadequadas relacionadas às estratégias de prevenção e contracepção podem estar refletindo negativamente na prevenção da infecção. Essa prática, além de risco para a transmissão do HIV e outras DSTs, pode também levar a uma gravidez indesejada.

Vários estudos indicam que a não adesão ao preservativo em relacionamentos estáveis é uma atitude amparada pela falta de percepção do risco relacionado a parceiros fixos.^{32,33} Em Vespasiano, a elevada frequência de indivíduos mal-informados para o risco de casais heterossexuais reforça esse dado (60,3%). Estudos afirmam que, na percepção dos sujeitos, a evolução temporal da relação afetiva implica estabilidade e, conseqüentemente, fidelidade do parceiro.²²

Solicitar o uso do preservativo pode provocar a desconfiança entre o casal, por ser interpretado como um elemento questionador da fidelidade.^{34,35} A discussão sobre o risco das práticas monogâmicas deve ser interpretada pelos jovens sob o ponto de vista do comportamento de risco, e para esse basta que a relação sexual seja desprotegida.

Grande parcela dos adolescentes, em especial do sexo masculino, também estiveram mal-informados para situações de risco envolvendo pessoas com muitos parceiros sexuais (48% da amostra). Em Vespasiano, a frequência de indivíduos mal-informados para o risco da multiplicidade de parceiros foi superior à apresentada por outros estudos, especialmente o nacional, que no ano de 2004 foi de 5%.²¹ O número de parceiros sexuais é uma variável que se associa ao risco de infecção pelo vírus. A adolescência é marcada pela experimentação sexual, portanto, a não percepção do risco relacionado a múltiplas parcerias, associado ainda às dúvidas sobre o uso do preservativo, potencializa a vulnerabilidade dos adolescentes do presente estudo.

A variável idade não apresentou relação com o conhecimento sobre o HIV/AIDS, por outro lado, pequenas diferenças de escolaridade foram suficientes para melhorar o conhecimento dos adolescentes. Outros estudos também evidenciaram a mesma representatividade da escolaridade.^{12,21,36} Adolescentes com cinco ou mais anos de escolaridade têm menos probabilidade de ter a primeira relação sexual na adolescência e são mais propensos a usar os métodos preventivos nessa relação.³⁷ Por outro lado, no presente estudo a classe econômica não se associou ao conhecimento sobre o HIV/AIDS. De forma contrária, estudo realizado em escolas públicas de São Paulo²⁶ revelou que melhores níveis econômicos se associam positivamente ao conhecimento sobre a epidemia.

Os amigos assumiram posicionamento importante como fonte de informação sobre o HIV/AIDS para rapazes e moças. Outros estudos também enfatizaram a influência das amigas nas emoções e comportamentos dos adolescentes.³⁷ Reconhecer o adolescente e seus pares como agentes de informação e multiplicadores do conhecimento é fundamental para a efetividade de trabalhos preventivos.²² O Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) trabalha a formação de jovens multiplicadores.³⁸ Essa iniciativa entende que o fortalecimento dos próprios adolescentes como agentes de informação potencializa as ações preventivas.

Para os rapazes, o pai foi o principal interlocutor sobre os assuntos que envolvem sexo e sexualidade. Já para as moças, a mãe teve posição de destaque. Essa situação mostra que, quando o assunto é sexualidade, as semelhanças de sexo podem aproximar os interlocutores. Diante da significância assumida pela família neste e em outros estudos,³⁹ é importante que sua participação no contexto informacional do adolescente seja potencializada. Entre adolescentes mexicanos verificou-se que as moças que tinham alta probabilidade de usar algum método contraceptivo eram aquelas que falavam com suas mães sobre sexo e namorados.⁴⁰

Apesar de a TV ocupar posição importante como fonte de informação para adolescentes,³⁹ pesquisas comprovam a sua baixa efetividade.⁵ A mídia expõe a sexualidade de maneira ilusória e pouco significativa, não se aproxima da realidade dos jovens, contribuindo minimamente para a adoção de práticas seguras. Em virtude do impacto e da repercussão dos meios de comunicação e principalmente da importância dos mesmos para o público jovem; investimentos nesse setor poderão contribuir em propostas de trabalhos mais efetivos.

O jovem ocupa considerável parte do seu tempo na escola, é também para esse espaço que ele leva suas experiências de vida, curiosidades, fantasias, dúvidas e inquietações. No presente estudo, a posição de menos destaque ocupada pelo professor sugere dificuldades da escola para o trabalho com as ações de promoção à saúde. Assuntos relacionados ao sexo e sexualidade parecem ser trabalhados pelos professores, com enfoque anatômico e fisiológico, e as questões práticas e comportamentais permanecem ainda pouco abordadas. Investimentos e capacitação dos professores para o trabalho com os adolescentes podem estar entre os caminhos.

Os profissionais da saúde são também importantes aliados no trabalho educativo.³⁹ Esses profissionais, como educadores que também são, devem se empenhar na construção de saberes que envolvam trocas, debates, construção de ideias e formação de condutas que resultem em hábitos saudáveis.⁴⁰ Espaços de diálogo entre adolescentes, professores e profissionais de saúde são, comprovadamente, importantes dispositivos para a construção de uma resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade à infecção por HIV e à AIDS.^{30,40,41} Os profissionais de saúde devem se aproximar dos ambientes escolares a partir de ações contínuas, longitudoais e integrais.⁴²

CONCLUSÃO

As lacunas no conhecimento apresentadas pelos adolescentes do presente estudo sugerem que o déficit dos trabalhos educativos está relacionado à maneira como a informação sobre o HIV/AIDS é trabalhada e por quem é trabalhada. A adaptação das estratégias conforme as demandas do público-alvo, a contextualização da informação, assim como a valorização das especificidades regionais e individuais dos adolescentes, poderão contribuir para a almejada transformação pela informação nos espaços que o adolescente frequenta. Considerando, ainda, que a educação não se trabalha apenas no ambiente escolar, tampouco a promoção à saúde apenas nas unidades básicas, esforços devem ser somados para que os principais interlocutores das questões que envolvem o HIV/AIDS, entre eles os pais, amigos e mídia e o professor, contribuam em conjunto. Reconhecer e valorizar a percepção do adolescente sobre a epidemia auxiliará a implementação de ações mais próximas e, portanto, mais adequadas aos adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPQ, pelo auxílio financeiro, aos alunos de Medicina da FASEH, pela contribuição na coleta de dados, e aos adolescentes, por permitirem aproximação do seu universo.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de La Salud. La salud de los jovens: un reto y una esperanza. Ginebra: WHO; 1995. 120p.
2. Martins PO, Trindade ZA, Almeida AO. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. *Psicol Reflex Crit.* 2003; 16(3):555-68.
3. Mandu ENT. Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Projeto acolher adolecer: compreender, atuar, acolher. Brasília (DF): ABEn; 2001. p. 61-76.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV/AIDS. Brasília: MS; 2006.
5. Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 13(4):20-9.

6. Arruda S, Cavasi S. Gênero e prevenção das DST/AIDS. In: Coordenação Nacional de DST e AIDS. Prevenir é sempre melhor. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. p. 53-63.
7. Ayres JR, França JR, Calazans G, Saletti Filho H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 49-72.
8. Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeeresnia D, Freitas ECM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz. 2003. p. 117-39.
9. Ayres JRCM. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: Tozzi D. Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS. São Paulo: fundação para o desenvolvimento da educação. 1996. p. 15-54.
10. Paiva V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, editores. A Aids no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará; 1994. p. 231-50.
11. Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. Cad Saúde Pública. 2006; 22(7): 1385-96.
12. Xavier ACM. Comportamento sexual de risco na adolescência: aspectos familiares associados. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em psicologia do desenvolvimento; 2005.
13. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento Ministério da Saúde – SPS-CNDST/HIV/AIDS. Termo de Cooperação no. 032/97 AD BRA 94-815. Coordenação Berguo E. Relatório final de pesquisa comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre o HIV/AIDS; 1999.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Levantamento Sócio Econômico. 2005. Critério de Classificação Econômica Brasil. IBOPE; 2008. [citado em 2010 dez. 14]. Disponível em: www.abep.org – abep@abep.org
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde Coordenação Nacional de DST e Aids, Prevenir é Sempre Melhor. Brasília: MS; 2000.
16. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Pascom AR, Souza Júnior PR. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. Bol Epidemiol AIDS. 2005; 1: 18-24.
17. Diclemente RJ, Zorn J, Temoshok L. Adolescents and AIDS: survey of knowledge, attitudes and beliefs about aids in San Francisco. AJP. 1986; 76(12): 1443-5.
18. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira. PCAP 2009. [citado em 2010 dez. 14]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>
19. Castro MG, Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília(DF): UNESCO; 2004.
20. Teixeira AMFB, Knauth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. Cad Saúde Pública. 2006; 22(7): 1385-96.
21. Façanha MC, Menezes BLF, Fontenele ADB, Melo MA, Pinheiro AS, Carvalho CS, *et al.* Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de fortaleza – Ceará, 2004. [citado em 2010 dez. 14]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br//revista16-2-2004/1.pdf>
22. Ayres JRCM. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. Casa de Edição; 1996. 19p.
23. Martins LBM, Costa Paiva LHS, Osis NJD, Sousa MH, Pino-neto NA, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(2): 315-23.
24. Bretas JRSE, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. Acta Paul Enferm. 2009; 22(6): 786-92.
25. Boekeloo BO, Howard DE. Oral sexual experience among young adolescents receiving general health examinations. Am J Health Behav. 2002; 26: 306-10.
26. Ayres, JRCM. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. Casa de Edição; 1996. 19p.
27. Araujo TM, Vieira NFC, Araújo MFM, Pinheiro PNC. Abordagem grupal na prevenção da aids: análise do conhecimento de jovens de fortaleza. Rev Rene. 2010; 11(3): 77-85.
28. Falcão Júnior JSP, Vieira FL, Moura LE, Oliveira RST, Bezerra PAK, Barbosa XL. Conhecimentos de universitários da área da saúde sobre contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Enfém Global. 2009; 15: 20-9.
29. Berquó E. Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS – 1998 e 2005. São Paulo: CEBRAP/MS – SPS CNDST/HIV/AIDS; 2005.
30. Monteiro S. Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
31. Guimarães CD. Mas eu conheço ele! Um método de prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996.
32. Guimarães CD. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Aids no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
33. Lima MM, Carlos J, Areal RB, Souza RJS, Lima SS, Campos LAO, *et al.* Conhecimento da população de Viçosa, MG, sobre as formas de transmissão da Aids. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(6): 1879-88.
34. Leite IC, Rodrigues RN, Fonseca MC. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2): 474-81.
35. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília: MS; 2006.

36. Francisco MTR, Oliveira DC, Clos AC, Santos NC, Malaquias JV. O carnaval vai contagiar: DST/AIDS e práticas sexuais no Rio de Janeiro. *Rev Enferm UERJ*. 2004; 12(1): 30-7.
37. Pick S, Palos PA. Impact of the family on the sex lives of adolescents. *Adolescence*. 1995; 30: 667-75.
38. Moizes JS, Bueno SMV. Compreensão sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(1): 205-12.
39. Souza FDS. O papel do educador no mundo de hoje. 2009. [citado em 2014 jan. 11]. Disponível em: <http://www.artigos.com/artigos/humanas/educacao/o-papel-do-educador-no-mundo-de-hoje-7068/artigo/>
40. Diaz M, Mello MB, Sousa MH, Cabral F, Silva RC, Campos M, *et al*. Resultados de três programas de educação sexual e cidadania sobre conhecimento, atitude e comportamento de adolescentes brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(2): 589-97.
41. Beserra EP, Torres CA, Barroso MGT. Dialogando com professores na escola sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Rene*. 2008; 9(4): 151-7.
42. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília (DF): MS; 2009.

A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de trauma, em sua trajetória na busca pelo cuidado

The construction of live networks in the course of users and family members, victims of trauma, in their trajectory in the search for care

Ana Carolina Amaral de Castro Hadad¹, Alzira de Oliveira Jorge², Elza Machado Melo²

RESUMO

O direito à saúde exige, para a sua concretização, a manutenção de práticas integrais de cuidado. Este estudo busca investigar como se configura a oferta de serviços na rede de Belo Horizonte-BH e a continuidade de cuidados a pacientes vítimas de trauma, egressos hospitalares, e qual a percepção dos usuários sobre o atendimento de suas necessidades. Com o objetivo de descrever a construção das redes vivas a partir da perspectiva do usuário e familiares, tendo como referencial metodológico o usuário-guia no seu percurso em busca do cuidado, definiu-se pelo acompanhamento de dois egressos de um hospital de trauma do município. Analisou-se o percurso dos usuários por seis meses, realizando-se entrevistas em profundidade com os usuários, pesquisa nos prontuários e entrevistas com trabalhadores. As trajetórias assistenciais foram analisadas e deram origem a cinco categorias encontradas nos discursos (análise de conteúdo de Bardin). O artigo discute uma das categorias, que aborda a existência de movimentos de redes vivas na busca dos usuários-guia pela continuidade do cuidado. Evidenciou-se a potência dos encontros entre usuários, familiares, profissionais de saúde, mas também incipiência na formação de redes formais capazes de acolher e resolver as necessidades dos usuários. Concluiu-se que, na riqueza dos encontros, as redes vão se construindo no cotidiano dos serviços, em alguns momentos com mais potência que em outros. É preciso investir na formação desses sujeitos para práticas integrais e resolutivas, que considerem o usuário protagonista do seu cuidado, indo a favor da ruptura com o modelo biomédico vigente, que obstaculiza o cuidado.

Palavras-chave: Integralidade; Continuidade do Cuidado; Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

For its fulfilment, the right to health demands the implementation of an integral care practice. This study aims to investigate the configuration of the supply of services provided in the health network of Belo Horizonte-BH and the continuity of care for trauma patients, hospital graduates, and the users' perspective on having their needs met. The purpose of describing the construction of the living networks from the perspective of the user and family led to the accompaniment of two egresses of a trauma hospital of the municipality, the methodological reference being the guide-user into his route in search of care. The users' trajectory was analyzed for six months, with in-depth interviews with the users, medical charts and interviews with workers. The care trajectories were analyzed and gave rise to 5 categories found in the speeches (Bardin Content Analysis). The article discusses one of these categories, which covers the existence of live network movements in search of the guide-users for the continuity of care. It became evident not only the power of meetings among users, family members and health professionals, but also the incipience in the

¹ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Alzira de Oliveira Jorge
E-mail: alzira.ojorge@gmail.com

formation of formal networks capable of accommodating and solving the users' needs. It is concluded that the networks are being built in the daily services, in some moments with greater potency than in others. It is necessary to invest in the training of these subjects for integral and resolute practices, which consider the user as the protagonist of their care, going in favor of breaking with the current biomedical model, which obstructs care.

Key words: Integrality; Continuity of Care; Health Care Networks.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Carta Magna de 1988, foi consequência do maior movimento de inclusão social já visto na história do Brasil. Experiência inovadora de construção de direitos e avanços jurídicos representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com a garantia da saúde dos cidadãos, elevando-a a um patamar de “direito de todos e dever do Estado”. O inovador sistema de saúde garantiu, além da universalidade do acesso, os princípios da integralidade e da equidade, balizados sob as diretrizes da hierarquização, regionalização e descentralização.¹

Nos últimos anos, discussões sobre o tema das regiões de saúde questionam as diretrizes de regionalização e hierarquização, supostamente fracionadoras da atenção em saúde. Integrar serviços, regionalizar a descentralização, qualificando-a, tem sido ponto de reflexão entre gestores, estudiosos e pesquisadores.²

A chamada “pirâmide” que organiza a rede de saúde por níveis de atenção não tem dado conta de garantir o acesso e as necessidades de saúde da população no tempo oportuno e com a eficiência e eficácia requeridas.³ Quando se discute a organização da rede de serviços de saúde, a expressão “porta de entrada” é frequentemente utilizada. Autores criticam o modelo de rede hierarquizada e regionalizada no qual tem a atenção básica como de porta entrada do sistema de saúde. Mattos⁴ expõe a ideia de que as portas de entrada são construídas socialmente e nessa construção ficam marcas da busca do usuário pelo acesso.

A despeito das construções formais de rede, há vários pontos desse fluxo que podem sofrer a interferência do trabalhador (com seu trabalho vivo) e dos usuários que elegem pontos de conexão e fazem escolhas que podem mudar completamente o desfecho, pois, afinal de contas, todo esse sistema é operado por pessoas, indivíduos que se comunicam. Isso exige muita flexibilidade dessa rede, especialmente porque

nos processos de trabalho cotidianos é preciso reconhecer como legítimas as escolhas dos usuários para criar-se juntos arranjos mais flexíveis e cuidadores.^{5,6}

A ideia de redes vivas aposta na mobilidade e no protagonismo do usuário e acredita que a base territorial para as unidades de saúde faz sentido se ela refletir a territorialização de rede social dos indivíduos e suas reais necessidades de acesso aos serviços de saúde. Faz um convite para a ampliação do olhar do profissional de saúde, integrando o saber do usuário e sua percepção sobre o processo saúde x doença, reconhecendo e valorizando a existência de um “agir leigo” produtor de mundos, quase sempre invisível ou não valorizado por gestores e profissionais de saúde.⁵

Esses autores rompem com a proposta de hierarquização tradicional de rede, ligada às tecnologias duras e leve-duras e vislumbram uma possibilidade de múltiplas entradas, em uma perspectiva horizontal e circular, na qual os usuários teriam livre acesso de acordo com suas necessidades, desenhando fluxos e formando uma “malha de cuidados ininterruptos” organizados de forma progressiva. Inspiram-se na ideia de “rizoma”.⁷ Em uma rede, como uma malha, não há maior e menor, anterior e posterior, início e fim. Tudo que há é o trama-do. Só há meio, “entre nós”, ligações e conexões.

O Sistema Único de Saúde, em seus 30 anos de criação, já alcançou memoráveis vitórias pra a saúde pública, marcadas por programas e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, entretanto, ainda vive muitos desafios a serem enfrentados.¹

Entre os desafios, diversos são destacados, como a falta de integração entre os serviços e a comunicação frágil entre as equipes, os processos de trabalho ligados à matriz biomédica, que obstaculizam o acesso e a dificuldade para que se dê continuidade no cuidado com integralidade na atenção.

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

Foram formuladas as seguintes perguntas orientadoras: como se configura a oferta de serviços na Rede de Belo Horizonte e a continuidade de cuidados a pacientes vítimas de trauma, egressos de um grande hospital de trauma? Qual é a percepção desses usuários e seus familiares sobre o atendimento de

suas necessidades de saúde, visando à reabilitação e reinserção social?

Elaborou-se estudo que teve como objetivo geral descrever a construção das redes vivas a partir da perspectiva do usuário e/ou seus familiares, tendo como referencial metodológico o usuário-guia no seu percurso em busca do cuidado. Para atingir tal objetivo, foi utilizada a metodologia do usuário-guia. Essa metodologia trabalha com os encontros forjados pelo trabalho vivo em ato, nos encontros dos atores usuário, familiar, trabalhador, gestor, no campo da busca pelo cuidado. É a construção das redes vivas.⁵

A metodologia do usuário-guia pode ser compreendida como o relato da produção do cuidado ofertado a um usuário de saúde acompanhado por um serviço. Nessa perspectiva estão incluídos os encontros entre o usuário e: outros profissionais de saúde, sua família, seus cuidadores, outros serviços de saúde, outros dispositivos sociais, comunidade, amigos, pessoas ou entidades envolvidas no cuidado, etc. Dessa forma, traçam-se os encontros de encontros e constrói-se uma rede cartográfica de pessoas e serviços envolvidos no cuidado necessário a esse determinado usuário.

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

O estudo teve como sujeitos dois usuários, sendo um do sexo masculino e uma do sexo feminino, vítimas de trauma, moradores de Belo Horizonte, egressos do principal hospital de referência ao trauma do município. Os sujeitos foram acompanhados dos meses de janeiro a junho de 2016, sendo realizadas visitas para a coleta de dados por meio de entrevistas em profundidade, do usuário ou de familiar envolvido no cuidado. Contatos telefônicos também foram realizados durante esse período, assim como mensagens pelo aplicativo do *WhatsApp*, o que facilitou o estreitamento do vínculo da pesquisadora com os sujeitos.

A análise de conteúdo das narrativas se deu após uma detida avaliação das entrevistas realizadas com os usuários e seus familiares, em que foi possível a definição de alguns núcleos temáticos que deram lugar às categorias que mostram a perspectiva e o olhar desse grupo sobre os seus encontros na busca pela continuidade do cuidado.

Considerando a técnica da análise de conteúdo temática de Bardin, analisando os discursos transcritos na íntegra, foram encontradas cinco categorias. Este

artigo se trata de um recorte do trabalho de dissertação de uma das autoras, apresentado ao curso de Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção Violência da Faculdade de Medicina da UFMG e se dedica a explorar os achados sobre a existência de movimentos de redes vivas na busca dos usuários-guia ou seus familiares pela continuidade do cuidado.⁸

Existência de movimentos e/ou momentos de redes vivas na busca dos usuários-guia ou seus familiares pela continuidade do cuidado

As redes vivas são como malhas, não há início nem fim, só há ligações e conexões. São circunstanciais e dependem de diversas situações e fatores a seu favor para serem redes vivas e possibilitarem o protagonismo do usuário e garantirem acesso e qualidade da assistência. Possuem uma característica de instabilidade, ou seja, em alguns momentos montam, em outros desmontam e também podem ser redes mortas, que burocratizam e dificultam a resolução das necessidades de saúde da população.⁵

Dessa maneira, com base na trajetória dos dois usuários, sujeitos deste estudo, foram analisados os momentos circunstanciais de redes vivas e redes mortas ou momentos de ausência de rede, que causam uma ruptura na continuidade do cuidado e significam ausência de integralidade e encontram-se exemplos bastante ricos de ambas as situações. São momentos em que os usuários, familiares, profissionais ou gestores são proativos e dão movimento às redes, em que se percebe a dependência da intervenção de determinados profissionais e a burocratização, que mais se configuraram como momentos de redes mortas.

A seguir, registram-se alguns trechos de entrevistas que trazem a perspectiva das redes vivas: a família cuidadora, que se adapta às necessidades do seu familiar doente, garante o seu cuidado, e utiliza todos os recursos que tem para isso, inclusive a ajuda da vizinhança.

[...] É, ele chegou sem condição nenhuma, na cama, né? Você tinha de carregar o tempo todo no colo, levando para o banho na cadeirinha, aquela dificuldade toda. Inclusive, o pessoal do posto falou que ele devia de contratar uma cama hospitalar. Aí a gente falou não, porque se não ele vai ficar dependente a vida toda na cama. E logo já começou forçando ele

pra sentar, lá no João XXIII ensinaram alguns exercícios, aí meu irmão fazia, minha filha fazia, com ele à noite entendeu? Fazia à tarde. E ele foi fortalecendo aos poucos. Porque ele já ganhou muito peso! Então, era assim, tudo a gente ficava vigiando na fralda. Aí teve uma diarreia muito forte, depois aprendeu com o marreco... que a gente vai adaptando [...] (Trecho da entrevista da irmã do usuário José, no dia 12/02/2016).

Tem um vizinho aqui na frente que ele é enfermeiro, que ele fez muito curativo na tráquea dele, sabe? E ajudou a gente demais também, a recuperar né? Não, não deixa ele na cama, tira ele da cama, põe ele sentado, força, força, força, ele foi forçando assim e foi lento, né... E aí, no dia que ele passou mal, ele já tava andando [...] (Trecho da entrevista da irmã do usuário José, no dia 12/02/2016).

O movimento de não rede, ou redes mortas, foi identificado principalmente nas falas da filha da usuária do sexo feminino, identificada neste estudo como Sr^a. Maria. Sua família literalmente realizou uma peregrinação na busca pelo cuidado e pela satisfação e qualidade do cuidado recebido.

[...] Tudo muito complicado, desde o momento em que ela saiu do hospital. E aí ela foi para a casa da minha irmã, né, tá na casa da minha irmã, porque ela mora ela e meu pai, mas não foi pra ficar com o meu pai porque meu pai também não ia dar conta. Porque ele tem glaucoma e, assim, um pouco mais difícil... E a gente faz o que acha que tá certo, porque a gente num tem um acompanhamento [...] (Trecho da entrevista da filha da usuária Maria, de 21/01/2016).

[...] Tá. É... nós fizemos essa mudança mesmo, né, de um bairro, de um posto para o outro por falta de atendimento no outro posto, por ela já morar aqui, né, no bairro, e o outro posto era o posto do bairro da minha irmã, né, que ela teve que ir prá lá quando saiu do hospital. E quando percebemos que lá ela não tava tendo cuidado, que não tinha respaldo nenhum, aí depois de dois meses, com uma única consulta, né, aí foi que nós fizemos a escolha que voltar com ela para o posto dela, né, onde que ela mora, já era atendida, acompanhada pelo médico. [...] O médico dela é um médico cubano e ele nos relatou que vai ficar aqui só até agosto porque é o momento que acaba o contrato e ele não sabe se vai ser renovado. [...] a gente veio, né, já pensando nesses cuidados e dele dar

esse acompanhamento, que ele já acompanhava, só que numa nova história. Agora, pior pela queda, pelas sequelas, né, que ficou do tombo, pelas necessidades de fono, fisioterapeuta, nutricionista e aqui no posto tem esse atendimento, eles fazem esse atendimento, domiciliar [...] (Trecho da entrevista da filha da usuária Maria, no dia 11/04/2016).

As redes existenciais têm momentos de estaque, em que as necessidades de saúde dos indivíduos não são atendidas, os espaços são obstaculizados, embarceados e não há longitudinalidade ou continuidade do cuidado. Esses são momentos de não rede, ausência de redes vivas.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros que se deram durante o caminhar dos usuários e seus familiares pela rede na busca pela continuidade do cuidado foram os disparadores desta pesquisa e permitiram, sob a perspectiva dos sujeitos, a identificação da construção de redes vivas, formais e informais, que vão se tecendo a partir das relações estabelecidas. Permitiu ainda a constatação de que há momentos em que as redes não constroem relações nem criam oportunidades de cuidado, e sim criam barreiras.

Esta análise possibilitou a identificação de protagonismos entre os atores, a interação entre os equipamentos sociais e estações de cuidado da rede na busca da continuidade do cuidado e na reconstrução de memórias que, de alguma forma, estão envolvidas com o cuidado do usuário.

Os dois usuários-guia escolhidos atuaram como sementes da pesquisa e, portanto, escolhidos pela sua fecundidade, seguimos o seu brotamento para traçar as redes de cuidado estruturadas por meio das relações e dos encontros. A utilização da metodologia do usuário-guia possibilitou à pesquisadora a oportunidade de viver a riqueza dos encontros produtores de cuidado para além dos registros obtidos nos bancos de dados. Exploraram-se as conexões dos usuários com os familiares e destes com as redes formais e informais, gerando uma gama de possibilidades, que é o tramado, são os nós das redes existenciais.

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

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

Esta pesquisa oportunizou a apreensão de um saber produzido por usuários e familiares “produtores de saber”. Esse é um saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção da vida, saber imprescindível para os arranjos das tecnologias leves.⁹

Concluiu-se que as redes vivas possibilitam a mobilidade do usuário que transversaliza a formalidade dos equipamentos instituídos e, dessa maneira, o cuidado se dá a partir de encontros. A metodologia do usuário-guia permitiu a análise do brotamento das relações e a intensidade da produção singular do cuidado. Na riqueza desses encontros, do trabalho vivo, forjado em ato é que as redes vão se construindo no cotidiano dos serviços e dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Souza GCA, Costa IC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões nun contexto de mudanças. *Saúde Soc.* 2010; 19(03): 509-17.
2. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* 2015; 2(2): 11-9.
3. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública.* 1997; 13(3): 469-78.
4. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.* 2ª ed. São Paulo: ABRASCO; 2009. p.369-83.
5. Merhy EE, Santos MFL, Silva E, Gomes MPC, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saúde Debate.* 2014; (52): 153-64.
6. EPS Em Movimento. Usuário guia. 2014. [citado em 2015 out. 21]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>
7. Deleuze G, Guattari F. Introdução: rizoma. In: Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs.* 1995; (1): 11-38.
8. Castro ACHOA. Construção de redes vivas no percurso de vítimas de trauma com exigência de cuidados após alta hospitalar sob a perspectiva dos usuários e familiares [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
9. Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias: em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. *Lugar Comun.* 2009; (27): 281-306.

A construção do estupro como problema social

Rape's construction as a social problem

Heliane Anghinetti¹

RESUMO

Este artigo teve como objetivo analisar historicamente o processo pelo qual o estupro passa a constituir um problema social. Foram utilizadas como referências teóricas e metodológicas as contribuições dos sociólogos Pierre Bourdieu, Herbert Blumer e Remi Lenoir. Durante a investigação histórica e social do fenômeno, foi observado que os conceitos sobre violência sexual contra mulher (e consequente criminalização) baseavam-se na desigualdade de sexo e que a participação dos movimentos feministas no enfrentamento da questão foi relevante.

Palavras-chave: Estupro; Problemas Sociais; Violência Sexual.

ABSTRACT

The objective of this article is to analyze historically how rape has become a social problem. The contributions of Pierre Bourdieu, Herbert Blumer and Remi's were used as theoretical and methodological references. During the historical and social investigation of such analysis, it was observed that the concepts of sexual violence against women (and its consequent criminalization) were based on gender disparity and the participation of feminist movements confronting the issue were relevant to rape be recognized as a social problem.

Keywords: Rape; Social Problem; Sexual Violence.

INTRODUÇÃO

Alguns sociólogos defendem a necessidade de se construir o objeto a ser estudado, isto é, reconstruir cientificamente os fenômenos sociais importantes. Para realizar essa tarefa é imprescindível que o investigador desconstrua sistematicamente as representações partilhadas por todos acerca do fenômeno estudado, caso contrário, poderia cometer o equívoco de transformar noções do senso comum em conceitos científicos. Blumer¹ afirma que um problema social é sempre fruto de uma definição coletiva, isto é, é objeto de uma operação de interesses, intenções e objetivos divergentes e conflitantes e, por isso, sua análise não pode ficar restrita apenas aos aspectos objetivos (taxas de incidência, tipo de pessoa envolvida, número de pessoas envolvidas, suas características sociais, etc.) de uma dada condição social. Esse processo de definição coletiva de um problema social compreende, segundo o autor, cinco estágios: a) a emergência do problema; b) sua legitimação; c) a ação mobilizadora; d) a formação de um plano de ação oficial; e) a implementação desse plano.

¹ Instituto de Criminalística da Polícia Civil de Minas Gerais; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós Graduação Promoção da Saúde Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte-MG, Brasil.

Autor correspondente:
Heliane Anghinetti
E-mail: hanghi@uol.com.br

Na primeira fase – a emergência do problema – é necessário observar o papel desempenhado pelos grupos interessados no reconhecimento de determinado problema como social, o interesse dos adversários (aqueles a quem não interessa de forma alguma que esse mesmo fenômeno seja reconhecido como um problema social) e, ainda, o papel das organizações poderosas (que podem tanto reconhecer quanto antagonizar a transformação do fenômeno como um problema social propriamente dito. Na segunda fase – a legitimação – busca-se nas “arenas de discussão pública” (mídia em geral, igreja, escola, organizações civis, câmaras legislativas e congregação de funcionários) a certificação necessária para a causa. Se determinado fenômeno não obtiver o respeito e aquiescência de uma dessas arenas, dificilmente se estabelecerá como um problema social.

A etapa seguinte é a mobilização, isto é, a sociedade se mobiliza por meio de discussões, desenvolvimento de propostas, encontros organizados, encontros casuais, comitês de audiência, etc. – em torno de um problema social. Tanto nas fases de legitimação quanto na mobilização o autor acentua o *caráter seletivo* do processo de definição de um problema social. No caso da legitimação, por exemplo, muitos problemas serão ignorados, de forma que terão que lutar arduamente para obter a respeitabilidade e o *status* de problema social; outros, ao contrário, já terão sua legitimidade “impulsionada” por grupos política e economicamente influentes. No processo de mobilização ocorre o jogo de poder e posições estratégicas: que ações serão “reveladas” e quais serão “abafadas” a fim de despistar a atenção do público e proteger certos interesses.

Na quarta fase – a construção de um plano de ação oficial – é revelada a maneira como a sociedade percebe o problema e pretende agir em relação a ele. É aqui que os acordos são feitos e transformados em políticas públicas. As participações em comitês legislativos e nas Câmaras Legislativas (e, por que não dizer, no próprio Poder Executivo) convergem “naturalmente” na construção de um plano de ação, que por sua vez é fruto de barganha política cujos pontos de vista e interesses diversos são transformados em compromissos.

A quinta e última etapa do processo de construção de um problema social – implementação do plano de ação – também é palco de conflito de interesses: por um lado, há aqueles que acreditam estar perdendo seus benefícios e, por isso, tendem a fazer restrições à implantação do plano de ação ou promover um ajuste que seja conveniente às suas necessida-

des; por outro lado, aqueles que julgam estar se beneficiando do plano em questão tendem a viabilizar rapidamente sua implementação.

Para Bourdieu², a “*ciência social está sempre exposta a receber do mundo social que ela estuda os problemas que levanta a respeito dele: cada sociedade [...] elabora um corpo de problemas sociais tidos por legítimos*”, de forma que o investigador deverá proceder a uma *ruptura epistemológica*² para iniciar a construção de um objeto. Isso significa dizer que o pesquisador terá que desconstruir os conceitos, modos de pensar, métodos que tenha assimilado inconscientemente ao longo de sua vida e que irá comprometer sua investigação. Para escapar da armadilha de atestar como científico o senso comum, Bourdieu² sugere que o investigador faça a *história social dos problemas*, dos objetos e dos instrumentos de pensamento: conte como eles emergiram e como se tornaram problemas legítimos; diga como as relações de forças entre as diferentes posições sociais constroem (ou determinam) o que será ou não considerado um problema.

Em todos os casos descobrir-se-á que o problema [...] foi socialmente produzido num trabalho coletivo de construção da realidade social [...] e foi preciso que houvesse reuniões, comissões, associações, ligas de defesa, movimentos, manifestações, petições, requerimentos, deliberações, votos, tomadas de posição, projetos, programas, resoluções, etc., para que aquilo que era e poderia ter continuado a ser um problema privado^a, particular, singular, se tornasse num problema social, num problema público, de que se pode falar publicamente – pense-se no aborto ou na homossexualidade – ou mesmo num problema oficial, objeto de tomadas de posições oficiais, e até mesmo de leis e decretos (grifos meus)².

Para Lenoir³, o surgimento de um problema social resulta de duas séries de fatores: primeiro, das transformações e reviravoltas sociais que afetam o cotidiano dos indivíduos; segundo, do trabalho de evocação, imposição e legitimação. Um problema social não é “apenas” o resultado de uma disfunção qualquer ocorrida no interior de uma sociedade. Ao contrário, pressupõe um verdadeiro trabalho social que precisa inicialmente dar visibilidade a uma situação particular (o que é realizado por ações de grupos

^a O autor parece diferenciar público (contrário de privado) e oficial (relacionado com medidas políticas tomadas pelo Estado), de forma a sugerir que a primeira característica de um problema social é que ele seja público, revelado.

interessados em mudar a percepção do mundo social ou também por iniciativa de atores do campo político que encontram uma causa de interesse geral a ser defendida) e, posteriormente, legitimar esse determinado aspecto que já foi reconhecido publicamente como “problema”. Esse processo de legitimação se transforma num verdadeiro empreendimento: é necessário “promover” o problema, divulgá-lo até que ele seja inserido no campo das preocupações sociais do momento. Nessa fase, é de extrema importância o recurso à imprensa especializada, a porta-vozes credenciados, etc., pois irá exercer toda uma pressão sobre as autoridades competentes e também garantir mais adeptos (ou oponentes) para a causa em questão. Lenoir³, assim como Bourdieu² e Blumer¹, defende que empreender o estudo da emergência de um problema social é fundamental para auxiliar o sociólogo a superar a dificuldade de cair no senso comum, além de ser um instrumento revelador do trabalho de construção social da realidade:

E, tratando-se de um problema social, o objeto de pesquisa do sociólogo consiste, antes de tudo, em analisar o processo pelo qual se constrói e se institucionaliza o que, em determinado momento do tempo, é constituído como tal³.

História social do estupro

Segundo Vigarello⁴, a história do estupro coincide com história das representações da feminilidade. Ao investigar os processos judiciais relativos à violência sexual ocorridos na França, no período que corresponde aos séculos XVI-XX, o autor descobre que há todo um conjunto de formas de percepção das razões que mascaram a violência sexual sofrida pelas mulheres, principalmente, levando-o a concluir que a essas mulheres era recusado o “status de sujeito”.

Desde os primórdios identifica-se uma diferença de percepção em relação ao estupro cometido contra mulheres adultas e crianças. A justiça clássica é ambígua: a investigação é realizada explorando os vestígios, mas é preciso que se esclareça que os vestígios procurados não são as contusões, hematomas, ferimentos ou qualquer outro sinal físico da violência cometida – que ficam restritos aos casos de estupro contra crianças. No caso das mulheres adultas, o que se buscava eram testemunhos circunstanciais. E para

que isso ocorresse era necessário que houvesse manifestações de ruídos e gestos que demonstrassem a iniciativa da vítima em resistir à investida sexual, isto é, seus gritos deveriam ser ouvidos por alguém para que sua queixa tivesse alguma credibilidade.

Entretanto, é sabido que os estupros ocorrem mais frequentemente sem testemunhas. Em casos assim, a justiça criminal do Antigo Regime adotava como critério para afiançar a denúncia à própria reputação da vítima: sua honestidade “de vida e de costumes” era colocada em evidência. O autor também ressalta que aspectos que poderiam caracterizar a violência moral pelo agressor, como, por exemplo, as ameaças de uma possível vingança caso a vítima optasse pela denúncia, não eram contemplados pela jurisprudência do Antigo Regime. Na justiça clássica a mulher não existe como sujeito (e, portanto, não tem vontade própria), de forma que a violência por ela sofrida somente será valorada se seus efeitos atingirem outras pessoas (pais, maridos, irmãos). São os outros – e não ela mesma – que irão contar sua história e fazer sua defesa.

É curioso observar que, embora as contusões e ferimentos sofridos pelas mulheres não fossem suficientemente explorados pelos peritos da época (“médicos e matronas juramentadas”), havia a preocupação em registrar os ferimentos do hímen. Pode-se inferir que os efeitos da constatação da perda da virgindade eram projetados para além da realidade puramente feminina: a mulher violentada, não portadora de direitos, tornava-se uma espécie de mercadoria avariada, de forma que seu “possuidor” poderia demandar uma indenização, que embora não fosse reparar os extensos danos sofridos pela mulher, obviamente repararia a honra masculina ou qualquer outro prejuízo a que tivesse sido exposto. Essa era a percepção da jurisprudência do Antigo Regime acerca do estupro e da vítima e que, em muitos de seus aspectos, chegou até nossos dias.

Outra pressuposição que age em desfavor da mulher é a de que ela é capaz de resistir ao estupro. De acordo com a investigação do autor essa ideia está presente não apenas entre os juristas clássicos, mas também entre os iluministas: Diderot, Voltaire e Rousseau, por exemplo, acreditavam que uma mulher só se rende por capitulação. Ao pressupor que a mulher aceita esse tipo de violência, tanto o jurista clássico como o filósofo ignoram a brutalidade do estupro, a dor da vítima, mascarando uma vez mais a violência sexual:

O estupro é ato de sexo, tanto quanto ato de posse, exercício direto de uma ascendência, marca de um poder. [...] incontrolável horizonte da apropriação, a mulher é comparada às terras, regiões e lugares [...] os efeitos da violência tendem a ser mascarados nesse jogo de território. A dor da vítima é apenas um imprevisto secundário e não um fato levado em conta⁴.

Uma distinção importante que auxilia na compreensão da visão do estupro no século XVII era entre *rapto de violência*, realizado por coação e intimidação, e o *rapto de sedução*, feito pela simpatia, persuasão (consentida). Embora o primeiro tipo fosse considerado mais grave e seu autor fosse mais severamente punido, o rapto de sedução acaba por fomentar novos questionamentos: esse tipo de violência não seria mais perigoso e irreparável exatamente por presumir uma atitude voluntária da vítima? Afinal, uma vez seduzida, a mulher poderia distanciar-se de seus familiares, comprometendo irremediavelmente sua honra e a de sua parentela. A sedução, portanto, transforma-se em algo mais alarmante que a violência física, relativizando uma vez mais a violência sexual. É importante salientar que as próprias mulheres concebiam a sedução como um crime mais grave do que o estupro propriamente dito, demonstrando um perfeito alinhamento com o discurso masculino.

A partir do século XIX observa-se uma renovação no pensamento jurídico: gestos que até então eram ignorados passam a ser designados como violência sexual pela legislação francesa. O código penal de 1810 introduz duas novidades: distingue pela primeira vez atentado ao pudor e estupro, bem como condena a ofensa ao pudor independentemente do sexo, isto é, tanto homens quanto mulheres estariam sujeitas a esse tipo específico de violência. Vigarello⁴ afirma que, embora o que defina o conteúdo do pudor seja a cultura e não a lei, já é possível observar uma mudança nas consciências individuais que, por sua vez, são expressas num trabalho jurídico contínuo de hierarquização dos crimes sexuais. A violência sodomítica que até então não era criminalizada passa a ser designada como atentado ao pudor pelo código de 1810. Essa diferenciação só seria realizada no século seguinte, nos Estados Unidos.

O código de 1810 aprofunda o tema da intenção criminal: a tentativa é pela primeira vez objeto de um artigo e de uma definição, demonstrando franca evolução em relação à jurisprudência do antigo direito

que, embora condenasse os “esforços em delito sem efeito” (isto é, atos tentados, mas não concretizados), continuava centrando sua atenção no ato realizado.

Essas mudanças, ainda que não modifiquem substancialmente a maneira como a mulher é vista (ela ainda é tida como alguém dependente e inferior, “suspeita” e não como “sujeito de direitos”) demonstram indícios de um lento trabalho que está se construindo sobre os limiares da violência, sobretudo a violência sexual.

Segundo Vigarello⁴, entre 1830 e 1860 os processos contra adultos são multiplicados por pouco menos de dois anos. Esse aumento dos processos revela o aumento do que o autor denomina “atitude denunciadora” e, graças a uma reclassificação dos tipos de crimes denunciados, algumas condenações são obtidas: estupros são transformados em atentados ao pudor e atentados são julgados como ultraje ao pudor. Reduzindo a gravidade do crime (e, conseqüentemente, a pena), o número de condenações aumenta. É curioso pensar que expediente semelhante seria utilizado na década de 70 pelos ativistas norte-americanos que reivindicavam reformas na legislação que tratava dos crimes sexuais, em especial o estupro. O movimento antiestupro recomendava que as penas para os crimes de estupro não fossem demasiadamente longas, pois isso dificultaria a condenação. Observa-se que tanto os franceses do século XIX quanto os norte-americanos do século XX conferiam ao estupro o *status de um problema público*, daí a necessidade de se obter a justa condenação para o agressor.

Os estupros coletivos também são mencionados. Estupros rurais, ocorridos após festejos locais, e estupros urbanos, ocorridos na saída de bailes e festas populares, são denunciados com certa frequência na imprensa francesa, porém sua impunidade é relativa, uma vez que o efeito de grupo intimida a vítima e dificulta ou inviabiliza a denúncia.

Vigarello⁴ conclui que as décadas do século XIX trouxeram três transformações na apreensão do crime sexual: a) um trabalho de escalonamento das violências, com a tentativa de designar atos diferentes do estupro; b) consideração da violência moral, com reconhecimento de coações criminosas independentes do domínio físico (as ameaças feitas pelo agressor e o medo e intimidação sofridos pela vítima mudam a compreensão do crime); c) aumento do número de queixas e dos atos declarados.

A contribuição dos movimentos feministas

Rose⁵, em seu artigo *“Rape as a Social Problem”*, se propõe a investigar o movimento antiestupro levando em consideração a influência do feminismo em nível local (comunitário) na arena legislativa e na esfera judicial. Segundo seus estudos, o primeiro indício de um movimento antiestupro surgiu no final da década de 60, nos Estados Unidos, em que diferentes mulheres começaram a se organizar em grupos, desenvolvendo uma rede de comunicações. Como resultado, foi criado um Centro de Apoio a Vítimas de Estupro em Washington, posteriormente estendido a outras localidades. Esses centros disponibilizavam atendimento de emergência durante 24 horas, informações inerentes aos procedimentos médicos e judiciais, sendo que alguns possuíam advogados voluntários para auxiliar as vítimas durante o trâmite legal e, também, conselheiros para o atendimento psicológico. Também foram criados cursos de auto-defesa e prevenção ao estupro.

Essa atuação em nível local permitiu algumas pequenas vitórias para o movimento antiestupro: os hospitais passaram a oferecer exames médicos gratuitos para as vítimas de estupro, significando que o estupro se tornou a partir de então um problema de saúde pública, melhor dizendo, um problema “público”. Outra conquista foi a criação de unidades policiais específicas para tratar de crimes sexuais.

A partir dessas experiências localizadas, o movimento antiestupro passou a reivindicar modificações na esfera legislativa norte-americana. O argumento utilizado pelos adeptos do movimento era o de que leis relativas ao estupro baseavam-se em noções tradicionais dos papéis sexuais e, segundo essas noções, a mulher está vinculada, de uma maneira ou de outra, aos homens (sejam pais, maridos, irmãos). Segundo a perspectiva feminista, as leis adotadas nos EUA revelavam mais preocupação em proteger a “propriedade” dos homens do que especificamente proteger as mulheres de um ataque sexual⁵. Dois resultados positivos foram computados pela autora: a aprovação, em certos estados americanos, de leis que proibissem aos advogados de defesa abordar a conduta sexual da vítima; e a não exigência, a partir de 1973-74, da identificação do acusado por uma testemunha ocular, como era demandado pela legislação de Nova York, em 1972.

No âmbito judicial, a discussão reflete o que já foi dito anteriormente: as penas excessivamente altas funcionam como obstáculo para se obter a con-

denação de um agressor sexual. Há outros fatores, entretanto, que são ressaltados como prejudiciais no processo legal. Primeiro, em que pese o fato de a promotoria insistir na escolha de mulheres para a composição do corpo de jurados, estas geralmente, declinam da indicação em nome da imparcialidade, precisamente por serem do sexo feminino. Consequentemente, as pessoas que irão julgar um caso de estupro são predominantemente masculinas, fato que, segundo Rose⁵, compromete a perspectiva, pois os homens tendem a não simpatizar com a promotoria, sobretudo se há evidência de um relacionamento anterior entre a vítima e o acusado. Todavia, a alegação inversa também é perfeitamente cabível, isto é, a perspectiva do júri estaria igualmente comprometida se o júri fosse eminentemente feminino.

Outra adversidade salientada pelo movimento antiestupro diz respeito ao ambiente do tribunal, que intimida e revitimiza a pessoa agredida. Contudo, em que pesem as dificuldades apontadas, os grupos feministas têm conseguido, por meio de extensa campanha publicitária, algumas condenações.

O movimento antiestupro é um exemplo de como um grupo estrategicamente organizado pode se tornar um instrumento político efetivo. Os grupos feministas e defensores das liberdades civis têm focalizado suas ações para dar visibilidade ao fenômeno do estupro, contribuindo para que ele não seja simplesmente considerado um caso particular, individual ou mesmo um tabu. Ao contrário, tais grupos se empenharam por tornar o estupro um problema social.

No Brasil, o estupro começou a ser discutido como um problema público no final da década de 70, em meio à onda dos crimes passionais que assolaram o país e que eram justificados com o argumento de legítima defesa da honra. Problemas que até então eram considerados particulares, como a violência que as mulheres sofrem dentro e fora de casa (estupros, maus-tratos, incestos, perseguições, etc.), transformaram-se, com a ação organizada dos movimentos feministas, em problema público a requerer a atuação do Estado. A formação de entidades voltadas para abrigar mulheres vítimas de violência doméstica não tardou a se formar. Por todo o Brasil, grupos de ativistas procuravam encorajar mulheres que tiveram seus direitos violados a fazerem denúncias. Paralelamente, o momento político brasileiro (a anistia de 1979, a eleição direta de governadores em 1982 e a reorganização partidária) favorecia a participação das mulheres

O contexto político em que este movimento surgiu e prosperou, alcançando uma projeção crescente a partir da movimentação pelas diretas, contribuiu para a criação de diversas organizações de mulheres que passaram a atuar junto à esfera política⁶.

Foram criados o Conselho Nacional dos Direitos da Defesa da Mulher e a primeira Delegacia de Defesa da Mulher, em São Paulo (1985). As delegacias eram, até certo ponto, revolucionárias porque todo o serviço era prestado por mulheres, isto é, os cargos de “delegado de polícia”, “escrivão” e “detetive” eram exercidos por mulheres na suposição de que isso minimizaria o constrangimento das vítimas ao fazerem as denúncias. Apesar de algumas críticas sobre essas profissionais (o fato de elas terem sido socializadas em uma cultura machista comprometia sua percepção sobre a violência), essas delegacias foram estendidas para outros estados da federação.

Todo o esforço do movimento das mulheres fez com que suas demandas fossem levadas a sério pela sociedade civil e com que os governantes fossem obrigados a incorporar em suas agendas políticas públicas específicas para as mulheres.

CONCLUSÃO

A construção de um problema social como objeto de estudo é essencial para garantir uma isenção salutar por parte do investigador. Esse processo é possível por meio da desconstrução das noções e conceitos previamente assimilados e compartilhados com a coletividade. O estupro foi considerado problema social a partir de um processo de construção coletiva que envolveu a ação de grupos ativistas, movimentos sociais e participação política.

REFERÊNCIAS

1. Blumer H. Social problem as collective behavior. *Social Problems*. 1971; 18(3):298-306.
2. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
3. Lenoir R. Objeto sociológico e problema social. In: Champagne P; Lenoir R, Merlié D. Iniciação à prática sociológica. Petrópolis: Vozes; 1998.
4. Vigarello G. A história do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
5. Rose VM. Rape as a social problem: byproduct of the feminist movement. *Social Problems*. 1974; 25(1): 75-86.
6. Vargas JD. Estupro: que justiça? Fluxo do funcionamento e análise do tempo da justiça criminal para o crime de estupro [tese]. Rio de Janeiro: IUPERJ; 2004.

Consumo de álcool e condições de trabalho: uma revisão integrativa

Alcohol consumption and working conditions: an integrative review

Gerferson André Silva Costa¹, Tatiana Helga da Silva², Andréa Maria Silveira³

RESUMO

¹ Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear – CDTN/CNEN; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Hospital Governador Israel Pinheiro; UFMG, FM, Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Objetivo: este estudo realizou revisão bibliográfica sobre as possíveis associações entre condições de trabalho e o consumo de álcool. **Metodologia:** trata-se de estudo qualitativo, do tipo revisão bibliográfica integrativa. Foram selecionados artigos da base de dados da Bireme e da Pubmed que tratavam sobre tema. **Resultados e discussão:** foram encontrados 10 artigos disponíveis e/ou que mostravam associação entre consumo de álcool e condições de trabalho. Apesar de ser um estudo qualitativo, os resultados mostraram que vários riscos (físicos, químicos e ergonômicos), demandas (psicológicas) e falta de suporte social no trabalho estavam possivelmente associados ao consumo indevido de álcool. **Conclusão:** este estudo mostrou que certas condições de trabalho podem estar associadas ao consumo abusivo de álcool e estudos que investiguem a relação de causalidade entre essas variáveis devem ser realizados. O álcool é um problema de saúde pública, sendo certas características do trabalho possíveis fatores de risco para o seu consumo. Assim, estratégias de prevenção devem ser elaboradas, a fim de impedir o seu consumo prejudicial. **Palavras-chave:** Consumo de Bebidas Alcoólicas; Condições de Trabalho; Educação em Saúde; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study carried out a review on the possible associations between working conditions and alcohol consumption. **Methods:** This is a qualitative study, such as an integrative bibliographic review. We selected articles from the database of Bireme and Pubmed that studied the subject. **Results:** Ten articles were available and / or showed association between alcohol consumption and working conditions. Despite being a qualitative study, the results showed that various risks (physical, chemical, and ergonomic) demands (psychological) and lack of social support at work were possibly associated with misuse of alcohol. **Conclusions:** This study showed that certain working conditions may be associated with alcohol abuse and studies that investigate the causal relationship between these variables should be performed. Alcohol is a public health problem, with certain characteristics of the work being possible risk factors for its consumption. Thus, prevention strategies must be developed in order to prevent their harmful use.

=Key words: Alcohol Drinking; Working Conditions; Health Education; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

O álcool é a droga mais consumida no mundo.¹ Sabe-se que o seu uso indevido pode trazer uma série de consequências, desde doenças (o álcool contribui com cerca de 200 doenças e agravos), mortes (a cada 100 segundos, aproximadamente,

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Gerferson André Silva Costa
E-mail: andre-scosta@hotmail.com

uma morte ocorre devido o uso de álcool), danos a terceiros (acidentes de trânsito, violência, acidentes de trabalho, etc.) e prejuízo econômico para um país (o álcool é responsável por levar indivíduos à incapacidade na sua faixa etária mais produtiva).²

No “I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira”, foi evidenciado que 52% dos brasileiros bebem pelo menos uma vez por ano. Além disso, no ano anterior à entrevista, apurou-se que 60% dos homens consumiram cinco doses ou mais, contra 33% das mulheres. Quando se analisa o consumo mais frequente dos homens, evidencia-se que 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica uma a quatro vezes por semana.¹ Os prejuízos acarretados pelo consumo de álcool variam de acordo com a quantidade consumida e com os padrões de consumo.

Analisando o consumo de bebida alcoólica por região do Brasil, foi evidenciado que a região Sul é a com maior porcentagem de consumo de álcool uma ou mais vezes por semana.³ Porém, o consumo abusivo de bebida alcoólica (cinco ou mais doses em um único episódio para homens e quatro ou mais doses para mulheres), também conhecido como “beber pesado episódico” ou, internacionalmente, “*binge drinking*”, teve maior porcentagem nas regiões Centro-Oeste e Nordeste.³ Sabe-se que esse tipo de consumo de bebida alcoólica é mais perigoso por trazer importantes modificações neurofisiológicas (comprometimento cognitivo, diminuição da capacidade julgamento, etc.).³

Tais números mostram a necessidade de se compreender as possíveis causas que levam os indivíduos a consumirem bebida alcoólica e em quais aspectos as políticas de saúde deveriam ser elaboradas para reduzir e/ou prevenir o seu consumo nocivo. Algumas teorias revelam que o consumo de bebidas alcoólicas pode estar relacionado à busca pela inclusão num determinado grupo ou mesmo quando o objetivo são os efeitos farmacológicos trazidos pelo álcool (calmante, estimulante, relaxante, indutor do sono, etc.).⁴

Estudos recentes têm tentado identificar características do ambiente de trabalho e das relações estabelecidas que poderiam favorecer o consumo de bebida alcoólica.^{5,6} Possivelmente, o sofrimento advindo da relação de desigualdade entre “trabalho e capacidade física e intelectual e projetos de vida” pode favorecer o adoecimento físico e mental do trabalhador.⁷

Como o trabalho é essencial aos indivíduos de uma sociedade, entender como ele é executado, organizado e a que condições o trabalhador se expõe para obter o produto de sua atividade pode levar a possíveis associações com o consumo indevido de bebida alcoólica. Partindo desse pressuposto, a presente revisão objetiva explorar as possíveis associações entre condições de trabalho e alcoolismo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo revisão integrativa. Esse tipo de revisão busca sistematizar o conhecimento produzido ao longo dos anos sobre um tema, a fim de problematizá-lo, compreendê-lo e/ou traçar novos caminhos de pesquisa.⁸

A pergunta que esta pesquisa pretende responder é: quais características do local e da organização do trabalho têm sido associadas ao consumo de álcool? Para isso, utilizaram-se como critérios de inclusão todas as pesquisas que investigaram possíveis associações entre variáveis do trabalho e o consumo de álcool. As bases de dados utilizadas foram a Bireme e a Pubmed.

Os descritores utilizados para a pesquisa de artigos foram: alcoolismo/*alcoholism* AND “condições de trabalho”/*working conditions* e álcool/*alcohol* AND “condições de trabalho”/*working conditions*. O intervalo de tempo pesquisado foram os 10 últimos anos (2006-2016). Para os primeiros termos utilizados foram encontrados sete artigos, dos quais apenas dois estavam disponíveis e/ou condiziam com o tema (após a leitura dos títulos). Para os descritores álcool/*alcohol* AND “condições de trabalho”/*working conditions* foram encontrados 175 artigos, dos quais apenas 10 estavam disponíveis para leitura e/ou condiziam com o tema da pesquisa, de acordo com a leitura do resumo.

Após a seleção dos artigos, foram feitas a sua leitura na íntegra e a criação de categorias com os principais resultados encontrados sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor discussão, os resultados foram divididos em categorias, de acordo com os temas abordados em cada artigo e sua possível relação com o consumo de bebida alcoólica.

Status socioeconômico do local de trabalho e o uso de álcool

Estudo realizado na Finlândia com professores de escolas públicas mostrou que o *status* socioeconômico do bairro onde estava localizada a escola indicava associação com o uso pesado de bebida alcoólica (> 275 g de álcool/semana)⁹. Possivelmente, fatores prejudiciais como a violência ou menores condições socioeconômicas dos locais de trabalho estariam relacionados ao consumo pesado de álcool.

Estresse e exposição a riscos no trabalho e o consumo de bebida alcoólica

Salonsalmi *et al.*¹⁰ identificaram que condições psicossociais do trabalho explicavam, em parte, a associação entre consumo de bebida alcoólica e o absenteísmo do trabalho entre homens. A possível justificativa para essa associação estaria no fato de o consumo de bebida alcoólica ser motivado pela necessidade de atenuar o estresse do trabalho. O consumo frequente de bebida alcoólica ocasionaria o adoecimento desse trabalhador e traria, por consequência, a sua ausência do trabalho.

Outro estudo que buscou identificar as possíveis associações entre alto consumo de bebida alcoólica e certas características do trabalho foi realizado na Espanha. Colell *et al.*⁶ confirmaram a associação entre “beber pesado” (≥ 40 g de álcool/dia para homens e ≥ 24 g de álcool/dia para mulheres) e quatro medidas de estresse relacionadas ao trabalho (ambiente nocivo de trabalho – calor, frio, odores, ruído e/ou permanece em posições desconfortáveis; extensas jornadas de trabalho; insegurança sobre o futuro no trabalho e o sentimento de estar adequadamente treinado para executar o trabalho) em trabalhadores espanhóis.

Bartram *et al.*¹¹ fizeram pesquisa com veterinários do Reino Unido e eles identificaram que quanto menor era a demanda psicológica no trabalho, menor era o consumo de álcool de risco (frequência, quantidade de bebida alcoólica e frequência do beber pesado episódico).

Por fim, em uma pesquisa realizada com trabalhadores latinos imigrantes nos Estados Unidos, muitos dos entrevistados relataram consumir bebida alcoólica, devido às dificuldades relacionadas à imigração,

como o subemprego, as dificuldades financeiras e o fato de estarem longe de suas famílias.¹² A motivação para o consumo de bebida alcoólica surgia da necessidade de relaxar após um dia de trabalho árduo.

Insegurança no trabalho e o consumo de bebida alcoólica

O estresse relacionado ao trabalho, devido à exposição a uma série de fatores de risco ou mesmo à exposição a um tipo de violência, mostrou-se como uma possibilidade de associação ao abuso e dependência do álcool, em motoristas de ônibus.¹³ Esse fato evidencia que a insegurança no ambiente de trabalho tem um fator importante na associação com a bebida alcoólica.

Duração do período de trabalho e o consumo de bebida alcoólica

Estudo canadense que objetivava estimar as contribuições das condições e da organização do trabalho no consumo de álcool de alto risco mostrou que a quantidade de horas trabalhadas e a insegurança no trabalho estavam diretamente associadas a esse consumo.⁵ De acordo com este estudo, uma pessoa que trabalha 50 horas por semana tem 10% a mais de chance de se tornar um consumidor de alto risco (consumo superior a 15 doses/semana de bebida alcoólica para homens e acima de 10 doses/semana para mulheres). Além disso, a chance do consumo de álcool de alto risco aumenta 27% para cada aumento na escala de insegurança no trabalho (aferidas pelo *Job Content Questionnaire*). Para esses pesquisadores, esse consumo de álcool está relacionado à tentativa de amenizar os fatores de estresse no ambiente de trabalho.

Em pesquisa realizada com pescadores e marheiros mercantes verificou-se que o consumo de mais de 60 g de álcool em um dia habitual foi maior em pescadores, assim como o consumo de risco do álcool, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde, era maior também em pescadores.¹⁴ As variáveis do trabalho não foram avaliadas detalhadamente. A única variável que poderia indicar uma possível relação com o consumo de álcool foi o tempo de permanência em alto mar, que foi maior

no grupo de pescadores. Pesquisa mais detalhada a respeito das condições de trabalho entre essas categorias poderia ser realizada, a fim de investigar as possíveis associações com o consumo de álcool.

Outra pesquisa com pescadores revelou que 68% deles relataram consumir bebida alcoólica e aproximadamente 10% referiram consumir durante as viagens.¹⁵ Essa mesma pesquisa evidenciou que, além do consumo de álcool, uma dieta pobre e o tabagismo eram possíveis explicações para sintomas cardiovasculares, respiratórios e gastrintestinais. Tal informação mostra que a bebida alcoólica pode contribuir com o adoecimento do trabalhador e piorar a sua qualidade de vida no trabalho.

Sexo, raça e os problemas relacionados ao álcool

Em estudo realizado com trabalhadores agrícolas na África do Sul identificou-se que possuíam problemas relacionados ao álcool: 45,3% dos homens (contra 27,3% das mulheres), 13,8% da raça/cor preta (contra 1,7% dos brancos) e 25,9% da faixa etária de 18-34 anos¹⁶. Esses autores acreditam que provavelmente a pobreza, o estresse no trabalho e o sistema de fornecer bebida alcoólica ao trabalhador como forma de pagamento explica o alto número de trabalhadores com problemas relacionados ao álcool.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica são de ordem tanto física quanto psicológica. Entender o que motiva os indivíduos a consumirem o álcool é de grande importância para o estabelecimento de políticas públicas em saúde e execução de atividades preventivas.

Apesar da quantidade de artigos disponíveis e/ou com o tema em questão ter sido reduzida (apenas 10 artigos), a síntese dos resultados encontrados mostrou que certas características no trabalho podem contribuir para o consumo de bebida alcoólica. A violência no trabalho, a exposição aos riscos (físicos, químicos e ergonômicos), a duração da jornada de trabalho, o estresse, a alta demanda no trabalho, o sexo, a raça, a faixa etária e a própria localização do trabalho podem contribuir para um consumo exagerado de bebida alcoólica tanto ao longo de uma semana, quanto em uma única ocasião.

Este estudo revela a necessidade de pesquisas que possam estabelecer a relação de causa e efeito

entre condições de trabalho e os problemas relacionados ao consumo de bebida alcoólica.

O trabalho, sendo uma atividade essencial aos indivíduos em sociedade, por proporcionar a aquisição de bens materiais, conforto e *status* social, deve ser analisado. E intervenções que propiciem um ambiente saudável para a execução das atividades laborativas devem ser almejadas e conquistadas.

O alcoolismo representa um problema de saúde pública, trazendo danos não só ao indivíduo, como para o país, que perde em termos de força produtiva. Com informações bem analisadas estatisticamente, ter-se-á a certeza dessas associações. E estratégias de prevenção do adoecimento da classe trabalhadora, devido ao alcoolismo, serão mais efetivas e duradouras.

REFERÊNCIAS

1. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Duarte PCAV. I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
2. Pan American Health Organization (PAHO). Regional status report on alcohol and health in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2015.
3. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Pesquisa Nacional de Saúde. Módulo estilo de vida: uso de álcool e tabagismo. [citado em 2016 out. 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pnspns/pspf.def>.
4. Ministério da Saúde (BR). Representação do Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.580.
5. Marchand A, Parent-Lamarche A, Blanc ME. Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. *Int J Environ Res Public Health*. 2011; 8(7): 2692-705.
6. Colell E, Sánchez-Niubò A, Benavides FG, Delclos GL, Domingos-Salvany A. Work-related stress factors associated with problem drinking: a study of the Spanish working population. *Am J Industr Med*. 2014; 57(7): 837-46.
7. Dejours C. A loucura do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Oboré; 1992.
8. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão Soc*. 2011; 5(11): 121-36.
9. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Linna A, Pentti J, Vahtera J. Neighbourhood socioeconomic status, health and working conditions of school teachers. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(4): 326-30.
10. Salonsalmi A, Laaksonen M, Lahelma E, Rahkonen O. Drinking habits and sickness absence: the contribution of working conditions. *Scandinav J Public Health*. 2009; 37(8): 846-54.
11. Bartram DJ, Sinclair JMA, Baldwin DS. Alcohol consumption among veterinary surgeons in the UK. *Occup Med*. 2009; 59(5): 323-6.

12. Worby PA, Organista KC, Kral AH, Quesada J, Arreola S, Khoury S. Structural vulnerability and problem drinking among Latino migrant day laborers in the San Francisco Bay Area. *J Health Care Poor Underserved*. 2014; 25(3): 1291-307.
 13. Cunha NO, Giatti L, Assunção AA. Factors associated with alcohol abuse and dependence among public transport workers in the metropolitan region of Belo Horizonte. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016; 89(6): 881-90.
 14. Fort E, Massardier-Pilonchéry A, Bergeret A. Psychoactive substances consumption in French fishermen and merchant seamen. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010; 83(5): 497-509.
 15. Percin F, Akyol O, Davas A, Saygi H. Occupational health of Turkish Aegean small-scale fishermen. *Occup Med*. 2012; 62(2): 148-51.
 16. Gossage JP, Snell CL, Parry CD, Marais AS, Barnard R, De Vries M, *et al*. Alcohol use, working conditions, job benefits, and the legacy of the “Dop” system among farm workers in the Western Cape Province, South Africa: hope despite high levels of risky drinking. *Int J Environ Res Public Health*. 2014; 11(7): 7406-424.
-

Determinantes e fatores de risco para envolvimento de idosos em acidentes de transporte: revisão de literatura de 2006 a 2015

Determinants and risk factors for elderly involvement in transport accidents: literature review from 2006 to 2015

Andréia Cirina Barbosa de Paiva¹, Vânia Paula Carvalho², Ronaro de Andrade Ferreira³, Rosely Fantoni⁴, Maria das Graças Cirino Franca⁴, Flávio Santos Pimenta⁵, Marcos Vinicius da Silva⁶, Maria Beatriz de Oliveira⁷

RESUMO

Introdução: o aumento na proporção e longevidade da população idosa associado aos riscos envolvidos nos seus deslocamentos tem levado a aumento no número de idosos vítimas de acidentes de transportes, demandando cada vez mais serviços na área da saúde e tornando a questão uma das principais preocupações da sociedade e do poder público. O objetivo deste estudo é descrever o conhecimento científico produzido na área da saúde sobre determinantes e fatores de risco de envolvimento de idosos em acidentes de trânsito, no período de 2006 a 2015. **Metodologia:** estudo exploratório, de abordagem descritiva, realizado por meio de revisão de literatura nas bases de dados da Scielo, Medline, LILACS, IBECs e BDEFN, no período de janeiro a novembro de 2015. **Resultados:** os trabalhos selecionados revelam como principais determinantes e fatores de risco as perdas funcionais, as doenças preexistentes, o uso de medicamentos e a falta de acessibilidade nos espaços públicos. **Conclusão:** foram identificados fatores: a) intrínsecos; b) sociais; c) extrínsecos de risco ou ambientais, sendo os fatores fisiológicos os mais citados, principalmente as perdas funcionais, as doenças preexistentes e o uso de medicamentos. O poder público pode e deve promover a inclusão do idoso, reorganizando os seus serviços e oferecendo infraestrutura viária segura. É pertinente e oportuno avançar no estudo do impacto do envolvimento de condutores de motocicletas em acidentes de trânsito na vitimização de pedestres idosos e no estudo dos mecanismos de ocorrência das quedas, que podem estar associadas às situações de trânsito. **Palavras-chave:** Acidente de Trânsito; Idoso; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Introduction: The increase in the proportion and longevity of the elderly population associated with the risks involved in their displacement has led to an increase in the number of elderly people who are victims of transport accidents, demanding an increasing number of health services and making the issue one of the main concerns of society and the Public Power. The objective of this study is to describe the scientific knowledge produced in the health area about determinants and risk factors of elderly involvement in traffic accidents, from 2006 to 2015. **Methodology:** an exploratory study, with a descriptive approach, carried out by means of a review of literature in the databases of Scielo, Medline, LILACS, IBECs and BDEFN, from January to November 2015. **Results:** The selected papers indicate as main determinants and risk factors, functional losses, pre-existing diseases, use of medicines and lack of accessibility in public spaces. **Conclusion:** We identified factors: a) intrinsic; B) social; And c) extrinsic risk or environmental, with physiological factors being the most cited, mainly functional losses, preexisting diseases and the use of drugs. The public power can and should promote the inclusion of the elderly, reorganizing their services and providing safe road infrastructure. It is pertinent

¹ Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais – DER-MG; Grupo de Pesquisa Saúde e Violência no Trânsito da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Unimed Aeromédica; Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ BHTRANS, Universidade FUMEC, Grupo de Pesquisa Saúde e Violência no Trânsito da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ DER-MG; Grupo de Pesquisa Saúde e Violência no Trânsito da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Acadêmico do Curso de Licenciatura em Ciências Sociais – UFMG; Grupo de Pesquisa Saúde e Violência no Trânsito da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ BHTRANS; Grupo de Pesquisa Saúde e Violência no Trânsito da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁷ DER-MG, Núcleo de Contratos dos Serviços de Tecnologia da Informação e Comunicação; Grupo de Pesquisa Saúde e Violência no Trânsito da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:

Grupo de Pesquisa Saúde e Violência no Trânsito da UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Andréia Cirina Barbosa de Paiva
E-mail: cirina.pos@hotmail.com

and timely to advance in the study of the impact of the involvement of motorcycle drivers in traffic accidents in the victimization of elderly pedestrians and in the study of mechanisms of occurrence of falls, which may be associated with traffic situations.

Keywords: *Accidents, Traffic; Traffic; Aged; Risk Factors.*

INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, ter 60 anos ou mais define a pessoa como idosa.¹ O crescimento desse segmento populacional tem conduzido ao aumento de pessoas nessa faixa etária nas cenas de trânsito.² Doenças e incapacidades são consequências naturais do envelhecimento e muitas vezes elas inibem a integração social da pessoa idosa e a satisfação de suas necessidades, por dificultar seu ir e vir e propiciar o aumento do risco de acidentes nos seus deslocamentos.

Com o avançar da idade, as taxas de morbimortalidade de idosos por acidentes e violências apresentam-se crescentes, principalmente os acidentes de trânsito (AT)³⁻⁵, que respondem por importante parcela da internação dessa população específica.⁶ O número de dias de internação desse grupo etário tende a aumentar com o avançar da idade.⁷

A população idosa no Brasil apresenta as taxas mais elevadas de óbitos como pedestre⁸. Consulta ao Datasus indicou que 38,3% dos idosos que morreram devido a acidentes de transporte no Brasil em 2014 eram pedestres, e nas demais faixas etárias 18,0% eram pedestres.

Mortes e lesões decorrentes de trânsito devem ser inaceitáveis, uma vez que esse evento é previsível e evitável.^{9,10} Pesquisar os seus determinantes pode contribuir para a formulação de políticas de segurança viária efetivas, eficazes, eficientes e, finalmente, exitosas. O objetivo deste estudo foi identificar os determinantes e os fatores de risco associados ao envolvimento de idosos em acidentes de transportes.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo exploratório, de abordagem descritiva, realizada por meio de uma revisão de literatura nas bases de dados de publicações científicas da área da saúde nos idiomas português, inglês e espanhol.¹¹

Entre janeiro e novembro de 2015, procedeu-se à busca nas bases de dados Medline (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF) de publicações realizadas entre 2006 e 2015, com a seguinte estratégia de busca:

((“Acidentes de Trânsito” OR “Accidentes de Trânsito” OR “Accidents, Traffic” OR “Traffic Accidents” OR “Traffic Accident” OR atropelamento OR “running over” OR “run over” OR “External Causes” OR “Causas Externas”)) AND (mh:m01.060.116.100* OR idoso OR ancian* OR “old people” OR “tercera edad” OR “terceira idade” OR elderly OR aged OR “aged, 80 and over”) AND (instance: “regional”)).

Pela análise dos títulos e leitura dos resumos, foram excluídas as publicações que não apresentavam resultados com informações epidemiológicas relacionadas a acidentes de trânsito com idosos e as teses, monografias e publicações não convencionais. No conjunto de textos selecionados, foram lidos os resumos e os textos completos e analisados aqueles que tratavam de determinantes ou fatores de risco.

RESULTADOS

Pode-se observar que as publicações sobre fatores e determinantes ainda são escassas, das 704 publicações recuperadas, foram encontradas 186 na Medline, 98 na SCIELO, 333 na Lilacs, 59 na IBECS e 28 na BDENF. Houve 34 duplicadas, sendo recuperadas 670 publicações. E após análise inicial, chegou-se a 31 textos, em que 20 apresentaram fatores de risco para acidentes de transportes com idosos.

A Tabela 1 apresenta ano, país, título, autores e periódico das publicações.

Determinantes e/ou fatores de risco

A análise dos textos indicou os seguintes fatores ou determinantes, que foram agrupados em: a) intrínsecos (Tabela 2); b) sociais (Tabela 3); ou c) extrínsecos de risco ou ambientais (Tabela 4).

Tabela 1 - Com início de ação e meia-vida dos opioides

Nº	Ano País	Título	Autor(es)	Periódico
1.	2009 Egito	<i>Road traffic accidents and the elderly</i>	Abou-Raya S, ElMeguid LA	Geriatr Gerontol Int
2.	2010 Espanha	<i>Conducción en la tercera edad</i>	Bertran MT <i>et al.</i>	SEMERGEN
3.	2009 Cuba	<i>Mortalidad por trauma craneoencefálico en el adulto mayor</i>	Betancourt GM <i>et al.</i>	Rev Arch Médico de Camagüey
4.	2012 Alemanha	<i>Injury patterns of seniors in traffic accidents: a technical and medical analysis</i>	Brand S <i>et al.</i>	World J Orthop
5.	2013 Brasil	Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um hospital universitário de Curitiba	Broska Junior CA, Folchini AB, Ruediger RR	Rev Col Bras Cir
6.	2010 Espanha	<i>Conducción y envejecimiento</i>	Cantón-Cortés D <i>et al.</i>	Rev Esp Geriatr Gerontol
7.	2014 Brasil	Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma	Degani GC <i>et al.</i>	Rev Bras Enferm
8.	2015 Irã	<i>Impact of road traffic accidents on the elderly</i>	Etehad H <i>et al.</i>	Arch Gerontol Geriatr
9.	2013 Brasil	Mortalidade por causas externas em idosos no Paraná, Brasil de 2001-2010	Freire GA <i>et al.</i>	UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde
10.	2015 Brasil	Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito	Freitas MG <i>et al.</i>	Ciênc Saúde Coletiva [online].
11.	2006 Austrália	<i>Increased neurofibrillary tangles in the brains of older pedestrians killed in traffic accidents</i>	Gorrie CA <i>et al.</i>	Dement Geriatr Cogn Disord
12.	2014 Brasil	Caracterização de idosos vítimas de acidentes por causas externas	Grden CRB <i>et al.</i>	Cogitare Enferm.
13.	2015 Coreia	<i>Incidence and related factors of traffic accidents among the older population in a rapidly aging society</i>	Hong, K., Lee, K. M., Jang, S. N	Arch Gerontol Geriatr
14.	2008 Brasil	Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idosos	Katz M <i>et al.</i>	Acta Ortop Bras.
15.	2006 Brasil	Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região Sul do Brasil	Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG	Rev Latino-Am. Enfermagem
16.	2010 Brasil	Análise comparativa das características do trauma entre pacientes idosos e não idosos	Parreira JG <i>et al.</i>	Rev Assoc Med Bras
17.	2008 Brasil	Morbidade por causas externas em idosos e sua relação com lesões maxilofaciais	Pinto AKA <i>et al.</i>	Pesq Bras Odontopediatria Clín Integr
18.	2015 Brasil	Trauma no idoso por acidente de trânsito: revisão integrativa	Santos, A. M. R., Rodrigues, R. A. P., Diniz, M. A.	Rev Esc Enferm USP
19.	2014 Brasil	Mortalidade de idosos em município do Sudeste brasileiro de 2006 a 2011	Telarolli Junior R., Loffredo LCM.	Ciênc Saúde Coletiva
20.	2011 Brasil	Riscos do subdiagnóstico da demência em condutores de veículos	Cunha UGV, Thomaz DP	Rev Méd Minas Gerais

DISCUSSÃO

As publicações levantadas evidenciam a reverberação dos seguintes aspectos: a prevalência de quedas sobre atropelamentos, o debate alicerçado nas questões relativas ao envelhecimento e ao reconhecimento da temática trânsito como problema de saúde pública e à necessidade do trabalho transdisciplinar.¹²⁻¹⁵

Freire⁵ demonstrou que o coeficiente de mortalidade por causas externas aumenta, para ambos os sexos, na medida em que aumenta a idade do idoso. Estudo sobre mortalidade intra-hospitalar do idoso pedestre em Teerã trouxe resultado similar.¹⁶ Além disso, lesões que poderiam ser facilmente toleradas por pacientes jovens podem resultar em elevado índice de mortalidade no idoso.³ Doenças subjacentes, como a osteoporose, tornam essa faixa etária propensa a fraturas, mesmo em traumas de baixa intensidade.¹⁶

Tabela 2 - Fatores intrínsecos de risco para acidentes de trânsito

Fatores Intrínsecos de Risco	Autores
Idade/o envelhecimento em si (fragilidade)	(2, 3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20)
Autopercepção inadequada: não percebe as limitações da idade.	(12)
Redução na percepção do meio ambiente	(14)
Pressão arterial sistêmica	(3, 20)
Sexo masculino	(5)
Diabetes mellitus	(3, 21)
Sintomas depressivos (para os homens)	(17)
Fragilidade ou problema de saúde preexistente (50% risco de morte no grupo de idosos mais velhos)	(14, 15)
Uso de polifarmácia para o tratamento de comorbidades e a adaptação aos efeitos dos fármacos	(14, 15, 21)
Osteoporose	(13)
Artrite (em mulheres)/osteoartrite	(17)
Uso de anti-hipertensivos, diuréticos, vasodilatadores e sedativos	(18, 20, 22)
Apneia do sono	(18)
Alzheimer (AD), comprometimento neurológicos e demência	(23, 24)

Tabela 3 - Fatores sociais de risco para acidentes de trânsito

Fatores Sociais de Risco	Autores
Baixa renda	(12)
Baixa escolaridade	(5, 12)
Inserção no mercado de trabalho	(4, 12)
Estilo de vida: atividades fora do domicílio: independência, autonomia e vida ativa (lazer, práticas religiosas, visitas a amigos)	(17, 25, 26)
Uso do telefone celular	(18)
Condição de pedestre	(18)
Não utilização do cinto de segurança	(16)

Tabela 4 - Fatores extrínsecos de risco ou ambientais para acidentes de trânsito

Fatores Extrínsecos de Risco ou Ambientais	Autores
Alta prevalência de AT envolvendo motocicleta	(12)
Planejamento urbano inadequado	(12, 14)
Falta de acessibilidade nos espaços domésticos e públicos, em especial, nas vias públicas	(21, 27)
Falta de calçamentos	(27)
Horário de maior fluxo de veículos na via (horário de pico de trabalho)	(16)
Existência de nº elevado de interseções (cruzamentos)	(18, 19)
Não utilização do cinto de segurança	(16)

Entre os fatores fisiológicos, os mais proeminentes são a redução da capacidade funcional, a polipatologia e a polifarmácia.^{14,15,17}

A questão da mortalidade por AT também se relaciona à condição do indivíduo no trânsito (pedestre, condutor, passageiro ou ciclista).¹⁸

Com a idade vem o declínio das capacidades cognitivas, sensoriais e motoras, fundamentais para se evitar acidentes de trânsito.^{2,18} Os idosos têm capacidade reduzida para dividir a atenção, sendo a utilização simultânea do telefone celular um fator que pode aumentar mais ainda o risco de AT naqueles usuários da via. No trânsito, a audição é faculdade essencial para coleta de informações que lhes vêm por detrás e, em pessoas com 65 anos ou acima, 30% da audição são perdidos.¹⁹⁻²³

Com a doença de Alzheimer a autocritica se reduz e as pessoas não reconhecem as próprias limitações.²⁴

Apresentar alguma doença prévia é um “fator preditivo da mortalidade em vítimas de trauma”, em razão das complicações resultantes de lesões e traumas.²¹ Por exemplo, junto com a artrite vem o uso de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides e a dor, que afeta a concentração e equilíbrio físico, prejudicando a condução¹⁹ ou a locomoção. O mesmo ocorre com a depressão ou eventos estressantes.¹⁷

Efeitos colaterais dos medicamentos (psicotrópicos-antidepressivos, sedativos, neurolépticos, beta-bloqueadores, anticoagulantes...) podem ser tão ou mais prejudiciais para a segurança no trânsito que as doenças que eles combatem.^{13,19,20}

Bertran encontrou relação significativa entre AT e diabetes e supõe que isso se deve ao efeito do consumo de antidiabéticos.²²

Em comparação às mulheres idosas, os homens idosos levam uma vida mais ativa, têm mais contato com o mundo exterior. Para os homens idosos, o risco de acidentes, especialmente de trânsito, é maior e gera mais letalidade.^{25,26}

Estudo no Egito revelou que a maioria das vítimas de trânsito eram pedestres e que a maioria dos acidentes com pedestres idosos foi devida a quedas, por ocasião de uma travessia de uma via e/ou de uma falha ao estimar a proximidade de um veículo ou não perceber a aproximação de um veículo.¹⁸

Falhas na infraestrutura física de vias públicas também são determinantes para os acidentes: a falta de calçamentos, irregularidades, buracos. Além disso, muitos idosos são vítimas de atropelamentos em avenidas largas cujo tempo do semáforo é insuficiente

te para a velocidade de caminhar do idoso ou mesmo utilizando a faixa de pedestres.²⁷

Estudos realizados no Brasil revelaram a alta prevalência de AT envolvendo motocicleta e pedestres idosos.^{12,25}

Os autores relatam diversas limitações nos seus estudos, principalmente: subnotificação, sobretudo dos casos de lesões mais leves ou de pessoas que possuem planos privados de saúde ou da identificação do papel do idoso no trânsito (condutor, pedestres, passageiro).

É consenso que o foco em relação ao idoso é a melhoria de sua qualidade de vida, que consiste em “adicionar vida aos anos” e a manutenção de sua independência e autonomia.^{18,25}

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo possibilitam identificar a escassez de produções científicas sobre a morbimortalidade de idosos por acidente de trânsito nessa faixa etária, o que limita o conhecimento sobre a complexidade do que é ser idoso e, ao mesmo tempo, usuário das vias.

Os autores fazem projeções de aumento no número de idosos na população e no número de vítimas de trânsito idosas – especialmente nos atropelamentos –, em razão do aumento de sua exposição às situações de trânsito.

As investigações sugerem que significativa parcela de quedas pode estar relacionada às situações de trânsito, apesar de não serem registradas como tal.

Oportuno e pertinente é o estudo do impacto do envolvimento de condutores de motocicletas em acidentes de trânsito na vitimização de pedestres idosos, associado ao aumento expressivo da frota de motocicletas nos últimos anos.

Foram identificados fatores: a) intrínsecos; b) sociais; c) extrínsecos de risco ou ambientais. Na abordagem dos fatores que diretamente ou indiretamente estão associadas ao desfecho do acidente, os fatores de risco mais evidenciados pelos autores residem nos aspectos fisiológicos e indicam principalmente as perdas funcionais, as doenças preexistentes e o uso de medicamentos.

É consenso que se deve dar mais atenção a essa temática, por meio de estudos e da formulação de políticas públicas baseadas em ações de promoção de saúde, prevenção e proteção, para a construção de

uma cidade saudável e que seja um ambiente físico e social mais amigável para os idosos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework: a contribution of the World Health Organization to the second United Nations World assembly on aging. Geneva: WHO; 2002.
2. Brand S, Otte D, Mueller CW, Petri M, Hass P, Stuebig T, et al. Injury patterns of seniors in traffic accidents: a technical and medical analysis. *World J Orthop*. 2012; 18; 3(9):151-5.
3. Grden CRB, Sousa JAV, Lenardt MH, Pesck RM, Seima MD, Borges PKO. Caracterização de idosos vítimas de acidentes por causas externas. *Cogitare Enferm*. 2014;19(3):20-4.
4. Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006; 14(1):17-24.
5. Freire GA, Nardi UFR, Santos LMR, Sawada NO. Mortalidade por causas externas em idosos no Paraná, Brasil de 2001-2010. *UNO-PAR Cient Ciênc Biol Saude*. 2013; 15(2):15-20.
6. Barros M, Oliveira D, Carvalho M, Fernandes M, Costa K, Santos K. Características dos agravos e da assistência prestada aos idosos em um serviço pré-hospitalar móvel. *Rev Enferm*. 2013; 21(esp.1):569-74.
7. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.
8. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet*. 2011; 6736(11):75-89.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Segurança de pedestres: manual de segurança viária para gestores e profissionais da área. Brasília: OPAS; 2013.
10. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2013: acidentes de trânsito e motocicletas. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO; 2013.
11. Paiva ACB. Morbimortalidade de idosos por acidentes de trânsito: contribuições para a formulação de políticas públicas de promoção da saúde [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG; 2015.
12. Freitas MG, Bonolo PF, Moraes EN, Machado CJ. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3):701-12.
13. Broska Junior CA, Folchini AB, Ruediger RR. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um Hospital Universitário de Curitiba. *Rev Col Bras Cir*. 2013; 40(4):281-6.
14. Santos AMR, Rodrigues RAP, Diniz MA. Trauma no idoso por acidente de trânsito: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(1):162-72.
15. Parreira JG, Soldá SC, Perlingeiro JAG, Padovese CC, Karakhanian WZ, Asséf JC. Análise comparativa das características do trauma entre pacientes idosos e não idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(5):541-6.
16. Etehad H, Yousefzadeh-Chabok SH, Davoudi-Kiakalaye A, Moghadam DA, Hemati H, Mohtasham-Amiri Z. Impact of road traffic accidents on the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015; 61(3):489-93.

17. Hong K, Lee KM, Jang SN. Incidence and related factors of traffic accidents among the older population in a rapidly aging society. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015; 60(3):471-7.
18. Abou-Raya S, El Meguid LA. Road traffic accidents and the elderly. 2009; 9(3):290-7.
19. Cantón-Cortés D, Segura MD, Ramírez CC. Conducción y envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45(1):30-7.
20. Betancourt GM, Basulto SV, Atencio JV. Mortalidad por trauma craneoencefálico en el adulto mayor. *AMC.* 2009; 13(1):20-9.
21. Degani GC, Pereira Júnior GA, Rodrigues RAP, Luchesi BM, Marques S. Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(5):759-65.
22. Bertran MT, Mañosa FC, Jovani CR, Poblet LB, Carrerac S. Conducción en la tercera edad. *Semergen.* 2010; 36(10):10-19.
23. Gorrie CA, Rodriguez M, Sachdev P, Duflou J, Waite PM. Increased neurofibrillary tangles in the brains of older pedestrians killed in traffic accidents. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2006; 22(1):20-6.
24. Cunha UGV, Thomaz DP. Riscos do subdiagnóstico da demência em condutores de veículos. *Rev Med Minas Gerais.* 2011; 21(2):80-7.
25. Pinto TCA, Sonia Maciel ML, Xavier AFC, Pinto AKA, Cavalcanti AL. Morbidade por causas externas em idosos e sua relação com lesões maxilofaciais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2008; 8(2):159-64.
26. Katz M, Okuma MAA, Dos Santos ALG, Guglielmetti CLB, Sakaki MH, Zumioti AV. Epidemiologia das lesões traumáticas de alta energia em idoso. *Acta Ortop Bras.* 2008; 16(5):279-83.
27. Telarolli Junior R, Loffredo LCM. Mortalidade de idosos em município do sudeste brasileiro de 2006 a 2011. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(3):975-84.

Diálogo intrafamiliar como meio de promoção de saúde na adolescência

Intra-family dialogue as a means of promoting adolescent health

Ana Paula Dias Guimarães¹, Breno Gontijo de Camargos², Douglas Alves², Harley Francisco de Assis², Karine Ferreira dos Santos³, Márcia Maria Silva Brandão¹, Sandra Regina Ferreira¹, Sueli Aparecida Rodrigues da Silva², Elza Machado de Melo⁴

RESUMO

Introdução: a gravidez na adolescência pode afetar o desenvolvimento biopsicossocial, bem como reduzir as oportunidades de continuidade da educação e de acesso ao mundo do trabalho. Nesse sentido, cabe ressaltar o papel da família, por meio de diálogos, sobre a promoção de saúde dos adolescentes. **Objetivos:** identificar a existência de diálogo sobre a sexualidade entre adolescentes, estudantes de escolas públicas e privadas de Belo Horizonte e seus pais. **Métodos:** realizou-se análise de correspondência a partir dos dados da pesquisa “Investigação dos Riscos de Saúde para Adolescentes e seus Determinantes”. **Resultados:** constatou-se forte associação entre a ausência de diálogo com os pais sobre temas referentes à sexualidade e a afirmativa, pelos adolescentes, de já terem iniciado a vida sexual. Observou-se, ainda, associação positiva e maior entre conversar com os pais sobre sexo e sobre como evitar a gravidez e o uso de métodos contraceptivos. **Conclusão:** As discussões e conclusões sinalizaram para a necessidade de espaços dialógicos e reflexivos com a finalidade de possibilitar a promoção da saúde das adolescentes, sobretudo no sentido de contribuir com informações corretas e adequadas sobre a sexualidade.

Palavras-chave: Gravidez na Adolescência; Relacionamento Familiar; Promoção de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The teenage pregnancy may affect the biopsychosocial development and reduce opportunities for continuing education and working. In this sense, it is worth emphasizing the family's roles, through dialogues, on the promotion of the adolescent health. **Objectives:** To identify the existence of dialogue about sexuality among teenagers, students of public and private schools in Belo Horizonte, and their parents. **Methods:** Correspondence analysis was carried out, based on data from the study “Research on Health Risks for Adolescents and their Determinants”. **Results:** It was found a strong association between the absence of dialogue with parents on issues related to sexuality and the affirmation by adolescents of having already started their sexual lives. There was also positive and greater association between talking with parents about sex and about how to avoid pregnancy and the use of contraceptive methods. **Conclusion:** The discussions and conclusions pointed to the need for dialogical and reflexive spaces in order to facilitate the promotion of the health of adolescents, particularly in order to contribute with correct and appropriate information about sexuality.

Key words: Pregnancy in Adolescence; Family Relations; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A gravidez na vida de grande parte das mulheres é referida como sensação de conquista, um sonho, um acontecimento milagroso, contudo, ocorrida na adolescência

¹ Prefeitura de Belo Horizonte-PBH; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, FM, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente; Hospital das Clínicas – HC, Núcleo de Saúde do Adolescente. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Ana Paula Dias Guimarães
E-mail: guimaraes.apd@gmail.com

cia é vista como um fator que altera o ciclo natural do desenvolvimento humano. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º).¹ Uma gravidez inoportuna pode afetar o desenvolvimento biopsicossocial, bem como reduzir as oportunidades de educação e de trabalho, o que pode favorecer a perpetuação do ciclo de pobreza, desigualdade e exclusão. O comprometimento do futuro se estende também aos filhos de mães adolescentes, uma vez que esses apresentam mais vulnerabilidade social: estatisticamente correm mais risco de abandono, de violência doméstica e de baixo acesso à saúde e à educação.^{2,3} Como agravante, a reincidência de gestação é frequente e torna ainda mais difícil a reintegração da mãe adolescente à escola e ao mercado de trabalho.

A gravidez na adolescência pode implicar também riscos para a saúde tanto da mãe quanto do recém-nascido, principalmente se ocorrer antes dos 15 anos. Em comparação às mulheres que são mães entre os 20 e 24 anos, as adolescentes apresentam mais riscos de eclâmpsia, infecção puerperal, infecções generalizadas e seus bebês têm mais riscos de prematuridade e de baixo peso ao nascer.⁴ Outro fator diretamente relacionado aos índices de mortalidade materna entre adolescentes e jovens é o abortamento inseguro.⁵

Segundo dados do DATASUS, do total de nascimentos no Brasil no ano de 2011, 18,9% eram de mães adolescentes e 0,9% do total foi de mães entre 10 e 14 anos. No Norte e Nordeste do país a taxa de partos em menores de 14 anos chega a 1,6 e 1,3%, respectivamente.⁴ De acordo com inquérito nacional – Nascer no Brasil, que acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde públicos e privados nos anos de 2011 e 2012, as adolescentes que tiveram filhos eram predominantemente pobres, com nível de escolaridade inferior ao esperado para a sua idade, negras ou pardas (71%), já viviam com o companheiro (69%) e já tinham parto prévio (18,6%).⁶

Intervenções educacionais que promovam o desenvolvimento de habilidades e divulguem os métodos de contracepção, na prevenção da gravidez não planejada na adolescência, são ações importantes.^{7,8} Cabe ressaltar o papel que a família exerce sobre a saúde reprodutiva dos adolescentes. Propõe-se o entendimento de diálogo como o fruto da ação comunicativa, a verdade intersubjetiva que surge do diálogo entre os sujeitos. Compreende-se que o ser humano

se constitui do processo relacional, necessitando, assim, de diálogo, participação e comunicação.⁹

Este estudo teve por objetivo identificar a existência de diálogo sobre a sexualidade entre adolescentes estudantes de escolas públicas e privadas de Belo Horizonte e seus pais. E também analisar a correlação entre o diálogo e a incidência ou não de gravidez na adolescência.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal de base escolar. As informações analisadas são provenientes do banco de dados da pesquisa “Investigação dos Riscos de Saúde para Adolescentes e seus Determinantes”. Esta pesquisa, realizada entre os anos de 2013 e 2014, buscou identificar fatores de risco de saúde que podem atingir os adolescentes, estudantes de escolas públicas e privadas na cidade de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais – Brasil.

Participaram da referida pesquisa, por meio de questionário semiestruturado e autoaplicado, adolescentes de 10 a 19 anos. O questionário elaborado por pesquisadores do Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência foi composto de perguntas referentes a assuntos sobre aspectos gerais da adolescência, tais como: religião, escola, família, trabalho, trânsito, sexualidade, violência, drogas e vida social, além dos dados de identificação sociodemográficos.

Calculou-se para a amostragem margem de erro de 5%. Foi realizado recrutamento nos diferentes turnos de 33 escolas públicas e privadas, sorteadas em nove regionais de Belo Horizonte. O número de adolescentes entrevistados por escola foi proporcional ao tamanho das unidades escolares. A coleta de dados ocorreu durante o horário escolar. A aplicação dos questionários foi precedida de visita às escolas para contato prévio com os seus responsáveis e com os adolescentes. Nessa oportunidade, foram entregues as autorizações para a participação no estudo, que foram levadas para casa e assinadas pelos responsáveis. Adolescentes maiores de 16 anos assinaram, eles próprios, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no momento de realização da pesquisa. Foram garantidos o anonimato e sigilo das respostas.

Os dados coletados foram analisados pelo *software* SPSS, versão 19.0, sob a orientação do estatístico da equipe de pesquisa. A avaliação da correlação entre diálogo com os pais sobre temas referentes à sexu-

alidade, atividade sexual e ocorrência de gravidez na adolescência foi feita por análise multivariada, especificamente a análise de correspondência.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta de 1.215 adolescentes com faixa etária entre 10 e 19 anos, sendo 545 (45%) do sexo masculino e 665 (55%) do sexo feminino, sendo predominantemente pardos ou mestiços (44,9%) e de escolas públicas (68,7%). As frequências das variáveis sociodemográficas estudadas constam na Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos adolescentes estudantes em Belo Horizonte (2014)

Variáveis	N	Percentual
Idade (anos)		
De 10 a 14 anos	527	43,4
De 15 a 19 anos	662	54,5
Não responderam	26	2,1
Raça		
Branco	411	33,8
Negro	152	12,5
Mestiço/ Pardo	546	44,9
Outras	63	5,2
Tipo de escola		
Pública	835	68,7
Particular	380	31,3

Fonte: questionários com adolescentes.

A média salarial familiar dos adolescentes que responderam ao questionário foi acima de três salários mínimos, sendo necessário destacar que 389 (32%) não sabiam informar a renda familiar. Em relação à escolaridade dos pais, verificou-se que a média de anos de estudo está acima de oito anos para 60% das mães e 50% dos pais. Aproximadamente 2% dos pais e mães são analfabetos ou analfabetos funcionais. O total de 182 adolescentes (15%) respondeu que não sabia informar a escolaridade dos pais.

Na população estudada, a idade de iniciação sexual variou de acordo com o sexo do adolescente, estando entre 13 e 15 anos para os adolescentes do sexo masculino, com mediana de 14 anos, e entre 14 e 16 anos para as do sexo feminino, com mediana de 15 anos. As distribuições encontradas na amostra foram homogêneas entre os sexos. Isto é, tiveram desvio-padrão similar (Figura 1).

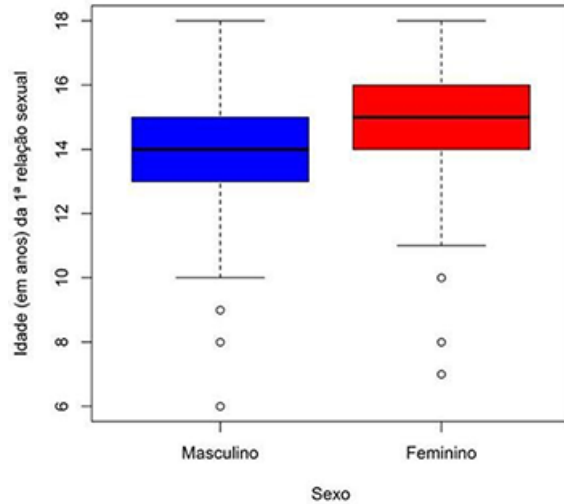


Figura 1 - Idade da primeira relação sexual segundo o sexo do adolescente.

O mapa de correspondência entre os adolescentes que conversam com os pais sobre alguns temas e outras questões sobre sexualidade e as Tabelas 3 e 4 que orientam a sua interpretação são mostrados na Figura 2. A Tabela 3, referente à interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (conversa com os pais sobre: sexo, evitar a gravidez, não conversa), revela melhor representação dos níveis “sexo” e “evitar a gravidez” na dimensão 2, enquanto o nível “não conversa” deve ser representado na dimensão 1. A Tabela 3, referente à interpretação dos perfis coluna (sexualidade: fez sexo, usa métodos para evitar gravidez, engravidou), revela melhor representação de todos os níveis na dimensão 2, exceto o nível “já engravidou”, que contribui mais quando interpretado na dimensão 1. Levando em conta as orientações das Tabelas 3 e 4, verifica-se no mapa de correspondência forte associação entre a ausência de diálogo com os pais sobre temas referentes à sexualidade e a afirmativa, pelos adolescentes, de já terem iniciado a vida sexual. Verificou-se, ainda, mais associação positiva entre conversar com os pais sobre sexo e sobre como evitar a gravidez e o uso referido de métodos contraceptivos.

Tabela 2 - Perfis linhas

Conversa com os pais sobre	Dimensão 1	Dimensão 2
Sexo	0,0002	0,9998
Evitar gravidez	0,4449	0,5551
Não conversa	0,9497	0,0503

Tabela 3 - Perfis colunas

Sexualidade	Dimensão 1	Dimensão 2
Fez sexo	0,9807	0,1093
Usa métodos para evitar a gravidez	0,9892	0,0108
Já engravidou	0,1724	0,8276

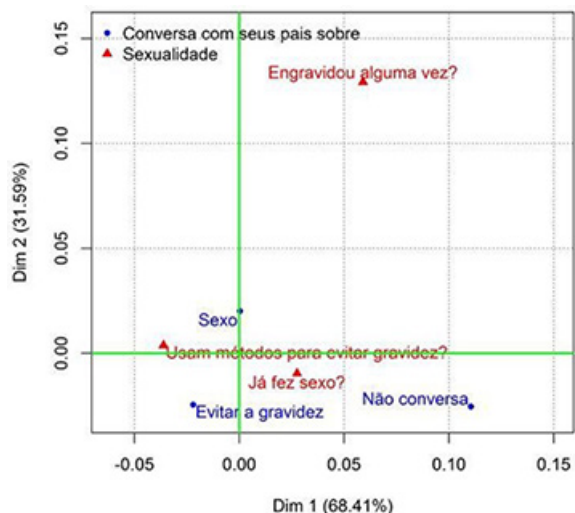


Figura 2 - Mapa de correspondência entre os adolescentes que conversam com os pais sobre alguns temas e outras questões sobre sexualidade e tabelas que orientam a interpretação dos mapas.

DISCUSSÃO / CONCLUSÕES

Constata-se, por meio da pesquisa, a possibilidade de a incidência de gravidez estar relacionada à ausência de diálogos entre pais e filhos e, conseqüentemente, há prejuízos para a promoção de saúde dos adolescentes. Mas, por outro lado, percebe-se que há indícios relevantes, de acordo com as respostas dadas aos questionários, de que os adolescentes que “já fizeram sexo” e “usam métodos para evitar gravidez” conversam com os pais sobre essas temáticas. Contudo, diálogos sobre a sexualidade no meio familiar ainda são considerados tabus ou limitados ao silêncio e até mesmo à repressão, sobretudo em relação às adolescentes.⁵ Entretanto, os diálogos podem ser conduzidos como meio de promoção de saúde, com abordagens esclarecedoras e reais quanto à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e a busca por apoio profissional, quando necessário.^{5,9-11}

De acordo com os dados apresentados, adolescentes masculinos iniciam a vida sexual e reprodutiva a partir dos 13 anos, um ano mais cedo que as adolescentes femininas. Assim, em ambos os casos, essa ini-

ciação da atividade sexual ocorre precocemente, nos primeiros anos da adolescência. Estudos no Brasil e no mundo mostram que a vida sexual dos adolescentes tem início cada vez mais precoce.⁶⁻⁸ Essa precocidade associada ao desconhecimento/desinformação e à ausência de diálogo com os pais pode levar à ocorrência de sexo desprotegido e, como consequência, à gravidez na adolescência, ao aborto inseguro e às infecções sexualmente transmissíveis (IST).^{5,6,8,12}

A análise de correspondência sinalizou a importância da conversa dos pais com os seus filhos adolescentes no que diz respeito a esclarecimentos adequados e seguros para o início da vida sexual e reprodutiva, bem como a prevenção da gravidez na adolescência indesejada e não planejada. A ausência de diálogo entre os pais e seus filhos adolescentes sobre sexo e métodos contraceptivos pode gerar o aumento de incidência e reincidência da gestação na adolescência.^{5,6,8}

Destarte, a família pode reforçar que a sexualidade deve ser omitida, mantida em silêncio e reprimida ou possibilitar aos adolescentes, por meio do diálogo, vivenciar a sua sexualidade com responsabilidade.^{5,12} Estimular os pais e os adolescentes a lidarem com a sexualidade como parte integrante da vida, respeitando as crenças e valores pessoais, é também o papel dos profissionais das políticas setoriais (saúde, educação, assistência social, entre outras).⁵ As atividades desenvolvidas por esses profissionais devem envolver a família, e as orientações dadas não podem ser permeadas de códigos e conceitos preconcebidos.¹¹

Diante do exposto, essa pesquisa verificou a necessidade de criação de espaços dialógicos e reflexivos com a finalidade de promoverem a saúde dos adolescentes, principalmente no sentido de contribuir com informações corretas e adequadas sobre a sexualidade e os métodos contraceptivos. A criação do Grupo de Adolescentes e Jovens, vinculado ao Núcleo de Saúde do Adolescente no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, foi norteada pela mesma premissa. O grupo promove encontros semanais, nos quais o público-alvo, os adolescentes, compartilham seus conflitos, experiências e expectativas, constituindo-se em um espaço propício para formação e acolhimento dos adolescentes. Contudo, ressalta-se a necessidade de criação de mais espaços nesse sentido e de mais vinculação de políticas públicas que busquem orientar e tornar disponível aos adolescentes não só o acesso a métodos contraceptivos, como também mais cuidado com a própria saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. [citado em 2016 nov. 06]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
2. Sonfield A, Hasstedt K, Kavanaugh ML, Anderson R. The social and economic benefits of women's ability to determine whether and when to have children. New York: Guttmacher Institute; 2015.
3. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, *et al.* Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014; 121: 40-8.
4. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [citado em 2016 nov.05]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF: MS; 2010.
6. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(1): S5-S5.
7. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri EJ. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 [citado em 2016 nov.05]; 9(4):20-9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005215.pub3/pdf/abstract>
8. Nery IS, Gomes KRO, Barros IC, Gomes IS, Fernandes ACN, Viana LMM. Fatores associados à reincidência de gravidez após gestação na adolescência no Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015 [citado em 2016 out.16]; 24(4): 671-80. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00671.pdf>
9. Habermas J. The theory of communicative action: reason and the rationalization of society. Boston: Beacon Press; 1984.
10. Michelle J, Hindin MHS, Kalamar AM, Terri-Ann T, Upadhyay UD. Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low- and middle-income countries: a system. In: Sonfield A. The social and economic benefits of women's ability to determine whether and when to have children: New York: Guttmacher Institute; 2013.
11. Ressel LB, Junges CF, Sehnem GD, Sanfelice C. A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011; 15(2): 245-50.
12. Araújo SVA, Pinto BM, Andrade FDL, Santos BCC. O papel dos pais na educação sexual de adolescentes: uma revisão integrativa. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2015 [citado em 2016 jan. 13]; 13(2): 117-28. Disponível em: http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2176/pdf_361

Dificuldades dos profissionais da rede de atenção à mulher de 10 municípios brasileiros para o desenvolvimento de ações de enfrentamento da violência contra a mulher

Difficulties of professionals of the women's care network for the development of actions to combat violence against women in 10 Brazilian municipalities

Elizângela Gonçalves de Souza¹, Danielle Schreiber Batista de Alcino¹, Fabrícia Soares Freire Pugedo¹, Flávia Furtado Calixto¹, Marcelo Ribeiro da Silva¹, Merce Mara Ferreira Campos¹, Nathalia de Sá Turci¹, Raphaella Borges Mendes Soares Nunes¹, Elza Machado de Melo²

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de natureza quali-quantitativa, que abordou as dificuldades do desenvolvimento das ações de prevenção da violência contra a mulher por profissionais de 10 municípios brasileiros. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando questionários autoaplicáveis, respondidos por todos os profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência e que participaram das oficinas do Projeto Para Elas, em cada um dos municípios. Foram apresentados fatores que podem nortear o trabalho de prevenção e de diagnóstico. Concluiu-se que a dificuldade em implantar ações preventivas para combate à violência contra a mulher se deve a uma série de fatores alocados em quatro categorias: a rede, profissionais, problemas relacionados à violência e à organização social.

Palavras-chave: Violência contra Mulher; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Prevenção; Violência de Gênero.

ABSTRACT

This is a cross-sectional, descriptive, qualitative-quantitative study that addressed the difficulties of developing actions by professionals to prevent violence against women from 10 Brazilian municipalities. The data were obtained through semi-structured interviews, using self-administered questionnaires, answered by all the professionals involved in the attention to women in situations of violence and who participated in the Workshops of Projeto Para Elas, in each of the municipalities. Factors that could guide prevention and diagnosis were presented. It is concluded that the difficulty in implementing preventive actions to combat violence against women is due to a series of factors, allocated in four categories: the Network, professionals, violence related problems and social organization.

Key words: Violence Against Women; Women Comprehensive Health Care; Prevention; Violence based gender.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é considerada problema de saúde pública e violação dos direitos humanos que requer intervenção dos profissionais que atuam na rede de serviços, visando minimizar os riscos na saúde das mulheres, seus filhos, famílias e comunidades.¹ O impacto da violência na saúde da mulher pode se manifestar nas dimensões física,

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Elizângela Gonçalves de Souza
E-mail: elizasouzacb@gmail.com

psicológica e social, causando danos físicos, problemas psicossomáticos, estresse, depressão, ansiedade, alterações sexuais e reprodutivas, dependência química e farmacológica, disfunções e desequilíbrios que em casos extremos podem conduzir ao autoextermínio.¹

Avanços positivos foram alcançados a partir das discussões e documentos produzidos na IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher realizada em Pequim, 1995, e no Brasil em 1994 na Convenção Interamericana de Belém do Pará, que teve como objetivo prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Essa convenção definiu marcos para a prevenção da violência e para a promoção da saúde.² No Brasil, atualmente existem políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência contra as mulheres, cujas orientações se pautam na integralidade do cuidado. Apesar disso, as ações são ainda focadas no tratamento das consequências da violência, sobretudo os danos físicos e psicológicos, reforçando a perspectiva do modelo de saúde biológico e curativo, o que dificulta a abordagem da violência contra a mulher para além do âmbito da saúde.³ Contudo, muitas barreiras prejudicam a abordagem da mulher, seja pelo despreparo, falta de tempo, medo, pré-julgamentos relacionados aos estereótipos culturais ou pelo fato de os profissionais acreditarem que esse não é um problema de saúde.^{4,5} Fica então comprometida essa abordagem ampla e perde-se a perspectiva positiva de os profissionais da rede de atenção desenvolverem ações de prevenção de violência contra mulher.⁶

A partir dessa problemática, verifica-se a necessidade de melhorias não só na resposta aos efeitos da violência contra as mulheres, mas também na ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção da violência, por meio da articulação dos vários setores da sociedade, como a saúde, assistência social, direito, segurança pública, universidades, organizações não governamentais, enfim, a articulação e fortalecimento da rede. Este trabalho se propõe a conhecer a opinião dos profissionais da rede de atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros, sobre as dificuldades por eles enfrentadas para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher.

METODOLOGIA

Estudo transversal de natureza quali-quantitativa, vinculado ao Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por

Nós, realizado em 10 municípios brasileiros, sede de territórios de cidadania eleitos pelo Fórum Nacional Permanente de Enfrentamento à Violência contra as mulheres do campo e da floresta e pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2011, como prioritários para a implantação de políticas públicas. Os municípios são: Igarapé-Miri (Pará); Cruzeiro do Sul (Acre); Alagoinhas (Tocantins); Irecê (Bahia); Quixadá (Ceará); Santana do Mato (Rio Grande do Norte); Posse (Goiás); São Mateus (Espírito Santo); Registro (São Paulo) e São Lourenço do Sul (Rio Grande do Sul). A metodologia consistiu de entrevistas semiestruturadas utilizando questionários autoaplicáveis, respondidos por todos os profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência e que participaram das oficinas do Projeto Para Elas, em cada um dos municípios. Foram excluídos questionários em branco ou com taxa de resposta inferior a 70%; estudantes não vinculados à rede de atenção à mulher em situação de violência; questionários sem identificação e/ou sem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionário duplicado.

O período de coleta de dados estendeu-se de maio de 2013 a julho de 2014. As variáveis independentes foram: idade; sexo; cidade; estado civil; cor/raça; grau de instrução; formação acadêmica; instituição; função atual; tempo na função; horas semanais que trabalha na função; vínculo de trabalho; vínculos adicionais. A variável dependente foi a opinião dos participantes sobre algumas das dificuldades para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher. O material de natureza quantitativa foi armazenado em banco de dados e analisado utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Foi realizada análise descritiva com distribuição de frequência. Para a parte qualitativa, foi realizada categorização das variáveis e posterior estudo sobre sua distribuição de frequência. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, no dia 05 de junho de 2013, com emissão do parecer nº14187513.0.0000.5149. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi entregue juntamente com o questionário.

RESULTADOS

O total de 438 profissionais respondeu o questionário, sendo a maioria do sexo feminino (82,4%), com

discreto predomínio dos casados (54,1%). A faixa etária de maior frequência (60,5%) foi de indivíduos entre 20 e 40 anos, com mais participação da raça/cor parda (44,1%). A maioria ocupava função relacionada à assistência de nível superior (39%), estava na função há mais de três anos (36,8%), trabalhava 31 a 40 horas por semana (66,9%), durante dois turnos (72,8%), pertencia à esfera municipal (84,2%), era concursada (42%), não possuía outro vínculo de trabalho (70,8%) e era pertencente à atenção primária à saúde (APS) (35,6%) e gestão (31,7%). No que se refere à formação, a grande maioria (79,6%) possui ensino superior, sendo a maior parte enfermeiros(as) (37,2%), seguidos de assistentes sociais (9,4%), psicólogos(as) e médicos(as), que apresentaram o mesmo percentual de representação (3,9%) e graduandos(as) (3,7%).

A pergunta sobre o desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher foi respondida por 330 (75,3%). E 108 (24,7%) participantes deixaram a resposta em branco. Dos que responderam, 25 (5,7%) forneceram respostas incompatíveis com a pergunta, que foram invalidadas, de modo que o total de respostas válidas foi de 305 profissionais (69,6%). A Figura 1 mostra as dificuldades identificadas pelos profissionais para o desenvolvimento das ações de prevenção da violência contra a mulher. A maioria dos entrevistados (38,1%) considerou que as principais dificuldades são relacionadas à rede, seguida de 29,16% que consideraram as dificuldades relativas à violência propriamente dita, 25,6% que consideram estar relacionadas aos profissionais e 7,1% ao nível de organização social.

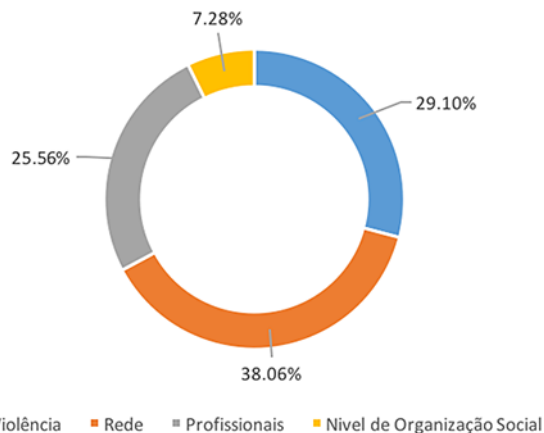


Figura 1 - Distribuição das dificuldades apontadas, segundo categorização das respostas em 4 grandes categorias, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

As dificuldades relativas à rede estão dispostas na Figura 2, onde se observa que aquelas relacionadas à falta de recursos (humanos, financeiros, infraestrutura, etc.) aparecem com mais frequência, seguida das dificuldades atinentes às deficiências na rede e falta de apoio/investimento do poder público. Entre as dificuldades referentes à violência em si, destacam-se o medo/ insegurança/ vergonha da mulher em revelar o problema, a falta de informação e a não realização da denúncia pela vítima, conforme mostrado na Figura 3. No que diz respeito às dificuldades relacionadas aos profissionais (Figura 4), predominou a opinião dos participantes que julgaram ser a falta de capacitação profissional a maior dificuldade para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência contra a mulher.

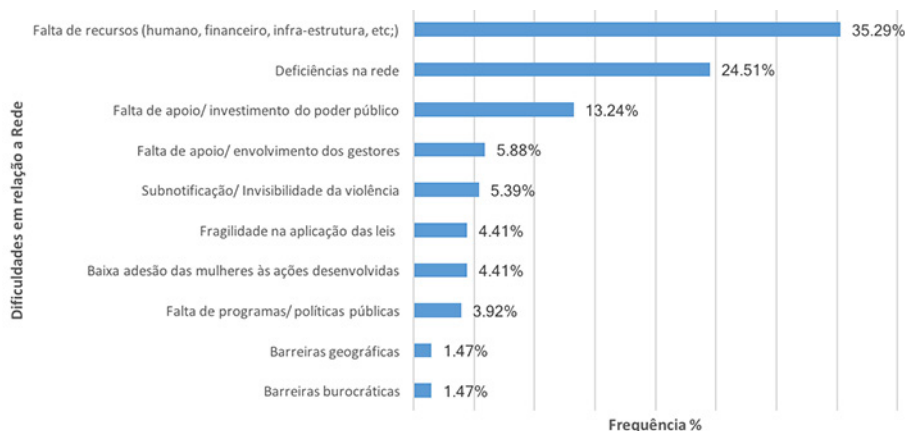


Figura 2 - Distribuição das dificuldades relacionadas à rede, 2016.

Fonte: dados da pesquisa.

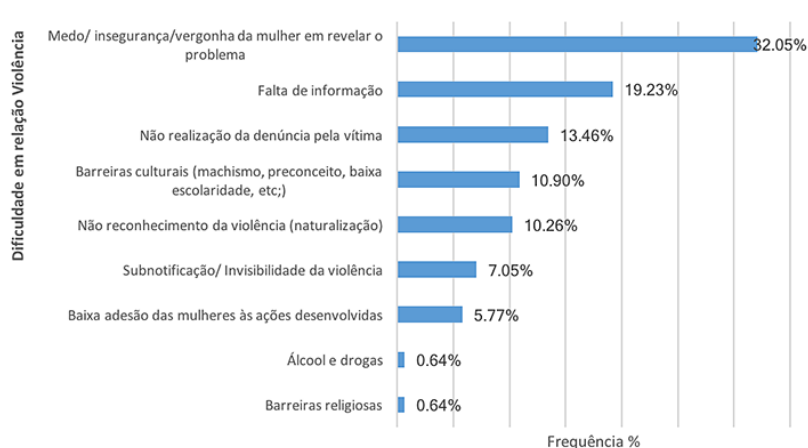


Figura 3 - Distribuição das dificuldades relacionadas à violência, 2016. Fonte: dados da pesquisa.

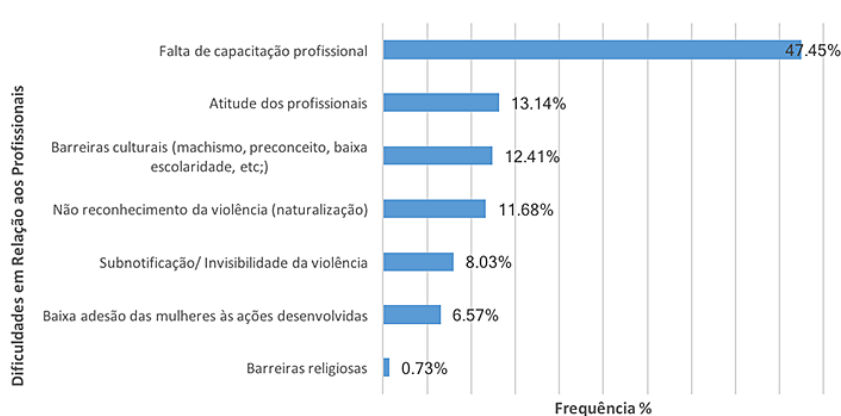


Figura 4 - Distribuição das dificuldades relacionadas aos profissionais, 2016. Fonte: dados da pesquisa.

Houve menção também a outras dificuldades, com percentual semelhante entre si, como a atitude dos profissionais, barreiras culturais, não reconhecimento da violência, subnotificação/ invisibilidade da violência, baixa adesão das mulheres às ações desenvolvidas e barreiras religiosas. Finalmente, a Figura 5 mostra as dificuldades relativas à organização social, com as barreiras culturais (machismo, preconceito, baixa escolaridade, etc.) apresentando a maior proporção de respostas, seguida, em ordem decrescente da falta de programas/ políticas públicas, falta de apoio/ envolvimento da população, falta de empoderamento/ baixa autoestima das mulheres, dificuldade em trabalhar com o público masculino e barreiras religiosas.

DISCUSSÃO

A categoria definida como rede liderou o *ranking* de respostas como a maior dificultadora no processo de planejamento das ações de prevenção à violência con-

tra a mulher. Ao se falar em rede de atenção à mulher em situação de violência, levam-se em consideração as definições vigentes a partir das políticas públicas adotadas no Brasil, ou seja, conjunto de ações e serviços, principalmente da assistência social, justiça, segurança pública e saúde, que se articulam objetivando a ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; a identificação e o encaminhamento adequado das mulheres; e a integralidade e humanização do cuidado.⁷

A Lei Maria da Penha orienta que a atenção à mulher em situação de violência seja prestada de forma articulada e conforme os princípios e diretrizes previstos nas políticas públicas. A legislação que fomenta as narrativas desse atendimento articulado demonstra a responsabilidade dos governos em implantar, monitorar e avaliar essa rede de atenção que deve ser fortalecida com a finalidade de prestar atendimento baseado no princípio da integralidade, garantir o empoderamento das mulheres, responsabilizar os agressores e melhorar a assistência às mulheres em situação de violência.⁸

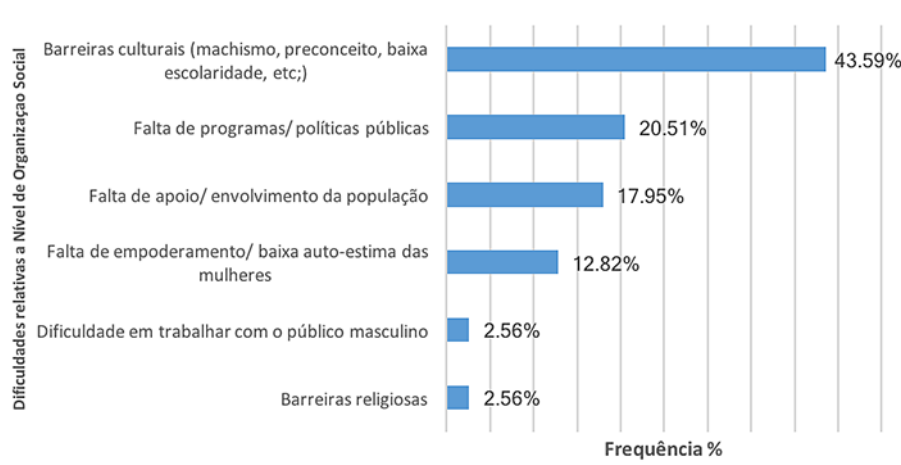


Figura 5 - Distribuição das dificuldades relacionadas à organização social, 2016.
Fonte: dados da pesquisa.

As inquietações dos profissionais em defesa de uma vida livre de violência para as mulheres ressaltaram a importância do apoio psicossocial, atividades educativas sobre construção social de gênero; e articulação política a partir da intersetorialidade.⁹ Ainda, consideraram-se suas demandas por serviços vinculados à esfera jurídica, policial, social e sinalizam para a necessidade de gestão para o cuidado à mulher em situação de violência no âmbito das unidades locais de saúde.

A partir da análise qualitativa das respostas dos participantes que permearam questionamentos em relação à rede de atenção, por exemplo, as seguintes falas “a falta de apoio do poder público. *“A rede tem potencial, mas falta conexão entre os segmentos por desconhecimento do que os segmentos trabalham”* demonstram a fragilidade dessa rede de atendimento à mulher. A intersetorialidade é, então, a palavra-chave na prevenção da violência contra a mulher a partir da articulação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento e com diferentes ocupações políticas e de gestão.¹⁰

A categoria violência apresenta a supremacia masculina como geradora de sofrimento e submissão; problemas decorrentes do uso de drogas; problemas relacionados aos(as) filhos(as) e problemas com divisão de bens.⁵ O uso abusivo de álcool e outras drogas pelos parceiros denunciam situações de violência contra a mulher, ampliando a visão acerca dos determinantes socioculturais envolvidos nesse fenômeno.¹¹ Apesar disso, nem todas as mulheres tomam a iniciativa de romper o ciclo da violência ou mesmo nem reconhecem sua situação de submissão. É o que constata as opiniões mais descritas na pesquisa (“medo/insegurança/vergonha da mulher em relatar

o problema” e “falta de informação”), pois quando se encorajam para denunciar o parceiro correm o risco de serem revitimadas, sob ameaça de morte ou agressão física. Mais uma vez, para pensar em intervenções de prevenção à violência contra a mulher e promover o empoderamento da mulher, é fundamental a inclusão dos homens nas ações educativas e preventivas.

A terceira categoria mais citada pelos participantes da pesquisa foi o profissional, sendo a maior dificuldade a falta de capacitação diante das ações relacionadas ao enfrentamento da violência à mulher. Em seu estudo, Vasconcelos¹² afirma que, para a realização do atendimento integral à mulher, fazem-se necessárias a capacitação e a inclusão de profissionais que atuem no fortalecimento da rede de assistência. O preparo do profissional pode interferir tanto na abordagem das mulheres em situação de violência quanto no planejamento de ações que vislumbrem sua prevenção e a promoção da saúde, principalmente porque o acolhimento dos profissionais com vínculo de confiança e a visita domiciliar são importantes para diminuir a dificuldade de relato da mulher que sofreu violência e de comprometê-la em um projeto assistencial e preventivo.^{10,13} Esse preparo se torna ainda mais decisivo diante da dificuldade na implementação de programas de prevenção de violências para grupos de adolescentes, para os quais há necessidade de intervenção precoce e busca ativa, promovendo espaços de diálogo aberto e apoio no setor da saúde.¹⁴

A insegurança dos profissionais no setor de saúde que, por si só, não consegue abordar as questões sociais que implicam o processo saúde-doença,¹³ é acordante com outra resposta da pesquisa, que foi a naturaliza-

ção do processo de violência contra a mulher. E traz a reflexão sobre a condução de uma prática assistencial à mulher em situação de violência com acolhimento orientado pelo modelo de saúde social. Acredita-se que a escuta responsável e qualificada, com exposição de opções e encaminhamentos acessíveis nas áreas de segurança, jurídica, psicológica e da assistência social, e áreas de apoio, poderá ser uma ação de tecnologia leve na prevenção da violência contra a mulher.

A última categoria, organização social, citada pelos entrevistados está diretamente relacionada pela categorização violência. A cultura machista e a banalização da violência juntamente com as desigualdades sociais e econômicas em nosso país contribuíram para a não valorização da mulher e dificuldades de prevenir a violência contra ela. O discurso do empoderamento da mulher como uma ação ao combate à violência de gênero desnaturaliza os valores da cultura patriarcal que existe em nosso país.¹⁵

Propor mudanças legais, políticas e culturais com legitimação de leis que protegem a mulher e, além disso, incorporá-las em nossa cultura diminuirá as barreiras que enfrentamos no dia a dia com perspectivas positivas no desenvolvimento de ações preventivas de violência contra a mulher na área da saúde. Considerando que são muitos os atores nesse processo de construção e que têm peso na abordagem da mulher, saber a sua opinião pode nortear propostas consistentes, tendo por foco dificuldades que eles observam como atuantes na linha de frente do trabalho. Ouvir os profissionais envolvidos nessa rede pode ser fonte importante de informações para entender e superar as dificuldades encontradas.

É importante o desenvolvimento de ações de desconstrução de mitos e estereótipos de gênero que modifiquem os padrões sexistas, perpetuadores das desigualdades de poder entre homens e mulheres e da violência contra as mulheres. Para além de ações educativas, há que prever também ações culturais que compartilhem atitudes igualitárias e valores éticos de irrestrito respeito às diversidades de sexo, raça/etnia, geracionais e de valorização da paz. Dessa forma, incluem-se campanhas que visibilizem as diferentes expressões de violência de gênero sofridas pelas mulheres e rompam com a tolerância da sociedade diante do fenômeno.⁷

CONCLUSÃO

A partir dos resultados e da discussão, concluiu-se que a categoria de mais dificuldade para desenvolver

ações de prevenção de violência contra mulheres é a própria rede, e logo após a violência, os profissionais e a organização social. São fundamentais políticas públicas com estratégias de prevenção que promovam relações igualitárias entre os sexos e favoreçam o respeito dos direitos humanos. Considera-se que, desta forma, com intervenção multidisciplinar e articulação multissetorial, serão favorecidas abordagens efetivas de profissionais mais conscientes e com práticas duradouras na prevenção da violência à mulher e qualquer tipo de violência.

REFERÊNCIAS

1. Calvino ML, Ramos MNP. Violência conjugal contra a mulher, saúde e gênero: contributos para melhorar as práticas profissionais e as políticas de prevenção da violência. *Rev Ambivalências*. 2014; 2(3):42-69.
2. IV Conferência Mundial Sobre a Mulher 1995 – Pequim. Declaração e Plataforma de Ação. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
3. Casique L, Furegato ARF. Violence against women: theoretical reflections. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006 [citado em 2016 nov. 16]; 14(6):950-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Cecília M, Minayo S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(1):7-18.
5. Ferreira AD, Gomes VLO, Fonseca AD, Gomes GC. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(1):121-7.
6. Machado EM. Podemos prevenir a violência teorias e práticas. Brasília: OMS; 2010. [citado em 2016 nov. 16]. Disponível em: http://sisnov.campinas.sp.gov.br/biblioteca/gerais/Podemos_prevenir_violencia.pdf
7. Presidência da República (BR). Secretária de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília; 2011.
8. Presidência da República (BR). Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília; 2006.
9. Pereira GN, Lorenzini EA, Brock CJ, Paixão PNG, Araujo JSS, Bettinelli LA. Health professionals and the meaning they apply to women's remaining in violent conjugal relationships: undergraduate student in Nursing at the EEUFBA. *Capacitación Profesional*; 2013; 14(3):558-67.
10. Grossi PK, Pedersen JR, Vincensi JG, Almeida SMAF. Prevenção da violência contra mulheres: desafios na articulação de uma rede intersetorial. *Athenea Digit*. 2012 [citado em 2016 nov. 16]; 267-77. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WQwbKpQBfEwJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4154853.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari>

11. Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMM, Souza IEO, Paula CC, Terra MG, *et al.* Abuse of alcohol and drugs and violence against women: experience reports. *Rev Bras Enferm* 2014 [citado em 2016 nov. 16]; 67(3):366-72. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7167.20140048>
12. Vasconcelos CD. Capacitando a rede de enfrentamento a violência contra a mulher. [citado 2016 nov. 06]. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/viewFile/260/116>
13. Bastos E, Silva D, Padoin SMM, Amaral L, Vianna C, Corresponente A. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. 2013 Dec [citado 2016 nov. 01]; 26(6):608-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600016&lng=en)
[arttext&pid=S0103-21002013000600016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600016&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600016>.
14. Soares JSF, Lopes MJM, Njaine K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. *Cad Saude Publica*. 2013 [citado em 2016 nov. 16]; 29(6): 1121-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
15. Krimberg MB, Dewes D, Neves SM. Violência contra as mulheres: o privilégio" de qualquer uma! uma análise de trechos do Filme *Te doy mis ojos*. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2012; 4(1):87-103.

Divisor de águas: a marca da internação compulsória na vida de sujeitos acometidos pela hanseníase

Water divider: the hallmark of compulsory hospitalization in the life of subjects affected by leprosy

Daniella C. Aquino¹, Daniela Braighi², Débora G. J. Tolentino², Jane Zélia M. Rodrigues², Jessica Danielle S. Jesus², Natália V. Oliveira², Jacqueline O. Moreira³, Elza Machado Melo⁴, Marcelo Grossi Araújo⁴

RESUMO

A hanseníase é considerada doença negligenciada, endêmica no Brasil, altamente estigmatizante, estigma este com origens em vários aspectos culturais, religiosos, sociais e, sobretudo, relacionado às sequelas físicas que podem acontecer principalmente quando diagnosticada tardiamente. A internação compulsória foi, durante muitas décadas, preconizada como profilaxia da hanseníase. A Colônia Santa Izabel, no município de Betim-MG, foi um dos principais leprosários do Brasil com essa finalidade. O objetivo deste artigo é discutir o isolamento compulsório como forma de violência, a partir da percepção de pacientes que foram acometidos pela hanseníase. Foram realizadas análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas com idosos que foram segregados pela hanseníase. O discurso dos entrevistados mostra que o isolamento foi uma ruptura que exigiu a resignificação de suas histórias para que pudessem dar um novo sentido aos sofrimentos e violências vivenciadas, deixando, inclusive, de serem percebidas como tal em seus cotidianos dentro da colônia.

Palavras-chave: Hanseníase; Violência; Estigma.

ABSTRACT

Leprosy is considered a neglected disease, endemic in Brazil, highly stigmatizing. Stigma has its origins in cultural, religious, social aspects and above all, due to physical sequela that can happen mainly when diagnostic is late. Compulsory internment was advocated for many decades as prophylaxis of leprosy. The Santa Izabel Colony in the municipality of Betim-MG was one of the most important leprosariums in Brazil for this purpose. This paper aims to discuss compulsory internment as a form of violence based on the perception of patients who were affected by Hansen's disease. Content analysis of semi-structured interviews with elderly people who were segregated by leprosy was performed. The interviewees' discourses show us that isolation was a rupture that required a re-signification of their stories, so that they could give a new meaning to their sufferings and experienced violence, not even being perceived as such in their daily lives within the colony.

Key words: Leprosy; Violence; Stigma.

INTRODUÇÃO

A hanseníase parece ser uma das enfermidades mais antigas, tendo referências escritas desde o ano 600 a.C.¹ Trata-se de uma doença infectocontagiosa que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas, diminuição de sensibilidade e alterações anatômicas e funcionais decorrentes do dano neural.²

¹ Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Casa de Saúde Santa Izabel. Betim, MG – Brasil; Prefeitura Municipal de Betim. Betim, MG – Brasil.

² FHEMIG, Casa de Saúde Santa Izabel. Betim, MG – Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas. Betim, MG – Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Marcelo Grossi Araújo
E-mail: grossimar@gmail.com

Análises documentais sobre a hanseníase mostram que até a década de 1940 o isolamento do doente era a principal forma de intervenção para tentar controlar a endemia e, dessa forma, acreditava-se poder evitar o contágio.³

O regulamento da lepra foi elaborado e alterado em 1923 por meio do Decreto nº 16.300 que, além de criar um órgão específico para tratar da profilaxia da doença, traçava diretrizes de caráter mais coercitivo, especificamente o isolamento compulsório dos doentes. O ápice dessa política de isolamento se deu na década de 1930, quando instituições com o modelo de dispensário, leprosário e preventório foram construídas por todo o país.⁴ Entre os anos de 1926 e 1931 deu-se a construção de um dos maiores leprosários do país: a Colônia Santa Izabel, em Betim-MG. Localizada próxima do rio Paraopeba e a 42 km da capital, a Colônia foi construída nos moldes de uma colônia agrícola, considerada “leprosário modelo”, devido à sua infraestrutura.⁵

O final do isolamento compulsório se deu a partir do Decreto nº 968 de 1962, muitos anos depois da descoberta das sulfonas, que comprovadamente tratavam a doença e interrompiam o contágio logo no início do tratamento. Dessa maneira, a doença e sua profilaxia começaram a tomar novos rumos, ao sinalizar novas possibilidades terapêuticas. Contudo, o decreto não garantiu, na prática, o fim do isolamento compulsório, já que ele ainda era considerado uma medida necessária pelo Estado e de legitimidade reconhecida pela sociedade.³

Essas instituições deixaram danos irreparáveis na vida dos doentes internados. Dificilmente o doente conseguiria retornar para sua família e sua comunidade de origem, pois o estigma e o preconceito já haviam rompido seus laços afetivos e suas relações sociais.

O preconceito e o estigma são formados a partir de juízos provisórios sobre determinada situação e irão orientar o modo como ela será vivenciada no cotidiano. Com o passar do tempo, esses juízos foram enraizados pela sociedade e passaram a ser dominantes. O estigma se dá quando uma representação social é sobreposta à identidade do sujeito, tornando-o diferenciado dentro de uma sociedade. O estigma desqualifica o indivíduo e ainda traz consigo a ideia de que a aproximação desse sujeito deve ser evitada. Na hanseníase, o estigma se dá a partir das marcas corporais deixadas pelas sequelas da doença, causando medo e afastamento.⁶

Preconceito e estigma são formas de expressão de violência. Segundo a OMS, a violência pode ser

definida como o uso intencional de força física ou poder contra si próprio ou contra outros, causando algum tipo de sofrimento.⁷ O conceito ampliado retira a predominância da intencionalidade, demonstrando que a violência pode ser vivenciada mesmo quando não há intenção de causá-la.⁸ A vivência da violência seria, portanto, uma questão individual, social e cultural. Sendo assim, atos de violência teriam significados diferentes para pessoas diferentes, mesmo que praticados de maneira igual.⁹

Não por acaso, algumas formas de violência são facilmente verificadas, enquanto outras estão tão profundamente enraizadas no tecido social e cultural que podem passar despercebidas.⁷ Nesse sentido, o silêncio e a invisibilidade são importantes características ligadas à violência. Isso porque a ideia de violência está mais ligada à criminalidade e sua visibilidade está mais relacionada às violências físicas e a situações ocorridas no espaço público.¹⁰ Muitas vezes, quando o ato de violência é cometido por conhecidos ou por uma instância maior, esse ato não é visto como violência.⁸

A violência cometida por uma estrutura organizada ou institucional (família, sistema político, econômico, cultural, etc.) é denominada violência estrutural. Ela é exercida sobre indivíduos ou grupos, produzindo as formas de socialização e determinando os papéis a serem desempenhados.¹⁰ Dessa maneira, a violência estrutural seria a causa primeira de todas as demais violências e surgiria da necessidade de se manter uma ordem social.⁸

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é discutir o isolamento compulsório como forma de violência institucional, a partir da percepção de pacientes que foram acometidos pela hanseníase.

METODOLOGIA

Este artigo é um recorte da pesquisa intitulada: “As significações e representações de idosos, que foram segregados pela hanseníase na Colônia Santa Izabel, em Betim-MG, acerca da morte”, cujo objetivo era identificar e analisar as representações e significações construídas acerca da morte, por idosos, que foram internados compulsoriamente em uma colônia, por serem acometidos de hanseníase.

Foi realizada pesquisa qualitativa, na qual a metodologia consistiu de entrevista semiestruturada.¹¹ Foram entrevistadas 10 pessoas com idade entre 74

e 91 anos, com domínio cognitivo e humor preservados e tinham história de internação compulsória na Colônia Santa Izabel. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise.

Foi realizada análise de conteúdo, técnica que permite compreender os conteúdos manifestos e simbólicos das entrevistas.¹² Buscaram-se nas falas dos participantes os conteúdos relacionados às diferentes violências vivenciadas por eles no que concerne à doença. A partir desta análise, os seguintes temas foram identificados: data de internação como “divisor de águas”; ruptura de vínculos; preconceito e estigma; sentimento de pertencimento; percepção positiva acerca da internação;

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas, sob o parecer de número: 761.693. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Sobre a Internação

Eufui internado em 14/11/1961 (JS, 74 anos); 6 de janeiro de 45. 44 eu já estava por aqui, mas 45 que fichou (ER, 76 anos).

Chama a atenção o fato de a maioria dos participantes expressar de maneira clara o momento de internação, fazendo referência às datas de admissão na instituição. Percebe-se a data de internação como um marco importante e vivo na história dessas pessoas. Os entrevistados possuíam entre 74 e 91 anos e essa lembrança é vívida e declarada até os dias atuais. O discurso é corroborado pela literatura, que descreve o relato da vida em torno da doença, relacionando-se às memórias que remetem ao estigma em uma construção significativa de formação de identidade social.¹

O isolamento compulsório teve como consequência para os internos uma vida de separações e ruptura de vínculos.¹ Além da separação social imposta pela doença, a maioria das pessoas acometidas pela hanseníase sofreu com a ruptura familiar, pois os doentes eram retirados de suas casas e levados para a colônia, onde o contato com a família era difícil e restrito. A fala a seguir ilustra essa separação: “*ah, eu*

tô chorando porque não posso voltar com minha mãe, tal, vim embora pra ficar” (ES, 76 anos reproduzindo sua fala para o médico ao ser internada).

Muitas dessas pessoas perderam totalmente os vínculos familiares, não conseguindo restabelecê-los após a alta do tratamento.⁶ Percebe-se, a partir da fala de um dos entrevistados, que a retirada do seio familiar poderia se dar de forma abrupta, sem a oportunidade de despedida: “*Então, ela [a mãe] chegou em casa, não achou eu não. Achou a rouxinha de roupa arrumada em cima do banco, que meu cunhado foi me buscar né? [...] Coitada, era só eu e ela na casa, meu irmão também morava, mas era mais agarrada comigo, era a caçula, né?*” (EE, 80 anos e internação aos 16).

Uma vez dentro das colônias, os internos eram submetidos a outros tipos de separações, como no caso de familiares que eram internados, mas sem permissão para morarem juntos.⁴ LS, 79 anos, conta que, apesar da mãe viver na colônia, ela foi obrigada a morar no pavilhão de crianças: “*Minha mãe, minha fia, ela tava servindo de escrava lá na casa da dona. Aí eu fui pro pavilhão*”.

Outra importante separação que foi imposta, neste caso, às mulheres foi a perda de seus recém-nascidos após o parto, pois não era permitido criar seus filhos dentro da colônia.⁴ Contudo, segundo os relatos dessas mulheres, os filhos eram tidos como mortos e entregues à adoção. Os depoimentos a seguir ilustram esse fato: “*Eu tive 6 [filhos]. Foi pra creche, em BH*” (LS, 79 anos); “*Tive um que morreu na creche, quando era aquela coisa de tomar os filhos da gente, né?*” (ER, 76 anos).

Esta foi uma questão que marcou a vida desses sujeitos e também das gerações que lhes sucederam. A política de Estado contida na Lei nº 610 de 1949, mas que já era praticada mesmo antes, estabelecia que os filhos dos doentes fossem retirados de suas famílias de origem e colocados em orfanatos chamados de preventórios, com o discurso de que era preciso proteger as crianças contra contágio e evitar que essas crianças se tornassem disseminadores da “lepra”. Assim, milhares de crianças foram separadas de seus pais logo após o nascimento, muitos doados sem conhecimento dos pais. Com o fim da política de internamento compulsório no início dos anos 1980, os preventórios foram fechados e as crianças foram abruptamente devolvidas para suas famílias de origem, com as quais não haviam construído relações de afeto e reciprocidade.^{14,15}

Sobre preconceito e estigma

No discurso dos entrevistados é notado o conhecimento simplório sobre a doença a partir do estigma e do preconceito. *“Porque eu num sabia nem o quê que era hanseníase. E por causa de umas manchinhas à toa, me internou e tô aqui até hoje”* (LR, 81 anos); *“Ah, naquela época, lá na roça, eles tinha muito medo, né? Era na roça. Aí tinha gente que era internada aqui, mas quando ia lá, lá muita casa caiu porque ninguém entrava nas casas mais, deixava a casa lá até cair, né?”* (MS, 75 anos).

O agrupamento de pessoas acometidas pela “lepra” e seus estigmas representava a efetivação da não aceitação pela sociedade tida como “sadia” e da própria angústia do doente diante da convivência com as diferenças. Por se tratar de indivíduos que carregavam no corpo as marcas da moléstia, a diminuição do seu universo e de suas oportunidades se contrapunha a uma condição normal e aceitável, uma concessão de benefícios, como se percebe na fala a seguir: *“o senhor não pode fica aqui não. Isso é doença, é melhor o senhor ir embora daqui”* (JS, 74 anos, reproduzindo a fala do médico ao ser diagnosticado).

Como na hanseníase as marcas visíveis no corpo geram o afastamento, o estigmatizado sente seu problema como algo que está sempre exposto ao julgamento e questionamento dos “sadios”.¹³ As falas a seguir mostram que o preconceito causado pelo estigma faz dos encontros com as pessoas ditas “sadias” um momento angustiante *“[...] que o pessoal, os rapazes, até as moças mesmos, já fugia da gente um pouco. Que surge, né? Os comentários que a gente tá doente e então a gente não tem mais aquela regalia não, de antes não”* (ES, 76 anos); *“[...] internei e nem sabia o que que era isso, né? Aí o povo tinha um medo da gente danado”* (OG, 75 anos).

O estigmatizado, percebendo a sua não aceitação pela sociedade “sadia”, acaba por aceitar, se comportar e se incluir em um grupo inferior e isolado, por consequência da perpetuação e reprodução da condição que o leva ao estigma.¹⁶

Sobre a resignificação

Um aspecto que chamou a atenção durante a análise de conteúdo foi o “sentimento de pertencimento” apresentado pelos entrevistados em relação à colônia e às pessoas que lá residiam. Observa-se que

mesmo com o término do isolamento os moradores optaram por continuar residindo nessa região.

Sabe-se que a identidade é construída a partir da aceitação do outro³; talvez o fato de na Colônia Santa Izabel os doentes terem tido a oportunidade de estar com pessoas que compartilharam das mesmas dores e angústias tenha tornado o sentimento de identificação tão presente, como mostram as falas a seguir: *“[...] e aqui eu tive melhores condições, fui bem aceito, trabalhei o tempo todo, nunca fui recriminado de nada”* (JS, 74 anos); *“[...] só pensa em vir embora, só pensa em vir pra colônia”* (ES, 76 anos, descrevendo seu pensamento ao ter contato com pessoas de fora da colônia).

É possível pensar que a vivência entre os pares ameniza o sofrimento do preconceito e exposição ao estigma. Estudo sobre pessoas estigmatizadas relata que os pares de uma categoria particular de estigma podem se organizar em pequenos grupos, facilitando a convivência social entre iguais.¹³ O trecho da entrevista de JS, 74 anos, mostra claramente essa perspectiva: *“[...] não tinha aquele receio de ser... de divulgar o que eu era, o que eu podia exercer. E lá fora a gente não poderia fazer nada disso, porque lá que a gente ficou doente, então, qualquer coisa podia ser recriminado, né?”*

A partir dos depoimentos colhidos foi possível observar que alguns conseguiram restabelecer suas vidas sociais, o que ocorreria por meio dos casamentos, das amizades, do trabalho, dos reencontros familiares. No relato de ES, 76 anos, o casamento é tido como um apoio para o enfrentamento das adversidades *“[...] eu chegando aqui, só mesmo com namoro e casamento que eu acostumei, mas se eu não arrumasse casamento, não achasse casamento depressa, eu acho que não ia, sei lá, parece que eu não ia acostumar com a situação não”*.

Diante de lares e famílias desfeitos pela internação compulsória, alguns ainda vivenciaram momentos de reencontro e reconstrução de vínculos dentro da colônia. *“[...] então, tanto para mim quanto para minha irmã, a internação não foi o fim, e sim o início de vida com meu pai”* (ER, 76 anos).

Em editorial a respeito do estigma na hanseníase, é reafirmado que existiu um lado positivo do adoecimento, uma vez que possibilitou a vivência entre “pares”, construção da identidade como comunidade, oferecendo mais visibilidade a esse grupo para uma futura reivindicação de seus direitos.¹⁷

Outros autores também descrevem a existência de uma resignificação da doença na internação compulsória.¹ *“[...] eu saí de uma coisa que não ia*

prosperar... e aqui eu tive melhores condições [...] Então, a doença pra mim foi uma libertação” (JS, 74 anos). Por meio dos relatos, observa-se que para alguns a internação, apesar de ter sido uma violência abrupta e institucional na vida como cidadãos de direitos, pode ser ressignificada como algo positivo diante de uma perspectiva de vida muito ruim que a doença impunha fora dos muros da colônia, onde o preconceito e o estigma os faziam vítimas de uma violência social constante e ainda mais cruel.¹⁴

A submissão a essas ideias aplicadas nas colônias ocorria por ser a opção de sobrevivência para os doentes, diante da miséria que o isolamento social promovia. O movimento da época introduzia a ideia de que a reclusão dos doentes poderia proporcionar-lhes uma vida semelhante à dos “sadios”, em que os doentes dariam a impressão de bem-estar e satisfação, em troca da privação de sua liberdade.¹⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase é uma doença altamente estigmatizante e por décadas a internação compulsória foi uma política de Estado, legitimada pela sociedade civil, que retirava dos sujeitos doentes direitos básicos como de ir e vir, acesso à saúde, educação, entre outros, além de submetê-los a ações de policiamento, controle, vigilância, castigos, tratamentos experimentais, ruptura de vínculos sociais e familiares.

A internação compulsória como violência, à qual os indivíduos acometidos pela hanseníase foram submetidos não deve ser percebida de forma unilateral. O discurso dos entrevistados mostra que o isolamento foi uma ruptura em suas vidas e exigiu de todos a ressignificação de suas histórias para que pudessem dar um novo sentido aos sofrimentos e violências vivenciadas, deixando, inclusive, de ser percebidas como tal em seus cotidianos dentro da colônia.

O fato de os sujeitos não perceberem as imposições e privações como atos de violência não significa que ela não tenha existido. Isso se dá, muitas vezes, porque algumas formas de violência são introduzidas no cotidiano social de maneira naturalizada e idealizada, o que as torna quase imperceptíveis, como é descrito na violência estrutural.

REFERÊNCIAS

1. Leite SCC, Sampaio CA, Caldeira AP. Como ferrugem em lata velha”: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis*. 2015; 25(1):121-38.
2. Viana LS, Aguiar MIF, Aquino DMC. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. *J Res Fundam Care*. 2016; 8(2):4435-46.
3. Carvalho KA. Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950. *Hist Ciênc Saúde*. 2015; 22(2):541-57.
4. Cunha VS. Isolados ‘como nós’ ou isolados ‘entre nós’? *Hist Ciênc Saúde*. 2010; 17(4):939-54.
5. Carvalho KA. Colônia Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920 – 1960) [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2012.
6. Barreto J, Gasparoni JM, Politani AL, Rezende LM, Edilon TS. Hanseníase e estigma. *Hansen Int*. 2013; 38(1-2):14-25.
7. Dahlber LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11:1163-78.
8. Martins KO, Lacerda Junior F A contribuição de Martín-Baró para o estudo da violência: uma apresentação. *Psicol Política*. 2015; 14(31):569-89.
9. Sacramento LT, Rezende MM. Violências: alguns conceitos. *Aletheia*. 2006; 24:95-104.
10. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva de saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10:7-18.
11. Laville C, Dionne JA. Construção do saber. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
12. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(5):611-4.
13. Martins PV, Capone S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15:1047-54.
14. Fonseca CLW. A fabricação estatal da indiferença parental: agruras da reintegração familiar. *Rev Ciênc Sociais*. 2015; 43:19-35.
15. Almeida SSL, Savassi LCM, Schall VT, Modena CM. Maternidade e hanseníase: as vivências de separação devido ao isolamento compulsório. *Estud Psicol*. 2012; 17(2):275-81.
16. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
17. Staples J. Interrogating leprosy “stigma”: why qualitative insights are vital. *Lepr Rev*. 2011; 82:91-7.

Encontros e diálogos na escola: promoção da saúde e prevenção da violência entre adolescentes

Meetings and dialogues at school: health promotion and prevention of violence among adolescents

Kléber Rangel Silva¹, Nivea Soares da Silva², Daniela de Almeida Ochoa Cruz³, Janete dos Reis Coimbra⁴, Tammy Angelina Mendonça Claret⁵, Elza Machado de Melo⁶

RESUMO

Introdução: partindo da tese habermasiana da colonização do mundo da vida pelo sistema, compreende-se o fenômeno da violência como a expressão de sua função mediadora das relações sociais em substituição ao reconhecimento intersubjetivo mediado linguisticamente. **Objetivo:** compreender reflexivamente os sentidos atribuídos à violência por um grupo de adolescentes de uma escola pública de Belo Horizonte-MG, na perspectiva da promoção da saúde e à luz da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. **Métodos:** foram selecionados 12 adolescentes (10 do sexo feminino e dois do sexo masculino) e realizados 13 encontros (oficinas). Os dados foram coletados por meio das técnicas de pesquisa observação participante e diário de campo. Trata-se de estudo qualitativo em que foi empregado o método hermenêutico-dialético para a análise de dados. **Resultados:** a realização das oficinas representou a possibilidade de reconstruir os laços sociais por meio de metodologia participativa e o restabelecimento das relações dialógicas para o reconhecimento intersubjetivo com base na solidariedade entre os adolescentes. Nos encontros foram abordados fragmentos do mundo da vida desses sujeitos expressos em temas, como racismo, trabalho, relações familiares, exclusão social e pobreza. Os resultados também revelam a necessidade de mais integração entre os atores da comunidade escolar, bem como para uma efetiva articulação em rede entre a escola e os serviços de saúde localizados em seu território. **Conclusão:** percebeu-se que o contexto de violência estrutural e simbólica não exclui a possibilidade de realizar ações solidárias coordenadas de forma coletiva.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Violência; Adolescentes; Saúde Escolar.

ABSTRACT

Introduction: Starting from the Habermasian thesis of the colonization of the world of life by the system, the phenomenon of violence is understood as the expression of its mediating function of social relations, replacing the linguistically mediated intersubjective recognition. **Objective:** to understand reflexively the senses attributed to violence by a group of adolescents from a public school in Belo Horizonte (MG), from the perspective of Health Promotion and in light of Habermas' Theory of Communicative Action. **Methods:** Twelve adolescents (10 females and 2 males) were selected and 13 meetings (workshops) were performed and the data were collected through participant observation and field diary research techniques. It is a qualitative study in which the hermeneutic-dialectic method was used for data analysis. **Results:** The workshops represented the possibility of rebuilding social bonds through participatory methodology and the reestablishment of dialogic relations for intersubjective recognition based on solidarity among adolescents. In the meetings, fragments of the life of these subjects expressed in themes such as racism, work, family relations, social exclusion and poverty were approached. The results also point to the need for greater

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Kléber Rangel Silva
E-mail: kleber.rangel.silva@gmail.com

integration among the actors of the school community, as well as for an effective networking between the school and the health services located in its territory. Conclusion: It was noticed that the context of structural and symbolic violence does not exclude the possibility of carrying out joint actions coordinated collectively.

Key words: Health Promotion; Adolescent; Violence; School Health.

INTRODUÇÃO

É no cenário de complexidade representado pelo fenômeno da violência que se insere este trabalho. O objetivo foi compreender reflexivamente os sentidos atribuídos à violência por um grupo de adolescentes do ensino médio de uma escola pública de Belo Horizonte-MG, participantes do projeto *Frutos do Morro*, que se estrutura na premissa de que a Promoção da Saúde, fundada na práxis de autonomia – que por sua vez se inspira na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas –, constitui estratégia privilegiada do setor saúde para prevenir a violência.

A realidade observada, em que os jovens estão mais sujeitos à morte por homicídio do que por quaisquer outras causas, indica a necessidade de se trabalhar com esse segmento social, de modo a intervir nos processos que produzem situações de violência e abuso. O maior número de vítimas do sexo masculino, pobres e negros realça outros fatores preocupantes, advindos de questões de sexo e raça, que traduzem a fragilidade observada nas áreas mais pobres do país.

Contextualizando historicamente, a Promoção da Saúde delineou-se no Brasil como política de bem-estar, que implica a necessidade de produção de cuidados e a recuperação das políticas sociais e de saúde como relações entre sujeitos sociais, como abordado por Bodstein¹. Isso está em consonância à proposta explicativa da violência desenvolvida por Melo², para quem a colonização do mundo da vida pelo sistema produz, no período contemporâneo moderno, uma fragmentação das relações sociais, em que a violência assume o papel da mediação das relações interpessoais. E a esse respeito pondera: “*A Promoção da Saúde, em sua estratégia de mediação, representa uma alternativa para a recuperação dos vínculos solidários entre os sujeitos para a superação da violência e construção de uma cultura de paz*”.

Neste trabalho, a escola é compreendida como um território de limites e possibilidades, conflitos e afetos, dentro do qual se propõe a observação da violência, inserida na complexidade de sua relação com os ar-

ranjos forjados em torno da dinâmica social e territorial da escola. Esta, além de outras práticas, também incorpora metodologias de participação ativa dos estudantes na comunidade, mediadas pelo diálogo.

Fundamentação teórica

Segundo Marcondes³, a constituição de um campo para a saúde pública de conhecimentos e práticas de Promoção da Saúde pode ser entendida pelo acúmulo histórico que se estabeleceu por meio de três eixos articulados que conformariam os contornos da Promoção da Saúde, a saber: as limitações do modelo biomédico, a ampliação do conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.

Para Buss⁴, o conceito de Promoção da Saúde tem sido interpretado de diferentes formas ao longo de sua construção, ou seja, sob uma perspectiva conservadora e sob outra crítica. A primeira encontra-se centrada na redução do peso econômico dos serviços de saúde ao responsabilizar o indivíduo pela construção de seu estado de saúde desejável. Na segunda, o cerne é a transformação social mediante a capacitação dos cidadãos. Em ambos se podem perceber indícios da presença de modelos de comunicação inerentes ao desenvolvimento dessas concepções.

Levando em consideração a perspectiva do discurso como espaço de luta e transformação social, verificam-se alguns pontos paradigmáticos de tensão no campo concernente à comunicação em saúde, entre eles: a assimetria de poderes entre emissores e receptores *versus* o direito à fala e a participação efetiva na formulação de políticas; e a tendência à centralização e fragmentação *versus* estratégias mais descentralizadas, permanentes, intersetoriais e plurais.

Em sua premissa de atuar na comunidade que o cerca, é preciso que o profissional de saúde tenha noção básica não apenas dos princípios de comunicação social e individual, mas também da forma como abordar os sujeitos e a comunidade, respeitando a cultura local para que possa implementar, em conjunto com a comunidade, as ações da Promoção da Saúde.

Pode ocorrer o entendimento da comunicação no setor da saúde como transferência de um polo detentor de conhecimentos e habilidades para outro “desprovido” desses recursos. Essa forma de interação constrói objetos, mas não sujeitos. É um tipo de comunicação que desconsidera a intersubjetividade intrínseca à dialogicidade que deve ser estabelecida em um

discurso no campo das ações de Promoção da Saúde. Essa forma de agir deixa de lidar com a alteridade, tão cara à noção de cidadania e geração de autonomia dos sujeitos discursivos da Promoção da Saúde.

Teoria da ação comunicativa

Como crítica a essa discussão, a dissertação apresenta como referencial teórico o agir comunicativo, de Habermas, que apresenta uma análise das diferentes formas de interação humana, destacando os mecanismos de coordenação de ações, modelos de racionalidade e paradigmas filosóficos.⁵

Para Habermas, a realização e validação dos processos dialógicos baseiam-se na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso é correto desde um ponto de vista ético, moral e político não apenas na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, mas também na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso.

O referido autor aborda as condições da convivência humana, ou seja, da interação entre sujeitos competentes que utilizam a linguagem com a finalidade de se entender, buscando consenso sobre o mundo em que vivem e suas ações nesse mundo.⁶

A constituição de sujeito com maior grau de autonomia e crítica e, portanto, vinculada aos ideais de uma sociedade pautada pelos princípios de justiça, equidade e democracia plena exige um modelo habermasiano de comunicação nas ações e práticas de Promoção da Saúde.

Para Habermas, há o *mundo objetivo*, o qual se refere ao mundo físico ou ao estado de coisas existentes; o *mundo social* (ou normativo) relacionado às normas sociais ou culturais sob as quais agimos; e o *mundo subjetivo*, que se refere ao mundo interno dos indivíduos.⁶

Habermas apresenta também o conceito de *mundo da vida*, que segundo ele é constituído pela cultura, pela sociedade e pela personalidade. Essas três dimensões articuladas pela linguagem fornecem o “pano de fundo”, que permite intersubjetivamente que as ações sejam orientadas.

Adotando como ponto de partida a crítica à teoria da ação de Weber, J. Habermas propõe, então, quatro tipos de ação: a) *ação instrumental, teleológica ou estratégica*: é a forma de conhecimento e intervenção sobre estados de coisas do mundo objetivo, validada

pela verdade ou pela eficácia da intervenção sobre o mundo. Transforma-se em estratégica quando envolve outros atores sobre os quais se pretende influenciar; b) *ação normativa*: voltada para a produção e legitimação de normas sociais; c) *ação expressiva*: está voltada para a comunicação e reconhecimento para a autenticidade de estados internos do indivíduo; d) *ação comunicativa*: corresponde a uma ação intersubjetiva mediada linguisticamente em que são levantadas pretensões de validade (enunciados) que podem ser aceitos ou não pelos interlocutores. Com a presença de preocupações éticas, é a única que pressupõe o uso da linguagem em todas as suas dimensões, estando referida ao mesmo tempo aos três mundos (objetivo, normativo e subjetivo) articulados pelo mundo da vida.

Assim propõe Habermas: a linguagem é uma forma de ação, pois, pelo seu componente performativo (tipo de relação intersubjetiva implícita), constitui-se em uma maneira de relacionar-se intersubjetivamente com o(s) mundo(s) que desencadeia(m) outros tipos de ação.⁶

Buscou-se realizar a aproximação entre a Promoção da Saúde e a Teoria do Agir Comunicativo de Habermas e tomar como referência uma concepção conceitual ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais. Nessa perspectiva, a Promoção da Saúde propõe a articulação (por meio da capacitação e intersetorialidade) de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução, na busca por melhores condições de qualidade de vida.⁷

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo que consistiu na realização de 13 encontros, com duração de duas horas cada, entre os meses de abril e julho de 2012, que culminaram na construção de uma peça de teatro, escrita e encenada pelos participantes. Utilizou-se como técnicas de coletas de dados a observação participante e confecção de diário de campo. O grupo de participantes desta pesquisa é constituído por um coletivo de adolescentes regularmente matriculados na Escola Municipal Oswaldo Cruz (EMOC) localizada no Aglomerado Urbano Morro das Pedras, do município de Belo Horizonte-MG. Foram selecionados 12 adolescentes com idades que variavam de 13 a 16 anos. Dos adolescentes selecionados, 10 são do sexo feminino e apenas dois do sexo masculino. Participaram, tam-

bém, da realização das oficinas quatro estudantes do curso de Medicina, integrantes do projeto Frutos do Morro, uma pedagoga que trabalha no Instituto de Educação de Minas Gerais (IEMG) e uma mestre em Ciências Farmacêuticas, pesquisadora do Núcleo de Promoção da Saúde e Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Os sujeitos participantes da pesquisa receberam esclarecimentos sobre a pesquisa e um termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue e assinado pelos adolescentes participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa COEP da UFMG, sob o parecer de número ETIC 355/09.

A metodologia utilizada nas oficinas foi orientada pela perspectiva crítica da hermenêutica-dialética, de acordo com Minayo.⁸ Assim, buscou-se a criação de espaços em que os adolescentes pudessem construir novos conhecimentos por meio do diálogo e da produção de novos sentidos a respeito de sua própria realidade⁹. O tema central dos encontros foi definido coletivamente e incluiu: a) as relações de poder na escola; b) as diversas formas de violência; c) a possibilidade de diálogo entre a comunidade escolar.

No momento inicial da oficina, eram realizadas dinâmicas de grupo, jogos e exercícios de aquecimento. Algumas vezes, foram utilizados filmes cujas temáticas estavam relacionadas ao contexto de trabalho do grupo e funcionavam como disparadores do diálogo. Em seguida, o grupo elegia o tema que seria trabalhado no dia e iniciava-se a discussão que, muitas vezes, era concretizada mediante a construção de cartazes e/ou mediante a elaboração de textos, como o roteiro da peça de teatro. Ao final das oficinas buscava-se fechar as atividades com uma pequena avaliação em que os participantes eram convidados a relatar sobre o que lhes pareceu mais importante nas discussões sobre as novas questões que haviam surgido e sobre a metodologia utilizada.

Para realizar a análise do material desta pesquisa qualitativa, foi utilizado o método de interpretação de sentidos, que se inscreve na perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais, analisando: a) palavras; b) ações; c) conjuntos de inter-relações; d) grupos; e) instituições; f) conjunturas, entre outros corpos analíticos.¹⁰ Para proceder à análise e interpretação do material de pesquisa coletado durante o trabalho de campo, orientamo-nos pelas seguintes etapas, conforme proposto por Gomes¹⁰: a) leitura compreensiva do material selecionado; b) exploração do material; c) elaboração de síntese interpretativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A definição das categorias foi realizada com base no referencial teórico (Teoria da Ação Comunicativa de Habermas), dos temas desenvolvidos durante as oficinas (Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) em seu contexto – a escola e os dados empíricos coletados. São elas: “Diálogo na escola mediado pela violência” e “Violência superada pelo diálogo”.

Diálogo na escola mediado pela violência

Para a realização da análise dos dados a partir da perspectiva adotada para este trabalho, a violência será definida, de acordo com Melo⁵, “como qualquer situação em que um ator social perde a sua condição de sujeito frente a um outro”. Nesse caso, não há o reconhecimento intersubjetivo mediado linguisticamente, tal qual proposto por Habermas em sua Teoria da Ação Comunicativa. O que se percebe é a manifestação da violência como mediadora da relação, seja por meio do emprego assimétrico de uma relação de poder, seja pelo uso da força física, seja de qualquer outra forma de coerção, portanto, aqui, considera-se tanto a violência física, quanto a violência simbólica. É justamente na fragmentação da relação social baseada no reconhecimento mútuo que a violência se manifesta com a verificação da ocorrência daquilo que Habermas chamou de colonização do mundo da vida pelo sistema.

A concepção de violência como mediadora das relações, da maneira como é compreendida neste trabalho, permite alcançar e apreender algo um pouco mais além do que se manifesta na escola. A peça de teatro elaborada durante as oficinas permite apreender, em boa medida, o surgimento de um tema dominante: o racismo. Aqui fica claro que a percepção do grupo informa que às pessoas negras não é permitido acessar determinadas condições econômico-sociais, tampouco penetrar em espaços socialmente construídos *pelos e para* os ricos, já que o negro é taxado de pobre, portanto, indesejado nos lugares (nesse caso, a própria residência) do rico. O contexto realçado a partir dessa situação é representado na peça de teatro como uma situação de violência para aquele grupo na medida em que o racismo estigmatiza e destitui a condição de sujeito do negro.

Essas análises não são revestidas de um viés estanque, mas sim compreendidas como um recorte de pesquisa das relações ocorridas dentro de um espaço de

interação peculiar, participativo, no interior da escola, apreendidas por meio da fala de uma parte de seus estudantes. É justamente por compreender esse recorte que se realça a segunda categoria, a “Violência superada pelo diálogo”, em que se aposta na possibilidade real e concreta da superação da violência pelo diálogo.

Violência superada pelo diálogo

A criação de espaços de reconhecimento recíproco entre os sujeitos da interação ressalta a possibilidade de reconstruir os vínculos com base em laços de respeito, confiança e solidariedade e representa, por si mesmo, as pistas para superar as relações de violência.

Melo² lembra que as oficinas são espaços planejados, mas que permitem a todos os participantes da interação realizar seus projetos, ali produzindo significativo potencial pedagógico, visto que há o compartilhamento de saberes entre os adolescentes – do Morro – e os alunos – da Universidade –, em que o reconhecimento das diferenças enriquece a relação e um contribui para a formação do outro. Conclui dizendo que “cada qual é o autor de tudo que se produz num encontro que gera um novo jeito de viver e conviver, que gera liderança e, por isso, a possibilidade de transformação”.

Na mesma citação do trecho da peça de teatro selecionada para retratar a violência representada pelo racismo, pode-se perceber também que o personagem representado pelo homem negro não possui um nome próprio no enredo. Essa não foi uma escolha feita à revelia pelos autores-estudantes. Em uma das oficinas no EMOC, uma estudante reconhecida pelas colegas como a “redatora oficial” por ter sido a responsável pela maior parte da criação da história e escrita do texto explicou que isso ocorreu devido à sua relação conflituosa com o pai e que ela não o reconhecia como sua referência como figura paterna. E não o nomeou no texto da peça de teatro, pois ela desejaria anular a presença dele em sua vida.

No entanto, em verdade, o que esse movimento representou foi a possibilidade real de ela problematizar, por meio do discurso, essa relevante questão de sua vida. Ou seja, ela criou, a partir de sua interação e reconhecimento mútuo intersubjetivo com os seus pares, as condições de possibilidade concretas para superar uma situação de violência vivenciada em sua vida familiar cotidiana. São, portanto, fragmentos do mundo da vida passíveis de serem reconstruídos por

meio do reconhecimento recíproco entre os sujeitos da interação *em ato*.

Representa uma forma de se desenvolver, de maneira crítica, uma condição vivenciada pelas pessoas daquele grupo. E mais: se no mundo da vida concreta eles são vítimas desse tipo de preconceito, ao tratá-lo na história da peça estão criando um espaço de reflexão e, empoderados, podem colocá-lo “em outro lugar”, que não seja na posição de quem agride com o preconceito, mas sim de quem não se deixa oprimir ao percebê-lo.

Na medida em que essa manifestação se expressa por meio da fala, ela se torna objeto de discurso, passível de ser problematizada, indagada, questionada pelos sujeitos em uma determinada esfera pública. E justamente na ação de fala daquele sujeito ele coloca em questão seu mundo da vida, ou seja, ele expõe elementos de seu mundo real, concreto e cotidiano, onde a inserção se realiza como potência de vida. Participar da esfera pública também tem o condão de conferir o “estatuto de cidadão”. Essa reflexão representa a síntese deste trabalho de pesquisa, que em sua essência trata de reconstruir nos espaços da vida cotidiana as condições de reconhecimento intersubjetivo mediadas linguisticamente para superar as situações de violência. Esse complexo processo também inclui a reflexão acerca do lugar do adolescente na sociedade; de suas interações na escola e na família, com as mensagens veiculadas na mídia; de sua experiência com esse fenômeno; e do imaginário coletivo.¹⁰

A apreensão da subjetividade daquele grupo em interação por meio da estratégia de criação (elaboração, invenção) do texto de uma peça de teatro mostrou-se bastante adequada aos objetivos da pesquisa e foi possível suscitar temas como racismo, trabalho, exclusão social, entre outros. Essa metodologia propiciou a potencialização das capacidades de elaboração coletiva de superação de situações de violência, na medida em que são abertas perspectivas de novas formas de conhecimento e transformação da realidade.

Com o olhar atento para as sutilezas das interações entre os sujeitos da comunidade escolar, particularmente para as relações dialógicas estabelecidas entre os estudantes, é possível contribuir positivamente para a redescoberta das riquezas dos momentos de encontro que o cotidiano da vida escolar proporciona. O intuito é incentivar a criação de espaços de reconhecimento mútuo para fortalecer os vínculos e consolidar relações mais solidárias, cooperativas e respeitadas.

CONCLUSÃO

No ambiente escolar, observam-se vários e distintos caminhos possíveis para promover a saúde, o que mostra a diversidade de percursos e as especificidades locais que precisam ser consideradas e respeitadas, além de incentivadas pela reflexão e problematização. É nesse contexto que essa pesquisa se insere e compartilha esse campo de conhecimentos com uma série de outros trabalhos, projetos de pesquisa e de intervenção.

Em relação aos 12 adolescentes, pode-se dizer que foi possível abordar temas referentes às suas próprias vidas e, assim, realizar uma relação intra e extramuros da escola. São questões do mundo da vida dos sujeitos adolescentes como violência, trabalho, racismo, relações familiares, pobreza, entre outras.

Os resultados apresentados permitem inferir algumas limitações da pesquisa, entre as quais se podem citar: a) a questão da sustentabilidade, ou seja, tornar esse tipo de iniciativa uma ação perene na escola; b) a interação com todos os atores presentes no cotidiano da comunidade escolar e interação com a comunidade no território onde a escola está localizada, para estabelecer vínculos com o serviço de saúde e demais aparelhos sociais presentes no território. Apesar das limitações da pesquisa, ela propiciou conhecer a realidade local, transitar no território da escola, articular ações de forma participativa com os adolescentes, compartilhar conhecimentos acerca do tema violência e desenvolver práticas reflexivas de sua superação.

A participação em projetos de extensão também contribuiu para a formação acadêmica dos graduandos, sobretudo em temas como metodologia de pesquisa; saúde pública e promoção da saúde; risco e violência; violência e promoção da cultura da paz. E, principalmente, contribuiu para a vivência de imersão na realidade local para conhecer o território de uma escola, o contato com experiências pedagógicas alternativas e transformadoras com a inserção da literatura e do teatro, bem como as possibilidades de desempenho do profissional de

saúde nesse espaço da vida social que, também, é um espaço de produção de saúde.

As ações de Promoção da Saúde na escola que se apoiam na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, verificado por esta pesquisa, propiciaram uma riqueza de problematizações sobre o tema e mostraram que o trabalho (teórico e prático) em Promoção da Saúde pode ser bastante promissor na busca por melhores condições de saúde. É um referencial para a reflexão e a ação e não necessariamente um ideal passível de realização plena em todas as realidades possíveis. Nesta pesquisa é compreendida como uma aposta certa na capacidade de autonomia e emancipação dos adolescentes como sujeitos de direitos para a busca compartilhada de soluções para o enfrentamento da violência e construção de uma cultura de paz na escola.

REFERÊNCIAS

1. Bodstein RCA. Ciências sociais e saúde coletiva: novas questões, novas abordagens. *Cad Saúde Pública*. 1992; 8(2):140-9.
2. Melo EM, Melo MAM, Pimenta SMO, Lemos SMA, Chaves AB, Pinto LMN. A violência rompendo interações: as interações superando a violência. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2007; 7(1):89-98.
3. Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saude Soc*. 2004; 13(1):5-13.
4. 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: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
5. Melo EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10:167-78.
6. Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001; 6(1):183-95.
7. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-77.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.
9. Spink MJ. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004.
10. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014.

Entre muros e portas dos fundos: violência e cidade a partir do olhar de um adolescente

Between walls and back doors: violence and city from the view of a teenager

Lisley Braun Toniolo¹, Bruna Simões de Albuquerque², Amanda Malta³, Andréa Máris Campos Guerra⁴, Cristiane de Freitas Cunha⁵

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Estudos Psicanalíticos. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Faculdade de Educação – FaE, Programa de Pós-Graduação Conhecimento e Inclusão Social em Educação. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FAFICH, Curso de Psicologia; Clínica de Atenção Psicossocial Freud Cidadão. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ UFMG, FAFICH, Departamento de Psicologia, Núcleo de Psicanálise e Laço Social no Contemporâneo – PSILACS. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ UFMG, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: Nosso intuito é o de acompanhar o movimento dos jovens, para compreender como eles enfrentam a passagem adolescente e constroem seu lugar no mundo, ao mesmo tempo em que revelam e questionam os contornos de nosso tempo; **Objetivos:** Mapear os lugares e não lugares que a cidade encarna para os jovens; **Métodos:** Mapeamento subjetivo das vivências de um jovem belorizontino; **Resultados:** O jovem evidencia a complexidade de viver sua adolescência numa cidade que erige muros invisíveis, tornando-se muitas vezes hostil aos jovens, principalmente negros e pobres que habitam suas periferias. Mas nos aponta que há portas dos fundos, pelas quais pode experimentar saídas inéditas que prescindam da violência e do risco aos quais lançava seu corpo; **Conclusões:** O jovem compara a cidade à vida, desenhando em seu mapa as trajetórias que ocuparam sua adolescência. Se por um lado a violência é marca central dessa experiência, percebemos como a cidade pode se fazer violenta aos jovens, que, contudo, conseguem interrogá-la indo além de seus muros.

Palavras-chave: Violência; Adolescente; Relações Interpessoais; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Our goal is to keep up with the movement of youths, in order to understand how they face the adolescent transition and build their place in the world, at the same time as they reveal and interrogate the contours of our time. **Objectives:** Mapping the places and non-places that the city incarnates to young people. **Methods:** A subjective mapping of the life experiences of a young boy from Belo Horizonte. **Results:** The youngster evidences the complexity of living his adolescence in a city that builds invisible walls, frequently becoming hostile to young people, mainly black and poor ones who live in its outskirts. Notwithstanding, he points out that there are backdoors, through which he can try unprecedented exits that do without violence and the risk to which he threw his body. **Conclusions:** The youngster compares the city to the life, drawing in his map the paths that filled out his adolescence. If on one hand violence is the central mark of this experience, we realize how the city can become violent to its youth, which is nevertheless able to question the city, going beyond its walls.

Key words: Violence; Adolescent; Interpersonal Relations; Health Promotion.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Lisley Braun Toniolo
E-mail: lisley@gmail.com

INTRODUÇÃO: POR ONDE ANDAM OS ADOLESCENTES? _____

A discussão sobre a violência no encontro com o espaço urbano mantém conexão quase imediata com a presença dos adolescentes na cidade que, independen-

temente de serem ou não autores de ato infracional, aparecem comumente como protagonistas da violência urbana nas manchetes midiáticas. Em pesquisas e trabalho com a juventude buscou-se fazer vacilar concepções costuradas pelo senso comum e desfazer conexões diretas, frequentemente atravessadas pelo preconceito, pelo racismo e pela massificação da visão sobre os adolescentes. O intuito foi acompanhar o movimento dos jovens, para compreender como eles enfrentam a passagem adolescente e constroem seu lugar no mundo, ao mesmo tempo em que revelam e questionam os contornos de nosso tempo.

Os adolescentes têm aparecido como protagonistas de lutas importantes no cenário brasileiro. Como exemplo, podem-se citar os alunos das escolas estaduais de São Paulo que, em 2015, sustentaram um movimento consistente contra a reorganização da rede de ensino feita unilateralmente pelo governo de seu estado. Os alunos ocuparam as escolas, enfrentaram violência policial e mobilizaram a sociedade civil para lutar por uma educação que responda melhor aos seus desejos e expectativas.¹ No ano de 2016 tem-se acompanhado de perto o movimento de estudantes por todo o Brasil contra a PEC 241 (proposta de emenda à constituição que trata do teto para os gastos públicos) e a MP 746 (medida provisória que versa sobre a reforma do ensino médio), em especial no Colégio Estadual Central, no qual se realizou uma roda de conversa com os estudantes sobre os desafios pessoais e coletivos da ocupação. Assim, acompanhamos esses movimentos interessadas em como os jovens o fazem coletivamente, mas também a partir da marca pessoal de cada um, daquilo que cada um oferece de si, de sua história, de seus anseios, por fim, de seu momento.

Diante de tal contexto, o presente artigo pretende, a partir da dissertação de mestrado “Encontros entre violência e cidade a partir do olhar de um adolescente”^a, pensar elementos cruciais e também nuances não tão evidentes sobre os temas aqui em questão. Nesta pesquisa interdisciplinar entre psicanálise lacaniana, urbanismo e sociologia, o que nos orientava era que o saber acadêmico não se sobrepusse ao saber do sujeito pesquisado. Esse sujeito, neste estudo nomeado de Mateus, foi entrevistado em Belo Horizonte, em locais extramuros, momento

no qual estava às voltas com a cidade que se anunciava após a medida socioeducativa de internação.

METODOLOGIA: POR ONDE VOCÊ ANDA EM BELO HORIZONTE? _____

Pergunta que disparou a pesquisa era respondida pelo jovem diante de um mapa de Belo Horizonte impresso, máquina fotográfica e gravador de voz. Mateus foi entrevistado três vezes em lugares variados na cidade, escolhidos por ele, lugares onde “se sente bem”. Vale ressaltar que Mateus é residente da periferia belorizontina. Buscou-se não apenas mapear lugares, mas também as histórias que o faziam existir em sua adolescência. Resgatou, diante do mapa, sua própria história, os modos como olhou e ocupou a cidade e foi olhado e ocupado por ela, tecendo uma cidade imaginada e reinventada.

Entende-se que para cada jovem uma cidade se inventa² e essa possível invenção, entrelaçamento da tradição com o novo, é tema de investigação. Cada geração que anda por um espaço urbano introduz aí sua forma de viver a cidade, sua maneira de estar com o outro, no campo do Outro. Andar pela cidade é, finalmente, uma forma de escrita, inscrever seu corpo, habitar lugares e modificar o próprio espaço, vasculhar o corpo da cidade. Antes de Mateus, várias gerações de escritores e poetas inscreveram lugares na cartografia literária de Belo Horizonte. Seus atos e seus lugares preferidos escreveram outra cidade, uma cidade como linguagem própria. Ao escalar o Viaduto Santa Tereza, Carlos Drummond de Andrade constrói de modo literário Belo Horizonte e marca de maneira perene a relação entre a experiência urbana e a literatura moderna.² Quantos foram os poemas, contos ou crônicas surgidos da relação dos jovens escritores com Belo Horizonte! Veremos qual a escrita de Mateus para os contornos de sua cidade delineada a partir de sua história.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A CIDADE É ISSO TUDO QUE EU VIVO _____

As primeiras lembranças da infância já situam a violência vivida encarnada na nomeação “sem terra” a partir da forma sob a qual sua família vivenciava a

^a Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (Faculdade de Medicina, UFMG) em maio de 2015. Autoria de Lisley Braun Toniolo. Orientação: Cristiane de Freitas Cunha. Coorientação: Andréa Máris Campos Guerra.

cidade. Relata: “meus pais invadiam os lugar, a polícia chegava e descia a pancada e tirava tudo”. Esses primeiros encontros com a violência policial se desdobram na própria violência à qual Mateus se lançará mais tarde. No início da adolescência, localiza a passagem de um “menino bobo e inocente” para um adolescente que se rebela contra os modos de gozo familiares: “lá em casa quem ditava as regras era a igreja”, “até torcer, não era considerado certo”. Cabe a Mateus então ultrapassar os muros da casa da família. Nas palavras de Rimbaud, era preciso “encontrar o lugar e a fórmula”^{3,32}. O trabalho do adolescente, para a Psicanálise, passaria por inventar-se na sociedade a partir do que o constitui, da criança que ele não é mais, outrora aprisionada no desejo do Outro parental uma tentativa de responder ao vazio que se abre a partir da puberdade.³

É então lá fora que o adolescente vai vivenciar aquilo que materializa a sua adolescência, nas suas palavras: “ali começou minha fase de adolescência, que cê começa a pegar mulher, cê chega em casa bêbado de madrugada, cê já conhece gente errada, cê faz merda, essas coisas”. Por meio do curso de informática no qual recebia uma bolsa, Mateus passou a sair sozinho pela primeira vez. A sensação de liberdade se amplia com o dinheiro ganho, que o possibilitou ir “onde quisesse”. Os territórios tomam novos contornos. Na biblioteca da Praça da Liberdade, aos 14 anos ele buscava livros sobre ufologia e os “heróis da ditadura”, aqueles que resistiram com violência às normas tirânicas e caprichosas impostas pelos ditadores, onde se pode arriscar um lampejo do pai de Mateus ou do modo como ele o vê. Nas entrevistas com outros jovens tem-se deparado frequentemente com a importância desses encontros contingentes que retiram o adolescente de um “vazio”, nomeado assim por eles, e mudam seu andar pela cidade e pela vida, muitas vezes a partir de uma conexão com a literatura, a música, o cinema, a rima^b.

Se Mateus já se interessava em saber sobre a violência como forma de resistência ao Outro tirânico, foi durante um jogo de futebol que, na arquibancada de uma torcida organizada, algo da violência o capturou no real de seu corpo, quando ele sentiu “aquele clima de que vai acontecer alguma coisa”, suficiente para ele “não parar de ir mais”. Assim, abandona os li-

vros e, nas arquibancadas da cidade, assume o nome da torcida organizada de seu time, laçando-se em brigas constantes e encontros que “sempre dá choque”. Mateus sai da casa de seus pais para trabalhar e morar na sede da torcida por dois anos. A cidade se amplia no mesmo movimento em que se fecha. Se agora ele viaja com seu time, circula por lugares novos, sua circulação também se restringe a certas regionais ou condicionantes como estar acompanhado. A cidade para Mateus esboça tanto possibilidades quanto muros que, se ultrapassados, enunciam a morte, circunscrevendo a disposição geográfica da cidade na rivalidade imaginária. A imersão na torcida ressignifica os modos de circular e de viver o território. Brigar parecia uma tentativa de sobreviver para organizar algo do real da adolescência, adquirir uma mestria sobre a contingência, sobre o impossível.³

Em suas palavras, a intenção da briga “é mostrar pro outro que você é mais forte” e, para tanto, estampar no corpo do outro uma perda. Marcar a perda no outro reintroduz no real a dimensão segregativa da constituição do sujeito, levando-a às últimas consequências ao despedaçar o corpo do outro.⁴ A violência entre as torcidas, como no tráfico de drogas, “praticamente institucionaliza um sistema de vida”^{5:254} que para Mateus somente foi interrompido quando houve o cometimento de um homicídio fruto de uma das brigas nas quais estava envolvido. Sentenciado à medida socioeducativa de internação, a cidade e o território são restringidos: *Quase nada, Zoológico, Centro de Saúde, Escola, Fórum*. A cidade, como Mateus alertou, se reduzia ao movimento “da cela pro pátio”. “Não é um lugar legal. [...] Quando você tá na rua você que é dono de você mesmo, você faz o que você quiser”. A rua parece simbolizar para Mateus algo da liberdade da qual foi privado dos mais diversos modos ao longo de sua trajetória por sua família, Estado e Igreja.

Mateus retoma brevemente sua incursão entre os *black blocs*, quando as torcidas organizadas se uniram para “descontar” seu sofrimento na polícia. “Porque a polícia é que faz a gente sofrer mais, nem eles (torcida rival) têm tanto problema com a gente quanto a polícia. [...] eles eram nosso inimigo, era inimigo de todo mundo”. Deslocando da nomeação impressa pela torcida, Mateus se encontra com o nome “nós pobres”, o que tem efeitos na sua relação com a cidade e a violência. A polícia responderia, assim, tanto pelas agressões feitas aos torcedores, quanto pelo sofrimento e segregação vivenciados na condição da pobreza. Para Mateus, os pobres só serão ouvidos em seu sofrimento

^b Doutorado em andamento no Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social (Faculdade de Educação, UFMG). Autoria de Bruna Simões de Albuquerque. Orientação: Ana Lydia Santiago.

mento quando quebrarem “tudo”, quando infringirem dor. Busca então tornar-se visível no mesmo palco do espetáculo que o segrega cotidianamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A CIDADE HOJE _

Na cidade encontrada à época da pesquisa (2014), muitos lugares permanecem os mesmos, sendo ressignificados a partir da distância que tomou da “loucura” de sua adolescência. Outros lugares são criados e seu mapa se reconfigura à medida que tateia a cidade que se abre e se fecha para um jovem, que não é qualquer, mas que representa também outros tantos jovens de periferia, negros, egressos, pobres. Em sua singularidade, portanto, pretende atravessar o lugar do “qualquer um” para se tornar alguém “importante” na cena da cidade, que, portando uma profissão e a “roupa certa”, poderá se rearranjar em seu território, de maneira a circular por novos lugares, que hoje são palcos ativos de segregação: *shoppings*, palácios...

Na Belo Horizonte de ontem, jovens escritores deram uma resposta da literatura à cidade que encontraram na “loucura” de sua juventude. Escalarão arcos em sinal de protesto, escreveram poemas e textos duros colocando o dedo na ferida de uma “nova” cidade que pode se mostrar tão ultrapassada e retrógrada no uso e compartilhamento de seus espaços. Drummond, Pedro Nava e Cyro dos Anjos, em seu desatino juvenil, fizeram parte do movimento de ocupação do espaço cultural da Belo Horizonte dos anos 20: a rua da Bahia nunca mais foi a mesma.²

Para Mateus, um certo palácio e a praça de uma certa liberdade não serão mais os mesmos. A cidade não se constitui a partir das delimitações oficiais, ela escapa e se molda, não sem violência, para cada um. A cidade é a vida. Nas palavras de Mateus: “A cidade é essa, isso tudo que eu vivo, que eu marquei no mapa as partes que eu vou, que... é isso...” Para cada um, a sua medida. “Cada um tem uma cidade do seu tamanho. Tem gente que a cidade é praticamente só o bairro. Não sai do bairro, e não faz mais nada, a cidade pra ele é só aquilo ali... acho que varia de peso pra pessoa. O que que é a cidade e a visão dela”.

Em seu mapa, Mateus mostra lugares onde ele gostaria de ir, mas para os quais não considera ter

“a roupa certa”, aquela que seu pai não pode lhe dar para que ele tenha sua marca e não seja “confundido com um vendedor”. Contudo, a saída para tal impasse se anuncia pela possibilidade do estudo universitário, tornando-se um advogado, um delegado... por fim, um pedagogo, que poderá dar aula para os adolescentes “presos” e ensinar-lhes “como o sistema funciona”. Conquista que quase empreendeu, ao passar no vestibular em uma universidade pública no estado, mas que abdicou diante da forte pressão paterna, que o acusava de “abandonar” a família.

Os limites de sua escrita na cena da cidade se renovam sob novas ingerências. A cidade é um texto que implica a relação do jovem com o outro social, concretamente encarnado pelos atores da cena pública, mas também com seu Outro simbólico, elemento inconsciente que o agencia em suas decisões – ambos os lugares de onde interdições e consentimentos podem advir. E fica o desejo de que a cidade não seja refratária ao novo que pode nela se escrever.

AGRADECIMENTO _____

À FAPEMIG pelo financiamento do projeto “O adolescente e a cidade Conversação Clínica: Observatório da Saúde do Adolescente da UFMG e Família Cidadã – BH sem miséria”/ APQ-02680-13

REFERÊNCIAS _____

1. Freitas F, Viana V, Luiza J. Almanaque entrevista. In: Almanaque n. 16. Rev Eletrônica IPSM-MG. 2016. [citado em 2016 jan. 15]. Disponível em: <http://almanaquepsicanalise.com.br/almanaque-on-line-entrevista-6/>
2. Marques F. Uma cidade se inventa: Belo Horizonte na visão de seus escritores. Belo Horizonte: Scriptum; 2015.
3. Lacadée P. O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2011.
4. Ramirez ME. Identidad y segregación. In: Rev Poiésis. 2000. Disponível em: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1112/1010>.
5. Guerra A, Soares CAN, Pinheiro MCM, Lima NL. Violência urbana, criminalidade e tráfico de drogas: uma discussão psicanalítica acerca da adolescência. In: Psicol Rev. 2012; 18(2): 247-63.

Escotismo como prática de promoção de saúde e prevenção da violência

Scouting as a practice of health promotion and violence prevention

Gustavo Ribeiro Bedran¹, Ana Paula Martins Lara², Alda Martins Gonçalves³, Antonio Leite Alves Radicchi⁴

RESUMO

Introdução: o escotismo pode ser considerado medida social alternativa em proporção que complementa de forma cidadã a educação de crianças e jovens. **Objetivo:** analisar o escotismo como fator de promoção de saúde e prevenção da violência. **Metodologia:** análise de conteúdo de natureza qualitativa, por meio de aplicação de entrevista semiestruturada. **Resultados e discussões:** as análises das entrevistas demonstraram que, embora pequena parcela da população exposta às situações de vulnerabilidade social tenha acesso ao escotismo, este se mostra eficaz como meio de trabalhar a promoção de saúde e prevenção da violência. **Conclusões:** nos termos das manifestações dos entrevistados, o escotismo pode ser considerado uma medida social alternativa de promoção de saúde e prevenção da violência.

Palavras-chave: Anestesia Intravenosa; Propofol; Propofol/farmacocinética; Farmacocinética.

ABSTRACT

Introduction: Scouting can be considered as alternative social way as complements, in a societal way, education of children and youth. **Objectives:** Analyze Scouting as a factor in health promotion and violence prevention, review the literature related to Scouting, as a factor in health promotion and prevention of violence, to describe the perception of life of respondents, the role of Scouting in this course and discuss the impact of the scouting movement in the lives of respondents who are attending or attended the Scout Group Mangabeiras. **Methodology:** literature review and content analysis of qualitative, through semi-structured interviews. **Results and Discussion:** The analysis of the interviews demonstrated, as well as literature studied, that scouting is an effective tool in civic education of its members. **Conclusions:** In terms of the manifestations of respondents, combined with theoretical literature, scouting can be considered as alternative social health promotion and violence prevention.

Key words: Health Promotion; Violence; Education; Social Environment; Social Group.

INTRODUÇÃO

O escotismo é um movimento educacional para jovens e crianças, com a colaboração de adultos, voluntários, sem vínculos político-partidários, que valoriza a participação de pessoas de todas as origens sociais, raças e crenças, de acordo com o propósito, princípios e métodos concebidos pelo seu fundador, Baden-Powell, adotados pela União dos Escoteiros do Brasil.¹

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Gustavo Ribeiro Bedran
E-mail: chefemontanha@gmail.com

O propósito do movimento escoteiro é *contribuir para que os jovens assumam seu próprio desenvolvimento, especialmente do caráter, ajudando-os a realizar suas plenas potencialidades físicas, intelectuais, sociais, afetivas e espirituais, como cidadãos responsáveis, participantes e úteis em suas comunidades.*¹

O método escoteiro, por sua vez, é considerado um sistema de progressão, cuja intenção é estimular que cada criança e jovem desenvolva suas capacidades e seus interesses, colocando desafios a serem superados – aventuras –, incentivando a explorar, a descobrir, a experimentar, a inventar e a criar a capacidade de achar soluções para os problemas cotidianos.

Corroborar-se a ideia popular de que o escotismo é “bom” para crianças e jovens. No entanto, este estudo demonstrou um novo enfoque, pois, além da visão clássica de prática psicopedagógica, o escotismo também atua na promoção de saúde e prevenção da violência, nas mais diversas formas.

Salienta-se que a violência tem sido uma das maiores causas de morte na região, um problema de saúde pública não só no Brasil, como em todo mundo. A prevenção é medida que se faz necessária para preservar gerações de crianças e jovens que estão morrendo antes de alcançarem a vida adulta.²

Como na prevenção da violência, a promoção de saúde é também uma medida em que o escotismo pode e deve atuar, buscando inserção e adesão junto às comunidades locais, trabalhando com crianças e jovens, principalmente com aquelas de maior vulnerabilidade social, por meio de medidas sociais alternativas.

Neste trabalho, entende-se por medida social alternativa aquela que atua territorialmente, fazendo intervenção junto à comunidade local por meio de práticas escoteiras que se caracterizam por serem apresentadas como uma educação não formal.

O Grupo Escoteiro (GE) escolhido para este estudo foi GE Mangabeiras, também chamado de 21 GEMAN, que possui mais de 30 anos. Sua sede encontra-se dentro do Parque das Mangabeiras, na cidade de Belo Horizonte, fazendo fronteira com o Aglomerado da Serra, considerado o maior conjunto de favelas da capital mineira. O objetivo principal do estudo foi analisar o escotismo como fator de promoção de saúde e prevenção da violência.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo e exploratório realizado em um grupo escoteiro (GE) vinculado à União dos Escoteiros do Brasil (UEB), localizado no interior do Parque das Mangabeiras, área fronteira com o Aglomerado da Serra, região onde moram os participantes da pesquisa. Optou-se pela pesquisa qualitativa, por esta ser uma metodologia que permite revelar processos sociais referentes a grupos particulares, além de propiciar a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias, para compreender a lógica interna do grupo em estudo.^{3,4}

O 21 GEMAN possui em seus quadros participantes egressos desse Aglomerado, sendo esses jovens e adultos os sujeitos do presente estudo. A opção por esse GE se deu pelo fato de o pesquisador ali trabalhar como voluntário desde 1997. Escolhendo-o como cenário de estudo, busca melhor conhecê-lo, para subsidiar sua prática no grupo, contribuindo com os jovens, com seus familiares e com a comunidade.

Atualmente, o 21 GEMAN recebe 142 jovens de sete a 21 anos, divididos em ramos escoteiros conforme suas idades: Ramo Lobinho, de 6,5 a 10 anos; Ramo Escoteiro, de 11 a 14; Ramo Sênior, de 15 a 17; e Ramo Pioneiro, de 18 a 21. Conta com 38 voluntários, também chamados de escotistas, que trabalham na parte administrativa e na condução dos trabalhos com as crianças e jovens.

Participaram do estudo os atuais integrantes do grupo e os egressos do movimento escoteiro, oriundos do Aglomerado da Serra, registrados no Grupo Escoteiro Mangabeiras, nos últimos 10 anos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas utilizando instrumento elaborado e testado pelo pesquisador, no qual foram incorporadas perguntas sobre as características sociodemográficas dos participantes e perguntas diretamente relacionadas ao tema da pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas após a assinatura no Termo de Consentimento, Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os sujeitos, gravadas e transcritas. Em seguida, o material foi submetido à análise de conteúdo, com reiteradas leituras de todo o material transcrito. A partir de então, foram definidas as seguintes categorias de análise: olhar dos entrevistados sobre o movimento, promoção de saúde, prevenção da violência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características dos participantes

Foram entrevistadas 12 pessoas que participam ou participaram do escotismo, advindos do Aglomerado da Serra, sendo seis participantes do sexo feminino e seis do masculino (Tabela 1). Todos responderam à pergunta final acerca da nota que dariam ao movimento escoteiro, numa escala de zero a cinco, sendo a média de 4,43.

Olhar dos entrevistados sobre movimento escoteiro

Eu só queria dizer que valeu a pena eu ter entrado pro escoteiro [...] eu me esforço pra ser útil aqui porque eu sei que isso pode mudar a vida de muitas pessoas como mudou a minha vida (E4).

Os entrevistados discorreram nessa categoria sobre aspectos que consideravam como a própria essência do escotismo, como suas características mais marcantes. Consideraram quase que como “outro mundo” o escotismo, um lugar de regras e pautado em valores que são muito fortes para seus membros. *Olha, na minha vida ele tem muita importância porque só de valores, questão de fraternidade, questão de amizade, questão de fazer a diferença pra tentar melhorar o mundo (E4).* Ou ainda: *então eu acho que respeito a gente aprende muito aqui. É... Lealdade, ser leal, ser verdadeiro (E7).*

Todos os entrevistados viram o escotismo como positivo em suas vidas: movimento escoteiro é ótimo, muito ótimo mesmo. [...] mas eu falo assim: “Ó gente, eu só sei que é uma coisa boa (E1). Para eles:

Não tem coisa ruim no escoteiro “cara”. Não entendo como uma coisa no mundo, no planeta Terra pode ser tão bom! [...] Eu não arrependo de nada que eu fiz na vida antes do escoteiro porque se eu não tivesse feito aquilo eu não estaria aqui hoje, então eu só agradeço (E3).

Em relação ao respeito ao meio ambiente, os entrevistados corroboram uma das premissas do escotismo, constante no livro Escotismo para Rapazes, de seu fundador Baden-Powell, ressaltando que as atividades prioritariamente devem ocorrer ao ar livre junto à natureza e se deve preservá-la.⁵ Suas falas são expressivas: *[...] porque foi aqui [movimento escoteiro] que eu aprendi que a gente tem que respeitar a natureza (E1); [...] Ah, eu brinco aprendendo. Aprendendo a cuidar da natureza, a cuidar dos bichos e tudo (E5).* Estudo norte-americano relaciona as atividades ao ar livre desenvolvidas pelo escotismo na natureza, como benéficas à saúde.⁶

Sobre a cidadania, todos os entrevistados a enfatizaram de alguma forma, seja como valor à vida, valor à família, respeito às pessoas, relacionada à caridade e à cidadania propriamente dita. São valores constantes que demonstram que a formação do caráter cidadão é muito forte no escotismo, permanecendo mesmo naqueles que não fazem mais parte do movimento escoteiro. *Ah, eu aprendi o valor da vida [...] eu fui criada num lugar que ninguém respeita ninguém e agora eu tenho consciência que a gente tem que respeitar as pessoas (E1).*

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados

Participantes	Idade	Papel no Escotismo	Escolaridade	Renda
Participante E1	51	Chefe (ajuda da cantina)	7ª série	R\$ 513,00
Participante E2	17	Escoteira	2º grau	+R\$ 800,00
Participante E3	17	Escoteira	1º ano	Renda familiar: 1 salário mínimo
Participante E4	49	Chefe de Lobinhos	Superior	R\$ 2.020,00
Participante E5	9	Escoteiro	4º	Renda familiar: 2 salários mínimos
Participante E6	21	Chefe	2º grau	+R\$ 2.500,00
Participante E7	21	Ex-escoteira	Superior (em curso)	+R\$ 3.000,00
Participante E8	20	Ex-escoteira	Superior em curso	+R\$ 1.1800,00
Participante E9	23	Ex-escoteiro	Superior em curso	+R\$ 1.500,00
Participante E10	25	Ex-escoteiro	Superior em curso	+R\$ 2.000,00
Participante E11	12	Escoteiro	6ª Série	+R\$ 600,00
Participante E12	13	Escoteiro	8º ano	Não sabe

A relação do escotismo com a comunidade onde habitam e o exercício de promoção da cidadania foram objeto de estudos progressos^{7,8}, bem elucidado na seguinte fala: [...] *contribui, contribui [escotismo] muito pra nossa conduta dentro da nossa sociedade como cidadão. [...], de fazer projetos sociais, ajudar de alguma forma a sociedade* (E10) (grifos nossos).

Pesquisa realizada com jovens escoteiros da Bélgica, França e Escócia revela que os mesmos são encorajados a tomar decisões, tornado-se sujeitos ativos nas suas comunidades locais⁹, o que aparece também na fala de um participante: *são os atos que a gente aprende aqui no Movimento Escoteiro, vai passando pra família, da família expande pros primos, pros vizinhos, aí vai pra comunidade* (E6).

Também sobre a participação cidadã escoteira na sociedade, recente pesquisa aduz que o movimento escoteiro estimula os jovens ao respeito e ao compromisso com a natureza, com os indivíduos e consigo próprio. Essa é uma diretriz do projeto político pedagógico do escotismo: formar cidadãos saudáveis, justos e úteis para a sociedade, como preconizou seu criador, Baden-Powell.¹⁰

Ainda em relação à cidadania e à visão dos entrevistados sobre escotismo, na fala a seguir pode-se perceber que o mesmo carrega algum preconceito social, por exemplo, ser considerado “elitizado”:

[...] eu nasci aqui no Aglomerado da Serra e quando eu era criança eu tinha vontade de participar de grupos escoteiros, só que minha mãe tinha nove filhos e falava: “ah, isso aí não dá não, isso é coisa só pra rico” e os pobres não participavam. Tinha aquela coisa toda da gente não poder participar (E4).

Em Belo Horizonte a prefeitura vem apoiando a criação de grupos escoteiros como forma de promover a inclusão social¹¹. A Fundação Caio Martins vem criando grupos escoteiros em seus centros educacionais espalhados pelo interior do estado de Minas Gerais com o mesmo objetivo¹², pois a situação de pobreza de seus membros, inclusive para deslocamentos, chega a ser um inibidor da prática do escotismo. *A gente já pensou em afastar muitas vezes por causa disso. Por causa de dinheiro. [...] e muitos ficam assim “Então nem vou ir, porque tem que pagar* (E2).

O escotismo promove o crescimento pessoal e atua no fortalecimento da autoestima, na persistência dos entrevistados, ajudando nas atividades esco-

lares e desenvolvendo o crescimento intelectual e espírito de liderança de seus membros:

[...] provavelmente se eu não tivesse entrado no movimento, hoje em dia eu seria uma pessoa desestruturada da vida. [...] se o escoteiro não tivesse acontecido, entrado na minha vida, provavelmente eu seria uma pessoa de mau, uma pessoa malvada, que como eu nasci na favela, ele tem o caminho bom e o caminho horrível, então, provavelmente, eu ia seguir o caminho horrível (E3) (grifos nossos).

[...] é um movimento que engrandece o ser humano, [...] O tempo que eu fiquei eu aprendi muito aqui (E7).

[...] Aprendi que nem tudo na vida consegue fácil, que eu já passei muita coisa no escoteiro e mesmo assim eu não desisti tão fácil (E11).

Esse enfoque é visto como facilitador de crescimento pessoal em estudo que aborda seus efeitos em adolescentes¹³, bem como em pesquisa que revela o escotismo como responsável por promover o desenvolvimento dos jovens, especialmente em relação aos princípios de ética, iniciativa, responsabilidade e confiança.¹⁴

Pesquisa inglesa, cujo título original é *Measuring what scouting contributes to local communities*, traz como exemplos de resultados positivos o fato de o escotismo ter ajudado os jovens no desenvolvimento de lideranças e habilidades, no fazer novas amizades, na construção de relacionamentos com outras pessoas, na apresentação de mais confiança e interesse em assuntos locais, nacionais e internacionais. Em relação aos adultos ouvidos, as falas demonstram que o movimento escoteiro ajuda no desenvolvimento de habilidades pessoais e vocacionais, o que é corroborado pela literatura.¹⁵

Em relação à *convivência social*, o escotismo, de acordo com sua filosofia ideológica de fraternidade universal entre seus membros¹⁶, é visto pelos entrevistados como uma fraternidade, uma família na qual a união, carinho e confiança são muito fortes em seus membros:

Todo mundo na favela chamava ela de monstro, chamava ela de feia e na hora que as meninas abraçaram ela e chamaram ela de irmã... as meninas até choraram junto com ela e falaram assim: “Não, aqui todo mundo é irmão, não tem nada de monstro aqui não” (E1).

[...] é uma amizade meio que até de irmão que eu tenho pra mim (E7).

Então, quem tá no grupo escoteiro, você tá junto em todos os momentos. No momento da alegria você tá junto, no momento da tristeza você tá junto, nos momentos da dificuldade você tá junto (E4).

Promoção de saúde

Na verdade a questão de saúde vai de ações isoladas que a gente acaba chegando num consenso que precisa (E7).

Observam-se, nessa categoria, conceitos distintos dos entrevistados em relação à mesma palavra “saúde”, relacionados a higiene corporal, primeiros socorros, campanhas públicas, atividades físicas. Isso ocorre tanto em relação à tenra idade de alguns, quanto ao nível de escolaridade de outros, como nas falas a seguir: *exercício físico hoje em dia é importante e intelectualmente também ajuda, acho que isso ajuda na saúde também* (E8).

Podem-se abstrair falas sobre *saúde pública*, por exemplo, sobre campanhas de doações de sangue e primeiros socorros, ambas ações de serviços prestados à sociedade:

[...] fizeram até uma Campanha Nacional de doação de sangue, aí envolveu projeto com a prefeitura, faculdades, centros Hemominas. [...] Vão na comunidade, na escola, assim eles vão divulgando (E6).

[...] Quando o SAMU chegou foi mais fácil pra eles fazerem o serviço todo porque a gente já tinha aplicado os primeiros socorros, aí eles até deram os parabéns pra gente. [...] Já é a segunda vez (E2).

O escotismo, segundo a fala entrevistados corroborada pela literatura¹⁷⁻²¹, promove práticas saudáveis, por exemplo, cuidado com o corpo – *então, assim, o cuidado com o corpo é essencial. [...] Então, eu acho que fala muito a questão da limpeza do corpo* (E4) – ou cuidado com a alimentação – *tem que comer coisas certas. Tipo verdura, legume, não comer muita fritura* (E6) – ou ainda prática de atividades físicas – [...] *eu coloco até físicas também, porque aqui a gente tem várias atividades, você não tá sempre para-*

do, você tá fazendo as atividades, então até promoção de saúde eu colocaria também (E9). E explicam:

O fato da gente estar sempre em atividade física assim e a gente sempre trabalha a alimentação quando a gente tá indo pra uma atividade, a gente sempre pensa muito no que vai comer que hora que vai comer, a água e isso vai tornando a gente um pouco mais saudável também fora daqui (E10) (grifos nossos).

Alguns entrevistados por sua vez entenderam não haver qualquer relação do escotismo com aspectos relacionados à saúde, como se comprova no exemplo a seguir: *mas acho também que não tem nada a ver isso não. Relacionado à saúde não* (E2).

Prevenção da violência

Acho que contribui pra gente se tornar uma pessoa menos violenta em todos os sentidos, eu acho (E10).

Percebe-se nos dizeres dos participantes que o escotismo ensina o respeito à diferença e o diálogo como forma de evitar conflitos, melhorando a atitude pessoal de seus membros:

Eu acredito que o Movimento Escoteiro pode diminuir essa violência, porque quando a gente trabalha aqui com os meninos a gente fala da questão de tá junto, dos trabalhos em grupos e isso faz com que eu ajude o outro, que a gente tenha um diálogo com o outro (E4).

Então eu acho que escoteiro, independente da briga, independente de onde for, ele vai tentar apaziguar, ele vai tentar conversar com as pessoas, principalmente se forem pessoas que estão no convívio com ele e tal (E7).

Estudos norte-americanos²² e europeus²³ demonstram que a atuação do escotismo é indicada como forma de resolução de conflitos entre jovens em situação de vulnerabilidade social. A *evitação da violência* se expressa em muitas falas:

O escoteiro, ele te ensina que as pessoas não são agressivas, que nós somos seres humanos racionais (E3).

Tem no meio de convivência, de conviver com todo mundo, de respeitar todos os credos religiosos, raça, opiniões, aí tenta passar um pouco o modo de convi-

vência, da história, aí isso afeta a convivência sobre a violência na comunidade, em outros lugares (E6).

[...] eu saí de lá, do Aglomerado da Serra, vamos supor, menos... condição social menor que o pessoal, às vezes aqui, que frequenta o grupo escoteiro, de ver que são pessoas boas, pessoas humildes também e que, às vezes, só por ter uma condição não quer dizer que eu tenha que desejar o que ele tem, porque o pessoal, a violência ocorre muito pela desigualdade social (E9).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicou em parceria com a Organização Mundial do Movimento Escoteiro (WOSM) um trabalho enfocando o tema da proteção da violência infantil, relatando casos, por exemplo, de escoteiros na Namíbia que são treinados para atuarem como multiplicadores de conhecimento, discutindo a violência, o abuso infantil e ensinando a forma não violenta de resolução de conflitos.²⁴

As drogas foram um tema bastante comum nas falas dos entrevistados, relacionadas à evitação da violência. Embora seja relacionada também à promoção da saúde, as falas se fizeram presentes sempre que o assunto foi violência.

Algumas falas demonstram a possibilidade de o escotismo atuar na promoção de saúde, não só de seus membros, mas também na comunidade em que vivem:

Eu sei que é por causa que o movimento existe pros meninos não ficar violento e nem entrar no meio das drogas. É pra evitar que eles entra nesse mundo. É isso que eu sei (E1).

[...] muita gente lá do meu bairro usa muita droga. Então eu acho que se eles conhecessem o movimento, eu acho, acho não, tenho certeza que eles parariam de usar [...] pelo fato de eu ser escoteira mesmo aconteceu de eu tirá uma pessoa, uma menina, das drogas (E2) (grifos nossos).

Não só a questão da violência, mas vamos supor, a questão da droga. No Aglomerado a gente vê casos gritantes de famílias envolvidas na droga, aí quando eu vejo que tem um menino que na família dele tem pessoas que mexe com droga, e ele tá aqui no movimento, a gente vê que ele não quer aquilo pra ele, que ele é um bom exemplo pra família dele (E4) (grifos nossos).

Alguns estudos internacionais relacionaram a promoção de saúde e o escotismo, em especial na ques-

tão do uso do álcool²⁵ e do fumo²⁶, abordando também a questão da violência que gera o consumo dessas drogas. O movimento escoteiro trabalha conscientizando os jovens para melhor saúde pessoal, alertando-os quanto aos perigos de todos os tipos de drogas.

Em relação à *competição saudável*, nos dizeres dos entrevistados a visão que têm sobre competição, nas suas atividades escoteiras, ensinando que ganhar ou perder faz parte da vida:

[...] aqui tem alguns jogos que a gente faz que quebra um pouco disso, claro que tem um tipo de competição, mas é totalmente saudável o que tem aqui (E9).

[...] é um lugar muito pra aprender a ganhar, a perder, competir, discutir, tem muita gente com ideias diferentes e às vezes o pau quebra mesmo, mas de um jeito sadio. É bom ver a opinião dos outros (E10).

Um dos entrevistados não associou a prática do escotismo com a prevenção da violência:

Eu acho que não. Ah, não sei explicar, mas... não (E11).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, ao conjugar a literatura apresentada ao longo deste estudo e os dizeres dos entrevistados, que o movimento escoteiro contribui para desenvolver a cidadania em seus membros, atuando como medida social alternativa que representa a educação não formal.

Nas falas de ex-membros do escotismo, constata-se, mesmo com o passar dos anos, que as boas práticas dos aspectos relacionados à cidadania fazem parte do cotidiano de suas vidas.

Do ponto de vista de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção da violência, a presente pesquisa poderá contribuir na elaboração e/ou aprimoramento das mesmas, voltadas especialmente para crianças e jovens em situação de vulnerabilidade social.

Há um impacto cidadão nos estudos científicos, sejam nacionais ou internacionais, bem como nos dizeres dos entrevistados que o Movimento Escoteiro produz, como meio de salvaguardar a integridade física e emocional de seus membros.

Diante de todo exposto, pode-se afirmar que o objetivo primário e os objetivos secundários foram atin-

gidos no presente estudo, na medida em que, ao final, conclui-se que o escotismo, como fator de promoção de saúde e prevenção da violência, é uma medida social alternativa. Ficou claro que os entrevistados percebem o papel do escotismo nesse percurso e o impacto do movimento escoteiro na vida dos que estão frequentando ou frequentaram o Grupo Escoteiro Mangabeiras.

REFERÊNCIAS

1. União dos Escoteiros do Brasil. Princípio, organização e regras. 9ª ed. Curitiba: Escritório Nacional; 2008.
2. Melo EM. Podemos prevenir a violência? Podemos prevenir a violência teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. p. 1-24.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
5. Baden-Powell GL. Escotismo para rapazes. Curitiba: Escoteira-UEB; 2006.
6. Hackensmith CW. Contributors to the Scouting Movement in north america. *Can J Hist Sport Phys Educ.* 1973;4(1):48.
7. Mills S. An instruction in good citizenship': scouting and the historical geographies of citizenship education. *Transactions Of The Institute Of British Geographers.* 2013; 38(1):120-34.
8. Sundmar B. Citizenship and children's identity in the wonderful adventures of nils and scouting for boys. *Child Literature Educ.* 2009; 40(2):109-19.
9. World Scout Bureau. The educational impact of scouting: three case studies on adolescence. Geneva: World Scout Bureau; 1995. p.1-227.
10. Silva CML. A contribuição do movimento escoteiro na educação do Brasil: aspectos do projeto político pedagógico do movimento e reflexos na educação para a cidadania [monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
11. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Sala de Notícias. Belo Horizonte ganha mais um grupo de escoteiros. [citado em 2012 nov. 04]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=56779&chPlc=56779&viewbusca=s>.
12. Fundação Caio Martins. Escoteiros de Minas Gerais iniciam parceria com a Fundação Educacional Caio Martins do Governo de Minas - Projeto Caio Martins. [citado em 04 jun 2012]. Disponível em: <http://www.fucam.mg.gov.br/component/content/article/10-noticias/516-noticia415>.
13. Royse D. Scouting and Girl Scout curriculum as interventions: effects on adolescents' self-esteem. *Adolescence.* 1998 Mar; 33(129):159-68.
14. Picada G.A contribuição do escotismo para a formação profissional [monografia]. Canoas: Universidade Luterana do Brasil; 2010.
15. Public and Corporate Economic Consultants. Impact assessment evaluation of the scout association. Londres: Scout Association of United Kingdom; 2011.
16. Vallory E. Global Citizenship Education. Barcelona: Universitat Pompeu; 2007. [citado em 2013 maio 04]. Disponível em: <http://www.escoltes.org/documents-interns/global-citizenship-education>.
17. Sotgiu A, Mereu A, Spiga G, Coroneo V, Contu PA. A healthy nutrition programme with child 'Cub Scouts'. *Glob Health Promot.* 2009; 16(4):61-4.
18. Cullen KW, Bartholomew LK, Parcel GS. Girl scouting: an effective channel for nutrition education. *J Nutr Educ.* 1997; 29(2):86-91.
19. Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJJ. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Am Diet Assoc.* 2000; 100(12):1466-73.
20. Rosenkranz RR, Behrens TK, Dziewaltowski DA. A group-randomized controlled trial for health promotion in Girl Scouts: healthier troops in a SNAP (Scouting Nutrition & Activity Program). *BMC Public Health.* 2010; 19:10-81. doi: 10.1186/1471-2458-10-81.
21. Gallaway MS, Jago R, Baranowski T, Baranowski JC, Diamond PM. Psychosocial and demographic predictors of fruit, juice and vegetable consumption among 11-14-year-old Boy Scouts. *Public Health Nutr.* 2007; 10(12):1508-14.
22. Sigler RT. Gang violence. *J Hith Care Poor Underserved.* 1995; 6(2):198-204.
23. Servais O. The social contribution of scouting - the state of research in french-speaking Belgium. Geneva: World Scientific Congress; 2007.
24. UNICEF International Save the Children Alliance. World Organisation of the Scout Movement. Our right to be protected from violence activities learning and taking action for children and young people. New York: UNICEF; 2006. p.78.
25. Arevian M. Training trainees, young activists, to conduct awareness campaigns about prevention of substance abuse among Lebanese/Armenian young people. *J Interprof Care.* 2010; 24(2):173-82.
26. Bonard L, Janin-Jacquat B, Michaud PA. Who are the adolescents who stop smoking? *Eur J Pediatr.* 2001; 160(7):430-5.

Estratégias de adesão à atividade física: uma revisão

Accession strategies for physical activity: a review

Kátia Kéllen de Paula Aguilar Las Casas¹, Rony Carlos Rodrigues Las Casas², Vitor Honorato Marques³, Vera Regina Guimarães⁴, Bruno Hudson Coutinho⁵, Elza Machado de Melo⁶, Ulysses de Barros Panisset⁷

RESUMO

Introdução: devido ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a necessidade de indicar caminhos que mobilizem as instituições, a sociedade civil e a população para a adoção de vida saudável. **Objetivo:** contribuir com subsídios para formulação de estratégias de adesão à atividade física a partir dos êxitos registrados na revisão de literatura. **Métodos:** selecionar estudos narrativos em seres humanos, entre 2005 e 2015, que respondam à pergunta PICO por meio do Mesh 1 e Mesh 2. **Resultados:** 33 artigos distribuídos em três propostas de intervenção. **Conclusão:** para potencializar a adesão à atividade física, os atores sociais devem se comunicar e as vozes dos usuários do serviço devem ser valorizadas. **Palavras-chave:** Promoção de Saúde; Atividade Física; Cooperação do Paciente.

ABSTRACT

Introduction: Due to the increase in non-communicable chronic diseases, it is necessary to point out ways that mobilize institutions, civil society and the population to adopt healthy life. *Objective:* To contribute with subsidies for the formulation of strategies for adherence to physical activity through the successes listed in the literature review. *Methods:* Select human narrative studies between 2005 and 2015 that answer the PICO question through Mesh 1 and Mesh 2. *Results:* 33 articles distributed in three intervention proposals. *Conclusion:* To enhance adherence to physical activity, social actors must communicate and the voice of service users should be valued.

Key words: Health Promotion; Physical Activity; Patient Compliance.

INTRODUÇÃO

No cenário mundial, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) crescem de maneira considerável, por meio das doenças emergentes e reemergentes, da desigualdade social marcante, da morbimortalidade das populações, principalmente pelas transições epidemiológica, demográfica, nutricional e da atividade física relacionadas ao comportamento e estilo de vida.¹ Assim, o foco das ações deve ser baseado no Pacto pela Saúde², nos pilares da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)³ e nas principais doenças crônicas destacadas no Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil de 2011-2022.⁴

Esse cenário traz para a agenda da saúde a necessidade de discutir e indicar caminhos estratégicos que mobilizem as instituições, a sociedade civil e a população à adoção de modos de vida saudáveis.

Para promover a saúde, prevenir e enfrentar essas doenças e agravos, o Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros serviços de promoção de saúde, institucionali-

¹ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – PBH, Secretaria Municipal de Saúde-SAMS, Academia da Cidade de Belo Horizonte; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva-NESCON. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² PBH, SAMS, Coordenação das Academias da Cidade de Belo Horizonte; UFMG, FM, NESCON. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Academia da Polícia Militar de Minas Gerais – APMMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ UFMG, FM, NESCON. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ PBH, SAMS, Academia da Cidade de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁷ UFMG, FM. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Rony Carlos Rodrigues Las Casas
E-mail: ronylascasas@gmail.com

zou a Política Academia da Saúde, que visa fortalecer a promoção de saúde e prevenir as DCNTs com base na atividade física. Esta pode ser entendida como qualquer movimento corporal realizado pelos musculoesqueléticos que resultem em gasto energético maior que os níveis de repouso.⁵

Tendo em vista a prevalência, o alcance global e o efeito deletério para a saúde da inatividade física, a questão deve ser adequadamente descrita como pandemia, com amplas consequências na saúde, na economia, no ambiente e nas relações sociais.⁶ Dessa forma, é importante entender os motivos que levam algumas pessoas a praticarem atividade física e outras não. O modelo ecológico dos determinantes da atividade física⁶ apresenta o cenário influenciador na adesão a essa prática (Figura 1). Sendo assim, o objetivo deste estudo é contribuir com subsídios para formulação de estratégias de adesão à atividade física a partir dos pontos exitosos citados na revisão de literatura.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão de literatura conduzido a partir dos temas relacionados à subutili-

zação, ao absenteísmo à adesão às práticas corporais, à atividade física, ao exercício físico, às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (*underuse, absenteeism, adhesion, motivation, demotivation, body practices, physical activity, physical exercise and health promotion*), no qual foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a estratégia público, intervenção, controle ou comparação e desfecho (PICO) – “outcomes” e o *Mesh* para busca de evidências nos sites de base de dados da saúde.

As buscas foram executadas por dois profissionais de Educação Física com especializações relacionadas às políticas públicas, à atividade física e à motivação, além de trabalharem com ações nessas áreas de conhecimento.

A pergunta PICO definida foi: quais são as causas da subutilização, da desmotivação e do absenteísmo nas políticas públicas que utilizam a atividade física como estratégia para melhoria da saúde, redução das doenças, morbidades e mortalidades? (*What are the causes of underutilization, demotivation and absenteeism in public policies that use physical activity as a strategy for improving health, reduction of disease, morbidity and mortality?*).

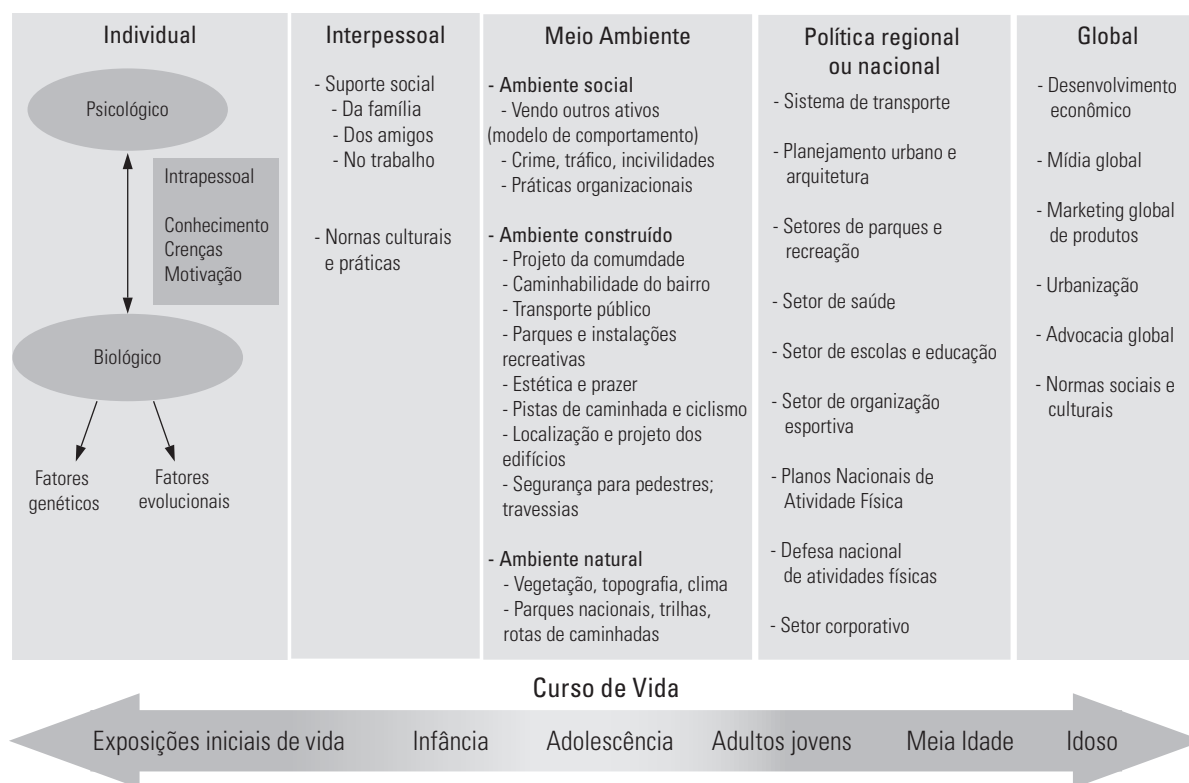


Figura 1 - Modelo ecológico dos determinantes da atividade física.⁶

A busca de evidências foi dividida em *Mesh1* – Pesquisa A: (((“underuse” OR “absenteeism” OR “adhesion” OR “motivation” OR “demotivation”)) AND (“body practices” OR “physical activity” OR “exercise physical”)) AND (“health promotion” OR “disease prevention”) AND (“policy” OR “politics”) e *Mesh2* – Pesquisa B: (((“body practices” OR “physical activity” OR “exercise physical”) AND (“system” OR “model”)) AND (“health” OR “ecological”)) AND (“determinants”) AND (“policy” OR “politics”).

As buscas de evidências nos *sites* de base de dados da saúde foram: Bireme – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), no *PubMed Health* (MEDLINE), *Health Systems Evidence* (HSE), *Cochrane Library*, *Search Trip Database*, *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), portal de periódicos CAPES e literaturas cinza.

Determinaram-se os seguintes critérios de seleção para a literatura específica: tipo de narrativa na língua portuguesa ou inglesa; período de 2005 a 2015; seres humanos; revisões sistemáticas, metanálises, metassínteses e guias; análise de resumos (com os te-

mas de interesse); e classificação acima de oito pelo método AMSTAR (zero a 11).

Após serem selecionados, os artigos foram agrupados em três propostas sínteses de intervenção e tomada de decisão: proposta 1 – motivos relacionados à inclusão e à adesão à atividade física; proposta 2 – as intervenções em atividade física e a qualidade dos serviços prestados; proposta 3 – os impactos da participação da comunidade na efetividade das ações desenvolvidas.

RESULTADOS

A Figura 2 mostra os resultados das pesquisas A (os motivos relacionados à adesão – *Mesh 1*) e B (voltada para determinantes da atividade física, modelos e políticas de saúde – *Mesh 2*). Os dados apresentam as pesquisas realizadas pelos dois avaliadores e as buscas priorizaram *sites* com bases de dados da saúde e em pesquisas avançadas.

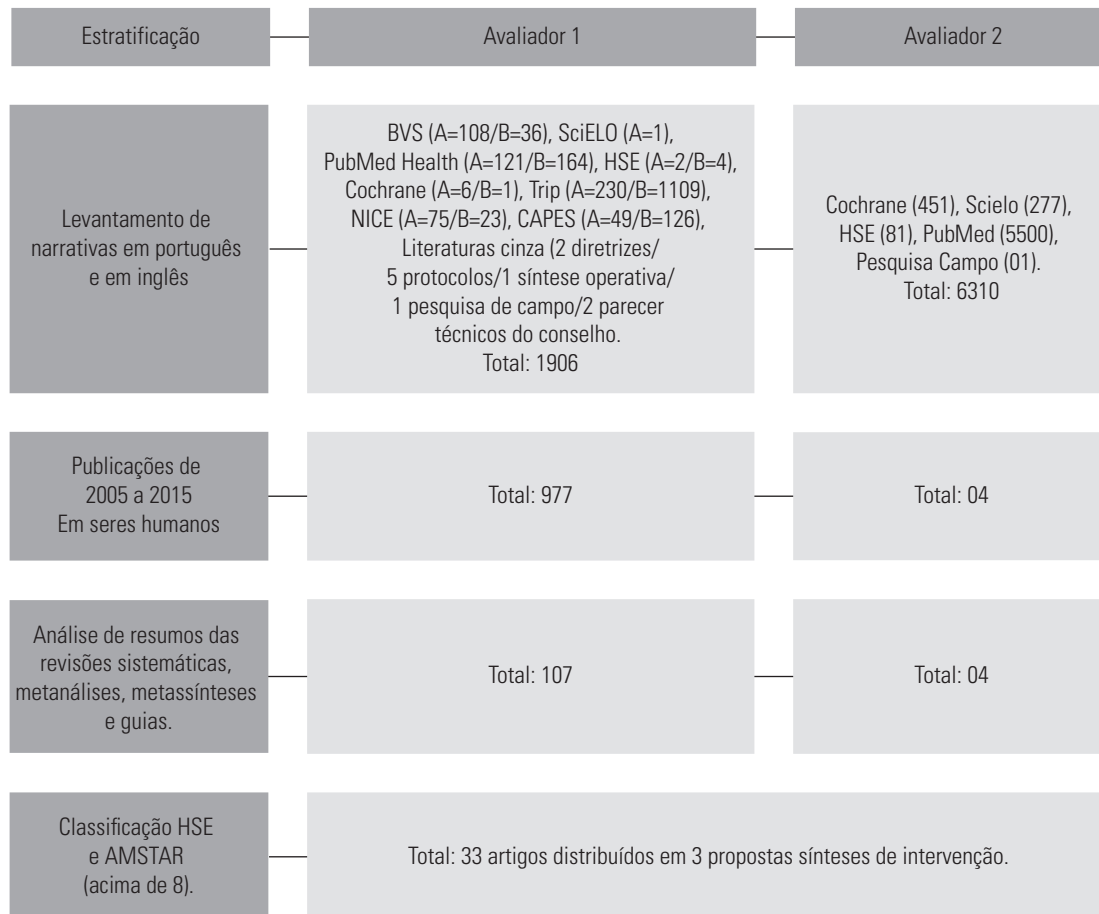


Figura 2 - Achados na literatura.

DISCUSSÃO

A presente revisão ressaltou pontos exitosos da literatura e os classificou como achados relevantes a fim de gerar informações que possam auxiliar no aumento de adesão dos cidadãos à atividade física.

O estudo classificado na proposta 1 – motivos relacionados à inclusão e à adesão à atividade física – mostra alguns impactos prováveis como a identificação de fatores benéficos que influenciam na adesão, sendo eles: o indivíduo e sua cultura/valores; as relações sociais; o meio ambiente; as políticas do território e dos serviços; as arquiteturas; o conteúdo e entrega; os mecanismos de referência; a escolha da atividade; as qualificações e o custo de profissionais.⁶

Para compor a proposta 2 – as intervenções em atividade física e a qualidade dos serviços prestados –, foram analisadas as linhas-guia e os posicionamentos do Reino Unido.⁷ Essas são excelentes revisões de orientação da população, com resultados comprovados do benefício do exercício físico nas cardiopatias, nos acidentes vasculares cerebrais, nos trombos, no câncer (evitando o reaparecimento), nas doenças metabólicas (diabetes, obesidade, fígado, renais) e nas dores osteomusculares.

Recomenda-se que crianças e adolescentes acumulem 300 minutos de atividade física por semana, com intensidade moderada a vigorosa composta de atividades recreativas. Já para os adultos e idosos a orientação é somar 150 minutos de atividade física por semana, durante 30 minutos, cinco dias da semana, em intensidade moderada, contínua ou fracionada ou durante 20 minutos três dias da semana, em intensidade vigorosa, associada à musculação dois dias da semana. A progressão da intensidade do treino é fundamental para o aumento da expectativa de vida e da própria motivação para a prática.

Pesquisa realizada com quase 300 escolares (segundo até o quarto ano) mostrou que alunos que estudam em pé mostram concentração 12% maior que a dos alunos que permanecem sentados⁸, o que equivale ao acréscimo de sete minutos por hora de tempo de atenção. Com atividade física recomendada é possível ficar até sete horas/dia assentado sem riscos adicionais à saúde.⁹ Caso não faça o recomendado, o tempo assentado reduz para apenas três horas/dia sem riscos potenciais à saúde.

É importante identificar a fase do modelo de mudança de comportamento e identificar se o indivíduo

quer mudar (agir), perguntando-lhe suas pretensões futuras acerca de sua condição de saúde. Manter o nível de motivação depende de fatores como: não desanimar diante das dificuldades iniciais, escolher exercícios que gerem mais prazer, planejar o tempo para a realização da prática, buscar ambientes e clima agradáveis, tarefas em grupo ou individualmente, conhecer as políticas de promoção de saúde da cidade, manutenção do estilo de vida ativo durante os deslocamentos e o tempo de lazer.¹⁰ Em relação aos ambientes de trabalho e/ou estudo, pode-se promover a ambiência para escritórios ativos, alternar momentos assentados e em pé, manter postura adequada, adaptar o mobiliário, fazer intervalos de cinco a 10 minutos para reduzir o tempo de cadeira, elaborar grupos de atividade física com colegas de trabalho.⁷

Já em relação às atividades do lar, é possível assistir à televisão em pé ou em exercício estacionário, limpar a casa programando variar as atividades por dia e lavar o carro.

Proposta 3 – impactos da participação da comunidade na efetividade das ações desenvolvidas: o processo de implementação de política incorpora múltiplas perspectivas teóricas que especificam um conjunto de comportamentos organizacionais para intervenções na obesidade infantil¹¹, por exemplo. Os incentivos fiscais direcionados a programas de mudança de comportamento podem reduzir o gasto com remédios e futuras internações.¹¹ No entanto, esse mesmo estudo cita que há necessidade de testar a teoria por outros pesquisadores.

CONCLUSÃO

Nessa visão, eleva-se a importância da comunicação (sabendo-se que a voz mais importante é a do usuário do serviço), garantindo a continuidade e sustentabilidade das ações planejadas (com a gestão ética que caminha de acordo com as necessidades do usuário) e refinando o processo de trabalho com a educação continuada e permanente com a equipe de saúde embasada para atuar no problema.¹² Os encontros (expressão linguística) e a ação comunicativa resignificam as culturas do movimento e os modos de vida dos sujeitos. Os sistemas baseados no individualismo possessivo se rompem pelas inter-relações dos agentes, assim, tem-se a soberania popular como base normativa de espaços públicos.¹³

REFERÊNCIAS

1. Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Schmidt MI, Lotufo P *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14(1):41-68.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva e 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: Ministério da Saúde; 2006. 76 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006; 60 p.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985;100(2):126-31.
6. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Lancet physical activity series working group. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*. 2012;380(9838):258-71.
7. Williams NH, Hendry M, France B, Lewis R, Wilkinson C. Effectiveness of exercise-referral schemes to promote physical activity in adults: systematic review. *Br J Gen Practice*. 2007;57(545):979-86.
8. Dornhecker M, Blake JJ, Benden M, Zhao H, Wendel M. The effect of stand-biased desks on academic engagement: an exploratory study. *Int J Health Prom Educ*. 2015;53(5):271-80.
9. Chau JY, Grunseit A, Midthjell K, Holmen TL, Holmen J. Sedentary behavior and risk of mortality from all-causes and cardio metabolic disease in adults: evidence from the HUNT3 population cohort. *Br J Sports Med*. 2013;49:737-42.
10. Bonolo A, Nakamura PM, Ferreira CP, Kokubun E. Associação entre percepção de saúde e presença de doenças com os principais motivos para ingressar em um programa de exercício físico em Unidades Básicas de Saúde. *Braz J Phys Activity Health*. 2014; 19(1):10-20.
11. Hendriks AM, Jansen MWJ, Gubbels JS, Vries NK, Paulussens T, Kremers SP. Proposing a conceptual framework for integrated local public health policy, applied to childhood obesity: the behavior change ball. *Implement Sci*. 2013;8(1):1-8.
12. Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo"? *Saúde Soc*. 2012;21(2):280-9.
13. Habermas J. Mudança estrutural da esfera pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984. 398 p.

O evento de violência urbana e o serviço de emergência SUS: profissionais de saúde diante da dor do usuário

The urban violence event and the SUS emergency service: health professionals facing the pain of the user

Silvilene Giovane Martins Pereira¹, Carlos José de Paula Silva², Ana Pitchon¹, Marcelo Drummond Naves², Elza Machado de Melo¹, Efigênia Ferreira e Ferreira²

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.
² UFMG, Faculdade de Odontologia, Belo Horizonte, MG – Brasil.

A compreensão da interferência cotidiana da violência na dinâmica organizacional dos serviços de emergência de saúde é bastante complexa. Em nenhum outro serviço a violência adquire tamanha visibilidade e constância, entranhada no processo de trabalho específico do serviço de emergência e nas relações entre profissionais de saúde e usuários. Neste estudo, buscou-se conhecer entre profissionais de saúde, de um lado regidos por um sistema de regras próprias, por outro regulados pelas regras sociais e institucionais que interferem em sua prática profissional, o modo como veem e reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência, bem como compreender o sentido atribuído por eles à humanização da assistência. O estudo está apoiado na teoria de Pierre Bourdieu (2008; 2010), que aborda como o poder simbólico se impõe na área da saúde, e de Hannah Arendt, que trata da banalização da violência na sociedade (2015). Utilizou-se a abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevista estruturada. A coleta de dados foi realizada nos Hospitais Maria Amélia Lins, Hospital de Pronto-Socorro João XXIII e Hospital Municipal Odilon Behrens, especializados em politraumatismos – unidades de referência no atendimento às vítimas de traumatismo maxilofacial em Belo Horizonte-MG. A amostra da pesquisa constituiu-se de cirurgiões bucomaxilofaciais do serviço de emergência dos hospitais, que aceitaram participar do estudo. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. O estudo permitiu identificar que os profissionais da saúde não estão imunes à experiência da violência dos casos assistidos no processo de trabalho que leva ao sofrimento destes diante do trauma físico e emocional, da dor do outro. Ficou evidenciado que, para suportar a dor do outro, profissionais de saúde adotam uma postura de defesa, imparcialidade ou ainda a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência, o que impõe às vítimas de violência um modelo médico que lhes nega as prerrogativas de sujeito, o rompimento com um atendimento humanizado. É no processo de formação das instituições e profissionais de saúde que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

Palavras-chave: Dor; Violência; Emergências; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Silvilene Giovane Martins Pereira
E-mail: smartins2010@yahoo.com.br

The understanding of the violence interference in the organisational dynamics of the emergency health services is quite complex. It is observed that in no other service, the violence acquires such visibility and constancy, embedded to the specific work process of the emergency service and the relationship between health professionals and users. In this study, we sought to know among health professionals, regulated by a system of rules of their own, and by social and institutional rules that interfere with their professional

practice, the way they see and react to the pain of physical and emotional trauma, from the suffering of the other person disguised in something common in the daily life of the emergency service, as well as to understand the sense attributed by them to the humanization of care. The study is based on the theory of Pierre Bourdieu (2008, 2010), which discusses how symbolic power imposes itself in the health area, and Hannah Arendt, who deals with the banalization of violence in society (2015). The qualitative approach was used, through a structured interview. The data collection was performed at the Maria Amélia Lins Hospital, João XXIII Emergency Hospital and Odilon Behrens Municipal Hospital, specialised in polytrauma patients – reference units in the care of victims of maxillofacial trauma in Belo Horizonte – MG. The research sample consisted of buccomaxillofacial surgeons from the hospital emergency service, who agreed to participate in the study. The data was submitted to thematic content analysis. The study allowed us to identify that health professionals are not immune to the experience of violence in cases assisted in the work process, which leads to their suffering in the face of physical and emotional trauma, the pain of the other. It was evidenced that to support the pain of the other person; health professionals adopt a stance of defence, impartiality, or even the annihilation of the capacity for action to confront violence which imposes to the victims of violence a medical model that denies the prerogatives of the subject, the interruption with a humanised care. It is in the formation process of the institutions and health professionals that values and attitudes of respect for human life can be rooted, indispensable for the consolidation and support of a new culture of health care.

Key words: Pain; Violence; Emergency; Health Personnel.

INTRODUÇÃO

A violência tem importante impacto para a saúde e as sequelas são sérias tanto para o sistema de saúde, com ocupação de leitos e consequente aumento de gastos, como para a sociedade, seja financeiro ou pelo alto custo emocional.¹

Nesse sentido, exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. Como lembra um dos importantes documentos da Organização Pan-Americana da Saúde:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas (sic) orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência,

atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.^{2:5}

Verifica-se que a violência ultrapassa com suas diversas faces os limites da ação médica e busca do setor de saúde, uma tutela que vai além da prestação de serviços técnicos. Portanto, não buscar compreender e perceber as demandas e expectativas do paciente e dos profissionais de saúde no contexto de saúde mediado pela violência é colocar a pessoa humana em segundo plano.³

Pela magnitude do problema, faz-se premente atentar para o fenômeno violência em todas as suas manifestações e complexidades, confrontar e estabelecer elos com as diversas ciências e dessa maneira buscar novos olhares que complementem os já existentes. É preciso verificar seus efeitos na saúde dos profissionais de saúde e, assim, empreender um esforço coletivo de melhoria do sistema de saúde no Brasil, reconhecendo as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais que envolvem a assistência emergencial a vítimas de violência urbana.⁴

São, sobretudo, nos órgãos públicos, hospitais, que os aspectos ocultos da violência institucional aparecem em toda a sua dramaticidade como séria ameaça à saúde dos profissionais de saúde, decorrentes de relações mediadas pela violência dos casos assistidos.¹

É no processo de formação das instituições e profissionais de saúde que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde. Nesse sentido, faz-se premente considerar os limites e possibilidades das iniciativas autodenominadas de “humanização”, como “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”.^{5:550}

No processo de trabalho da emergência, muitos são os sujeitos que encarnam as múltiplas faces da violência com agressões desferidas contra a face, as quais podem originar um tipo de traumatismo bastante específico, que é o traumatismo maxilofacial.

As vítimas desse tipo de agressão podem ser do sexo masculino e feminino de todas as faixas etárias: crianças vitimizadas pelos pais, companheiros e pela própria família; mulheres que sofrem agressões frequentes dos companheiros; pacientes grávidas que agredidas e violentadas fisicamente; enteadas que sofreram abuso sexual na frente das mães; moradores de rua que sofreram violên-

cia; pacientes que não têm condições de atendimento privado; homens que levaram facada da mulher; bandidos capturados por policiais; entre outros atores, agressores ou vítimas do processo de violência urbana/interpessoal.

Como bem pontua Deslandes⁴, “frequentemente colocados em oposição, população e profissionais amargam outras formas de violência”. De um lado, os usuários e a violência simbólica do não atendimento dos seus anseios mínimos de dignidade, do não encontro do amparo à sua dor. De outro, os profissionais, responsabilizados pela peregrinação daqueles que buscam o “mínimo” de atendimento, o qual é mitigado pelo Estado. Na afirmação de Deslandes⁴, “vítimas reincidentes da violência, cada um a seu termo, é perpetrador de mais violência”. Os profissionais da saúde não estão imunes a experiências da violência dos casos assistidos no processo de trabalho dos serviços de emergência.

Os profissionais de saúde, na dinâmica da emergência do atendimento a esses sujeitos vítimas de violência, poderão fazer uso do emprego de estratégias distintas de conduta, emoções e reações positivas ou negativas para enfrentamento da violência. Da dicotomia existente entre a qualidade de atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde e a violência urbana, cotidiana do trabalho dos profissionais dos serviços de emergência, emerge a necessidade de um atendimento mais humanizado, diferente do imbuído no sistema frio, neutro e tecnicista do sistema de saúde.⁴

Pela magnitude do problema, o Ministério da Saúde implantou em 2001 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Quando da implantação do PNHAH, de acordo com os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços, ficou demonstrado que a qualidade da atenção oferecida ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro⁶:

Na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de hospitais, a falta de medicamentos, etc.

Nesse contexto, a humanização surge como um desafio no novo século para os profissionais de saúde e para sociedade e se faz necessário estimar as possibilidades de controle ou prevenção da violência institucional em favor da saúde humana.⁶

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi conhecer entre profissionais de saúde o modo como veem e reagem diante das sutis formas de violência simbólica,

noutro dizer, como reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência, bem como compreender o sentido atribuído por eles à humanização da assistência.

MÉTODOS

A coleta de dados foi realizada no Hospital Maria Amélia Lins, Hospital de Pronto-Socorro João XXIII e Hospital Municipal Odilon Behrens, especializados em politraumatismos – unidades de referência no atendimento às vítimas de traumatismo maxilofacial em Belo Horizonte-MG. As coletas foram realizadas entre 2008 e 2010, entre outubro e dezembro de cada ano. A amostra da pesquisa constituiu-se de cirurgias bucomaxilofaciais do serviço de emergência dos hospitais que aceitaram participar do estudo. Utilizaram-se a abordagem metodológica qualitativa e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas. As entrevistas foram aplicadas por um único pesquisador previamente treinado, nas dependências do hospital, em intervalos do atendimento.

Cada entrevista foi organizada com as mesmas questões fechadas e abertas, permitindo aos respondentes um espaço para emitirem informações que não seriam possibilitadas somente com questões fechadas. As perguntas buscaram avaliar a reação dos profissionais diante da violência sofrida pela vítima, a relação estabelecida com a vítima e as possíveis interferências no atendimento humanizado. As informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo utilizando-se a técnica de análise de conteúdo temática. Os casos foram categorizados e chegou ao tema: postura profissional diante da violência dos casos assistidos. Os procedimentos realizados na análise de conteúdo seguiram as etapas preconizadas por Minayo⁷. Dois pesquisadores reuniram-se com o pesquisador entrevistador e após leitura exhaustiva do material foi realizada a preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, categorização (classificação das unidades em categorias) e temas, seguindo-se a descrição e compreensão do fenômeno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência faz parte do dia a dia dos serviços de emergência. Como bem pontua Arendet⁸, “é a banali-

zação da violência”. Em contraposição, como afirma Deslandes, “os profissionais da saúde não estão imunes a experiências da violência dos casos assistidos no processo de trabalho dos serviços de emergência”.^{4:196}

Em termos empíricos, buscou-se coletar as impressões dos profissionais de saúde, de um lado regidos por um sistema de regras próprias, por outro lado regulados pelas regras sociais e institucionais que interferem em sua prática profissional, com o objetivo de compreender como veem e reagem diante da dor do trauma físico e emocional, do sofrimento do outro disfarçado em algo comum no cotidiano do serviço de emergência.

A postura dos profissionais de saúde dos serviços de emergência mostra a situação de ambivalência que vivem diante da violência dos casos assistidos. A contradição ou a ambivalência fica evidente nas falas dos profissionais de saúde e atesta que buscam formas de sobrevivência na rotina diária dos serviços de emergência, como a imparcialidade, autoproteção ou, ainda, a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência. Criam estratégias para suportar algumas situações do trabalho que produzem dor, que são as várias faces da violência.

Indignação por tanta violência [...]. sentimento de pena, impotente, devido à crueldade que foi a violência [...]. Em caso de agressão física indignação, ouve mas não posso intervir [...]. Procuo não me envolver no caso. Permito que relate, sem se envolver [...]. Ouve, mas não pode intervir, apenas posso ouvir, prefiro não me envolver [...].

O eixo estruturante dos sistemas simbólicos é a comunicação. O sustentáculo da origem da violência e do poder simbólico nas ações e práticas dos profissionais de saúde está nesta pesquisa, relacionado a vários aspectos que se relacionam à comunicação, à desqualificação e à objetificação das vítimas de violência, presentes nas diferentes maneiras como se constrói a relação entre profissionais e as vítimas. Em especial no campo da saúde, quando as formas de comunicação entre os profissionais de saúde e as vítimas de violência envolvem relações muito diferentes, fomentam-se a violência e o poder simbólico.⁹

Na área da saúde, o poder simbólico se apoia sobre três pilares: primeiro, a generosidade própria de cuidar daqueles que necessitam do atendimento e que por ele não podem pagar. Segundo, o médico, detentor de um saber absoluto da técnica e diferentes formas de intervir no corpo, que fomenta o terceiro

pilar, que é a aniquilação do sujeito como capaz de responder por si próprio nas decisões quanto ao seu bem-estar e nas possíveis intervenções feitas em seu corpo e sua saúde.⁹

Nesse sentido, conhecimento técnico-profissional, necessidade do paciente, legitimidade e sujeição se entrelaçam no encontro entre profissionais de saúde e pacientes, visto que a vontade aniquilada antecede a desqualificação do sujeito, daquele que não é ouvido, que não entende, que não sabe sobre o que os profissionais de saúde estão falando, é a desconsideração do paciente como sujeito partícipe do processo de tratamento.

Essa forma de ação promove o processo silencioso de objetificação do paciente vítima de violência e o rompimento da aliança terapêutica entre o paciente e o profissional de saúde, visto que o profissional da saúde não se vê obrigado a dar ao paciente todas as informações possíveis, a fim de promover o conhecimento do quadro da doença, para que o mesmo possa tomar uma decisão, discutir opções terapêuticas.³

Não procurar saber a causa do trauma e ser indiferente ao outro geram a despersonalização do indivíduo, o que é usado pelos profissionais de saúde como meio de defesa para enfrentamento da violência. Estratégias de distanciamento e negação de sentimentos para impossibilitar o envolvimento emocional com o paciente são utilizadas para suportar a violência dos casos de vítimas de violência assistidos em um serviço de emergência.⁴

Procuo atender todos da mesma maneira [...]. O tratamento deve ser igualitário [...]. Tratamento indiferenciado [...]. Sendo um hospital do SUS um pronto-socorro para atendimento de urgências [...]. Não ocorre normalmente diferenciação no modo de atender [...].

Da mesma forma, a generosidade imbuída nas ações dos profissionais de saúde não é percebida nos discursos, estando intrínseca ao poder simbólico, que de forma sutil transfigura as relações entre dominante e dominado em uma relação que não é vista como sujeição. Ocorre então a subjetivação do sujeito, noutro dizer, é o abandono da autonomia privada pelo paciente vítima de violência.⁹

Ponto grave do tratamento dos casos de violência atendidos nos serviços de emergência é entender o bem do tratamento como bem físico e, como consequência, afirmar que a técnica é o único e o mais indicado para tratar o bem físico. Porém, sabe-se que a

saúde e o bem-estar do indivíduo são compostos de outros elementos, a título de exemplo os psíquicos e os emocionais. O certo é que a saúde é uma realidade global que não se reduz apenas ao bem-estar físico.⁹

Verificou-se que a violência como demanda dos profissionais dos serviços de emergência faz com que os profissionais busquem identificar habilidades que vão além do conhecimento técnico para lidar com a violência dos casos assistidos, sem orientação ou apoio institucional, não havendo preparo algum para esse tipo de experiência/ violência.⁴

Nesse complexo itinerário das relações mediadas pela violência, os números visíveis correspondem a muitos outros invisíveis, como lesões que não demandam cuidados de saúde e não são notificados e ainda aquelas difíceis de medir e até mesmo de perceber, como, por exemplo, a violência psicológica¹, todas geram sofrimento para os profissionais de saúde.

Por causa da frieza com que o agressor contou os acontecimentos e passividade do agredido diante da situação [...]. É frustrante vivenciar o que alguns pacientes relatam devido às suas condições econômicas e instrução. Falta de amparo e dificuldade de amparo médico [...]. Me imagino no lugar desta pessoa. [...]. Sentimento de pena. [...].

Como resultado, essas relações de poder simbólico que se travam nos serviços de emergência que atendem vítimas de violência poderão fazer com que os profissionais de saúde façam uso do emprego de estratégias distintas de conduta, emoções e reações positivas ou negativas para suportar a dor do sofrimento do outro, “compreender e fazer compreendido em seus anseios, medos, angústias”, as quais levam ao rompimento com os preceitos da humanização da assistência; “ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do “outro” em sua humanidade”.¹⁰

Essa relação de ambivalência é evidenciada na dicotomia entre um atendimento humanizado e o distanciamento das vítimas de violência. As respostas dos profissionais de saúde demonstram, efetivamente, que as relações mediadas pela violência dos casos assistidos no atendimento a vítimas de violência levam à elaboração de mecanismos de defesa e até à incorporação do poder invisível e indiferente da estrutura da organização hospitalar, para enfrentamento da dor, do trauma físico e emocional das vítimas.¹¹

O estudo permitiu identificar a violência como demanda concreta do dia a dia dos serviços de emer-

gência e que os profissionais da saúde não estão imunes à experiência da violência dos casos assistidos no processo de trabalho, a qual desempenha papel específico no cotidiano desses profissionais e leva ao sofrimento diante do trauma físico e emocional da dor do outro. Ficou evidenciado que, para suportar a dor do outro, profissionais de saúde adotam uma postura de defesa, imparcialidade ou, ainda, a aniquilação da capacidade de ação para o enfrentamento da violência que impõe às vítimas de violência um modelo médico que lhes nega as prerrogativas de sujeito, coisificando seu corpo, levando ao rompimento com atendimento humanizado.

Nesse contexto, é necessário lançar um novo olhar sobre as relações de poder simbólico travadas pelos profissionais de saúde dos serviços de emergência, reconhecendo as subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais que podem fomentar efeitos psicológicos de dor e sofrimento para estes e traçar estratégias e políticas públicas de enfrentamento da violência dos casos assistidos, com vistas ao alcance de uma assistência humanizada.

É no processo de formação das instituições e profissionais de saúde que se podem enraizar valores e atitudes de respeito à vida humana, indispensáveis à consolidação e à sustentação de uma nova cultura de atendimento à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Melo EM. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde; 2010.
2. Organização Panamericana da Saúde. Violência y salud: resolución no XIX. Washington: OPAS; 1994
3. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética médica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
4. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
5. Berger PL, Luckmann TA. Construção social da realidade. 16ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
6. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. 2001. [citado em 2016 set. 20]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Arendt H. Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Schwarcz S.A; 2015.

9. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papyrus; 1996.
 10. Deslandes S. Análise do discurso oficial sobre a humanização. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9(1): 7-14.
 11. Rüger A, Rodrigues RL. Autonomia como princípio jurídico estrutural. In: Fiuza C, Sá MFF, Naves BTO. Direito civil: atualidades II. Belo Horizonte: Del Rey; 2007.
-

Excesso de peso em escolares de Belo Horizonte

Overweight schoolchildren in Belo Horizonte

Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro ¹, Renata Beatriz Abreu²

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Núcleo Promoção de Saúde e Paz; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG, Belo Horizonte, MG – Brasil.
² SES-MG, Vigilância Epidemiológica das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis/Promoção da Saúde, Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil

Fundamento: o excesso de peso corporal (EPC) é um dos determinantes para a crescente epidemia mundial de doenças cardiovasculares isquêmicas. Existe uma carência de estudos regionais avaliando tendências nas taxas de prevalência do EPC nessa população específica. **Objetivo:** verificar a tendência da prevalência do EPC e distribuição da adiposidade entre escolares do ensino fundamental de Belo Horizonte. **Métodos:** análise de tendência proveniente de cortes transversais (1998-2009) realizados em escolas públicas e privadas na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, perfazendo uma amostra de 1.450 e 2.038, respectivamente. As medidas antropométricas incluíram peso, altura, circunferência da cintura abdominal e a relação cintura-estatura (RCE). E as análises foram realizadas com o programa de análise estatística SPSS for Windows. **Resultados:** houve aumento de 5,4% da prevalência do sobrepeso, 5,1% da obesidade e 10,5% do excesso de peso entre os meninos. Já entre as meninas, o aumento das prevalências de sobrepeso foi de 0,3%, de obesidade 4,2% e de excesso de peso 4,5%. Verificou-se tendência incremental dos valores aumentados de IMC e da RCE em direção ao ano de 2009 em relação ao ano de 1998 em ambos os sexos. **Conclusões:** detectou-se preocupante tendência incremental na prevalência de EPC entre crianças escolares, representando não apenas um desafio à saúde pública, mas também risco ao desenvolvimento econômico do país, pelo potencial de morbidade associada às doenças cardiovasculares que certamente acompanharão esse incremento, manifestando-se também na fase adulta.

Palavras-chave: Sobrepeso; Obesidade; Adiposidade; Saúde Escolar.

ABSTRACT

Background: Excess body weight (EBW) is one of the determinants for the growing worldwide epidemic of ischemic cardiovascular diseases. There is a lack of regional studies evaluating trends in the EBW prevalence rates in this Brazilian specific population. **Objective:** To determine the trend in EPC prevalence and distribution of adiposity among elementary school children of Belo Horizonte city. **Methods:** Trend analysis from cross sections (1998 - 2009) on a sample of 1,450 and 2,038 respectively, school children from public and private schools in the city of Belo Horizonte - Minas Gerais. Anthropometric measurements included height, weight, waist circumference and waist / height circumferences (WHC). The analyzes were performed using the statistical analysis software SPSS for Windows. **Results:** There was a 5.4% and 10.5% increase in the prevalence of overweight and obesity among boys. Among girls the increase in overweight and obesity prevalence was 0.3% and 4.2%. We found an incremental trend of increased levels of BMI and WHC towards the year 2009 compared to 1998 in both sexes. **Conclusions:** We found an incremental trend in school children EBW prevalence, representing not only a public health challenge, but also a risk to the country's economic development determined by the potential

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
E-mail: dr.robepierre@gmail.com

morbidity associated with cardiovascular diseases manifesting in adulthood.

Key words: Overweight; Obesity; Adiposity; School Health.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso corporal é um dos determinantes para a crescente epidemia de doenças cardiovasculares isquêmicas (DCV) presentes tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento como no Brasil, cujas DCVs são responsáveis por elevado valor de carga de doenças representadas pelos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI ou DALY – *Disability Adjusted Life Years*).^{1,2}

Esse cenário implica alto custo na manutenção da saúde e tratamento das comorbidades associadas ao excesso de peso, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que geram redução na produtividade da população e conseqüente impacto na economia dos países.³ No Brasil, país em transição epidemiológica relativa a doenças e padrões nutricionais, as comorbidades associadas ao EPC determinam custo em torno de um bilhão e 100 milhões de reais/ano com despesas de internações, consultas e medicamentos. Cada brasileiro que desenvolve doenças crônicas associadas ao EPC custa 100 reais por ano ao SUS.⁴

O fenômeno da obesidade tem atingido cada vez mais a população infantil mundialmente⁵ e da mesma forma os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) clássicos, a hipertensão arterial sistêmica e os níveis anormais de colesterol e suas frações lipoproteicas já se encontram presentes precocemente na infância, incluída a população do presente estudo.⁶⁻⁸ No nosso país, dados de 2008-09 indicam que 40,3% dos meninos e 38% das meninas no Sudeste estavam com sobrepeso ou obesidade, principalmente as crianças de nível socioeconômico mais baixo.⁹

Muitos estudos investigando a prevalência do EPC em crianças brasileiras têm sido publicados na última década, entretanto, exceto os grandes inquéritos nacionais⁹, existe uma carência de estudos regionais avaliando tendências nas taxas de prevalência do EPC nessa população específica. A compreensão das tendências dos FRCVs é imperativa para estratégias de políticas públicas e programas de prevenção dessas doenças e de promoção da saúde cardiometabólica.¹⁰

Torna-se então oportuna uma resposta à seguinte questão: qual é a tendência da prevalência do excesso de peso corporal e distribuição da adiposidade entre os escolares do ensino fundamental?

MÉTODOS

Foram realizados dois cortes transversais do tipo inquérito epidemiológico em população escolar de escolas públicas (municipais e estaduais) da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, como parte de um estudo de intervenção para incorporação de hábitos de vida saudáveis, com foco no comportamento alimentar e na atividade física/sedentarismo. O primeiro foi realizado no ano de 1998 e o segundo no ano de 2009. Para o primeiro estudo (1998), foram inicialmente randomizadas 20 escolas entre as 521 escolas públicas e privadas existentes e, num segundo estágio, duas salas de aula em cada escola, quando todos os alunos de cada sala foram escolhidos para compor a amostra de 1.450 estudantes. O tamanho da amostra foi calculado para o primeiro e o segundo estágios de acordo com metodologia descrita por Kish¹¹, a partir da fórmula do teste t de Student, pré-especificando os erros α e β , como 0,05 e 0,20, respectivamente. A variável utilizada para o cálculo do tamanho amostral foi a prevalência de níveis elevados de pressão arterial, detectada em um estudo anterior.¹²

Os pais ou responsáveis de todos os escolares avaliados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual foram informadas a natureza e a importância do estudo, seus objetivos, segurança na condução das avaliações e garantia do sigilo dos dados. O TCLE foi cuidadosamente elaborado de acordo com as Diretrizes Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos, organizadas pelo Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) em colaboração com a OMS, contemplando também a Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde – Brasil.¹³ O protocolo de pesquisa do primeiro estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMG e da USP e o do segundo estudo pelo CEP da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Coleta de dados

As medidas antropométricas incluíram peso, altura e indicadores de distribuição truncal da adiposidade – circunferência da cintura abdominal e a relação cintura-estatura (RCE). Essas medidas seguiram padrões já bem estabelecidos¹⁴, tendo sido realizadas nos estudantes com vestimentas leves. A estatura foi

obtida por meio de um estadiômetro portátil, com aproximação de 0,1 cm, estando o estudante sem sapatos. A medida de peso corporal, com aproximação de 0,1 kg, foi fornecida por balança eletrônica portátil fornecida pela OMS e confirmada sistematicamente a cada 10 medidas por outra balança eletrônica. Já o perímetro da cintura foi aferido com fita métrica simples não extensível, com os escolares de pé e calcanhares unidos, sendo registrada a medida no milímetro mais próximo.

Análise estatística

Nas análises estatísticas, essas medidas antropométricas foram incluídas como médias. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado como peso em quilogramas (kg) dividido pela altura em metros elevada ao quadrado. A idade foi calculada a partir da data de nascimento relatada.

Com o objetivo de comparação de resultados com outros estudos realizados anteriormente – e segundo recomendações para avaliação em inquéritos epidemiológicos de prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes e inferência de associações e risco de subseqüentes comorbidades –, foi considerado como sobrepeso o IMC entre os percentis 85-94 e obesidade o IMC igual ou superior ao percentil 95, de acordo com o sexo e idade.¹⁵ No presente estudo, foram considerados “com excesso de peso” aqueles estudantes com sobrepeso juntamente com os obesos, isto é, qualquer um que estivesse com o IMC acima do percentil 85. E aqueles considerados como de “peso normal” quando o seu IMC fosse abaixo do percentil 85 até o percentil 5. Ao definir o percentil 85 como ponto de corte para excesso de peso, incluiu-se o sobrepeso, fator de risco para DCV¹⁶, que na amostra contava com um número de estudantes muito maior do que os obesos.

O índice de massa corporal (IMC) tem sido usado como um *proxy* para o EPC por muitos anos, mas, recentemente, os índices de obesidade abdominal (relação cintura-quadril [RCQ], circunferência da cintura abdominal [CA] e a relação cintura abdominal-estatura [RCE]) têm sido cada vez mais associados a elevado risco cardiometabólico em ambos os estudos transversais e prospectivos.¹⁷ A RCE, também denominada índice de conicidade,

constitui melhor preditor do que a CA e o IMC para o diabetes *mellitus* 2, dislipidemia, HAS e risco de DCV em ambos os sexos nas populações de várias nacionalidades e grupos étnicos¹⁷. A RCE (>0,44) foi o melhor preditor de perfil lipídico adverso (colesterol total elevado e valores indesejáveis de HDL-C) em crianças e adolescentes escolares em três grandes cidades brasileiras.⁸

Todos os testes de significância foram considerados em um nível de 0,05 para o erro tipo I, ou seja, nível de 5% para hipótese de que cada parâmetro é igual a zero foi usado para rejeitar a hipótese sempre que o valor do parâmetro estimado excedeu 1,96 vez o erro-padrão estimado. As análises foram realizadas com o programa de análise estatística SPSS for Windows (versão 18.0 – SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Foram feitas comparações das medidas antropométricas e metabólicas por sexo, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney, dada a distribuição assimétrica das variáveis. Médias, desvios e erros padrão foram calculados por meio de métodos padronizados.

RESULTADOS

Entre os meninos, houve aumento de 5,4% na prevalência de escolares com sobrepeso, aumento de 5,1% de escolares obesos e 10,5% de escolares com EPC (Tabela 1). Entre as meninas, houve aumento de 0,3% na prevalência de escolares com sobrepeso, aumento de 4,2% de escolares obesos e 4,5% de escolares com EPC. A prevalência de desnutrição reduziu-se em 1,3% entre os meninos e aumentou em 2,4% entre as meninas (Tabela 1).

O valor médio do IMC aumentou em 1,2 ponto entre os meninos e 1,5 ponto entre as meninas (Tabela 2).

Verificou-se deslocamento da curva de distribuição do IMC em direção a valores mais elevados no ano de 2009 em relação ao ano de 1998, evidenciando a tendência incremental na prevalência de EPC (Figura 1).

Também houve um deslocamento da curva de distribuição da RCE em direção a valores mais elevados no ano de 2009 em relação ao ano de 1998, evidenciando a tendência incremental na prevalência da distribuição truncal da adiposidade abdominal (Figura 2).

Tabela 1 - Tendência na distribuição da taxa de sobrepeso, obesidade e excesso de peso em escolares do ensino fundamental na cidade de Belo Horizonte

	1998		2009	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Masculino				
Desnutrição	57	11,7	62	10,4
Normal	340	69,5	361	60,3
Sobrepeso	34	7,0	74	12,4
Obeso	58	11,9	102	17,0
Excesso de peso*	92	18,9	176	29,4
Feminino				
Desnutrição	29	5,7	42	8,1
Normal	396	77,8	368	70,9
Sobrepeso	43	8,4	45	8,7
Obeso	41	8,1	64	12,3
Excesso de peso*	84	16,5	109	21

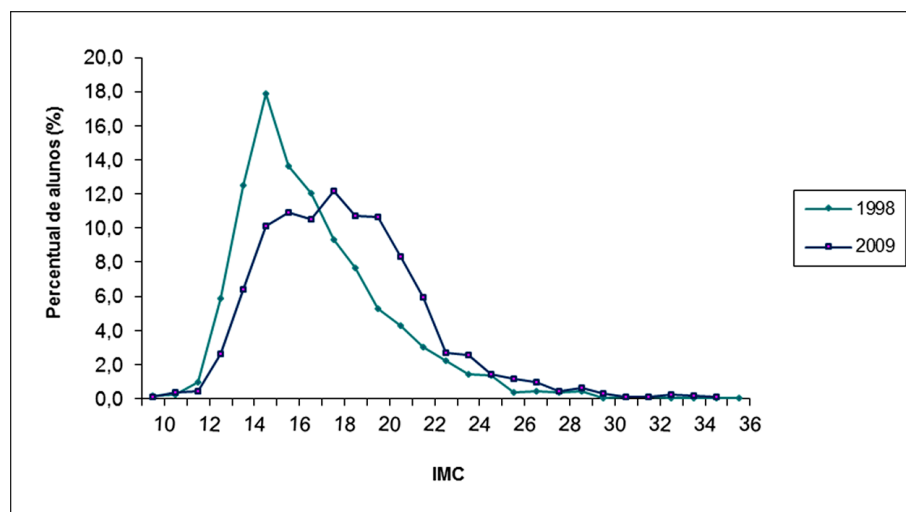
*Excesso de peso: escolares com sobrepeso e escolares obesos

Tabela 2 - Tendência na distribuição dos valores médios de IMC em escolares do ensino fundamental na cidade de Belo Horizonte

Gênero	IMC	
	1998	2008
Masculino		
Média	17,7	18,9
Desvio-padrão	3,5	3,6
Feminino		
Média	17,6	19,1
Desvio-padrão	3,4	3,3

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que escolares do ensino fundamental apresentaram tendência incremental na prevalência de sobrepeso, obesidade e excesso de peso. Essa tendência foi maior entre os meninos que entre as meninas. Verificamos redução na prevalência de desnutrição entre os meninos e, ao contrário, incremento entre as meninas.

**Figura 1** - Distribuição do IMC entre crianças escolares de Belo Horizonte em 1998 e 2009.

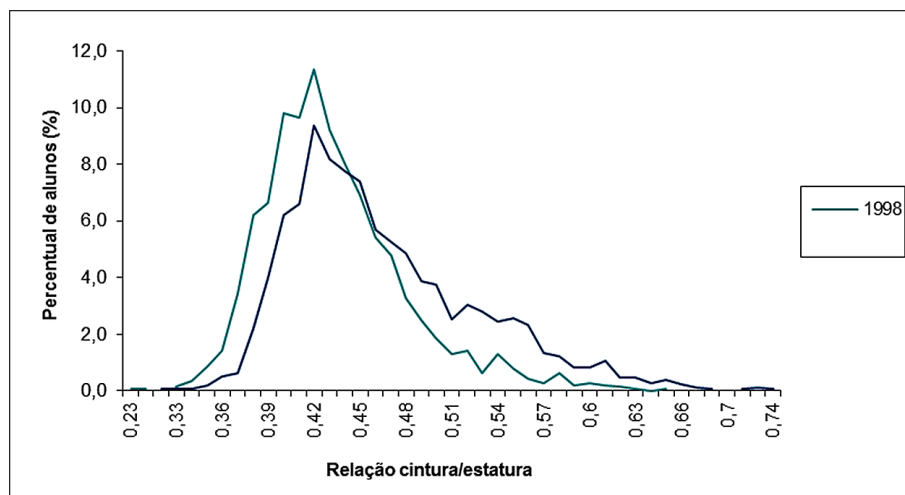


Figura 2 - Distribuição da RCE entre crianças escolares de Belo Horizonte em 1998 e 2009.

As taxas de prevalência de EPC foram menores que as encontradas na Pesquisa sobre Orçamentos Familiares – 2008-2009.⁹ Essa pesquisa nacional mostrou que 34,8% dos meninos e 32% das meninas brasileiros apresentavam sobrepeso e 16,6 e 11,8% estavam obesos, com taxas ainda maiores nas áreas urbanas, principalmente no Sudeste, onde 40,3% dos meninos e 38% das meninas tinham sobrepeso.⁹

O inquérito nacional norte-americano, *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES), demonstrou que aproximadamente 17% das crianças e adolescentes entre dois e 19 anos encontravam-se obesos no inquérito de 2009-2010.¹⁸ Essa prevalência vem aumentando a cada década. Entre o período dos inquéritos NHANES de 1971-74 e 2007-8, o percentual de crianças entre seis e 11 anos aumentou cinco vezes, passando de 4% para aproximadamente 20%, representando aumento de 16% na taxa de obesidade em um período de aproximadamente quatro décadas.¹⁹

Wang *et al.*²⁰ encontraram aumento de 12,5% na prevalência de EPC em crianças brasileiras (seis a nove anos) durante um período de aproximadamente duas décadas (4,9 e 17,4%).

A taxa de prevalência de obesidade em crianças brasileiras de cinco a nove anos de idade vem apresentando incremento de 2,5% ao ano entre o período de 1975 e 1989 e de 7,6% ao ano entre 1989 e 2008, com projeção de atingir 46,5% em 2022.²¹

Em Belo Horizonte, no presente estudo, os meninos apresentaram aumento de 5,1% e as meninas 4,2% em aproximadamente uma década. Entretanto, os valores de Belo Horizonte podem não ser diretamente comparáveis, pois a curva incremental dos es-

tudos do NHANES e de Wang *et al.*²⁰ provavelmente deve ser parabólica. Comparado com o estudo do Ministério da Saúde²¹, o incremento da taxa de obesidade em nossa amostra parece ter sido maior.

Os resultados revelaram deslocamento das curvas de distribuição do IMC e RCE em direção a valores maiores dessas dimensões antropométricas, significando que toda a amostra populacional aumentou o EPC e o acúmulo de gordura na região abdominal. Isso significa que estratégias de prevenção a partir do rastreamento populacional de escolares com EPC (“prevenção de alto risco”) não seriam efetivas o suficiente para a redução da epidemia de EPC já que, segundo Geoffrey Rose, não conseguem deslocar a curva para a esquerda, mantendo o mesmo número de escolares situados na região central da curva, a maior provedora de futuros eventos clínicos.²² Então, diante dos preocupantes dados verificados nessa série histórica, concorda-se com a sugestão da Secretaria de Vigilância em Saúde – MS²¹ quanto à necessidade fundamental de ampliar intervenções políticas que promovam oportunidades reais de adoção de comportamentos saudáveis como o consumo de frutas e hortaliças e a atividade física no lazer em idades mais jovens. Isso porque, além de trazer mais benefícios para a saúde, é também mais sustentável ao longo da vida. Entretanto, lembra-se que tais intervenções devam ser em nível de “prevenção populacional” (em vez de intervir apenas nos obesos detectados pelo Programa de Saúde da Família – PSF) e ter o cuidado de incorporar apenas as estratégias com evidências relevantes de efetividade, demonstrando com robustez científica a adoção desses comportamentos saudáveis.

CONCLUSÃO

Apurou-se preocupante tendência incremental na prevalência de EPC entre crianças escolares, representando não apenas um desafio à saúde pública, mas também um risco ao desenvolvimento econômico do país, pelo potencial de morbidade associada às doenças cardiovasculares que certamente acompanharão esse incremento, manifestando-se quando essas crianças atingirem a idade adulta.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Obesity and overweight. Fact Sheet no 311. 2012 [citado em 2016 abr. 12]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- Schramm JM, Valente JG, Leite CI. Perfil epidemiológico segundo os resultados do estudo de carga de doença no Brasil. In: Ministério da Saúde (BR). Contribuições para a agenda nacional de prioridades de pesquisa. Brasília: MS; 2002.
- United Nations General Assembly. Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. 2011. [citado em 2016 abr. 12]. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. Custos de doenças ligadas à obesidade para o SUS. 2012. [citado em 2016 abr. 12]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/noticia/custos-de-doencas-ligadas-a-obesidade-para-o-sus>
- International Association for the Study of Obesity. Obesity the global epidemic. *Obes Res*. [citado em 2016 abr. 12]. Disponível em: <http://www.iaso.org/iottf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>
- Ribeiro RQC, Lotufo PA, Lamounier JA, Oliveira RG, Soares J, Botter D. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes: o estudo do coração de Belo Horizonte. *Arq Bras Cardiol*. 2006;86(6):406-16.
- Ribeiro RQC, Lamounier JA, Oliveira RG, Bensenor IM, Lotufo PA. Measurements of adiposity and high blood pressure among children and adolescents living in Belo Horizonte. *Cardiol Young*. 2009;19:436-40.
- Ribeiro RQC, Coutinho M, Bramorski MA, Giuliano IC, Pavan J. Association of the waist-to-height ratio with cardiovascular risk factors in children and adolescents: the three cities heart study. *Int J Prev Med*. 2010;1(1):39-49.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Fuster V, Kelly BB. Committee on Preventing the Global Epidemic of Cardiovascular Disease. Meeting the challenges in developing countries. Institute of Medicine Promoting Cardiovascular Health in the Developing World. A critical challenge to achieve global health. National Acad Press. 2010. [citado em 2016 abr. 12]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12815.
- Kish L. Survey sampling. New York: John Wiley & Sons; 1965.
- Oliveira RG, Lamounier JA, Oliveira ADB, Danasio M, Oliveira JS. Pressão arterial em escolares e adolescentes: estudo de Belo Horizonte. *J Pediatr*. 1999;75:256-66.
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde/CNS. Cadernos de Ética em Pesquisa. Brasília-DF: CNS; 1998. p.47.
- Gibson R. Nutritional assessment. New York: Oxford University Press; 1993.
- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. 3ª ed. Itapevi: AC Farmacêutica; 2009.
- Kiess W, Galler A, Reich A, Muller G, Kapellen T, Deutscher J, et al. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obes Rev*. 2001;2:29-36.
- Ashwell M, Gunn P, Gibson P. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2011;13(3):275-86.
- Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity in the United States, 2009-2010. NCHS data brief, nº 82. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2012.
- Ogden CL, Carroll MD. Prevalence of Obesity among Children and Adolescents: United States, Trends 1963-1965 Through 2007-2008. Division of Health and Nutrition Examination Surveys. Junho, 2010. [citado em 2016 fev. 12]. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.htm
- Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr*. 2002;75(6):971-7.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985;14:32-8.

Experiências com grupo de adolescentes vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência

Experiences with group of adolescents living with hiv/aids in a reference center

Patrícia Regina Guimarães¹, Anna Christina da Cunha Martins Pinheiro², Cristiane de Freitas Cunha³, Karine Ferreira dos Santos⁴, Solange de Melo Miranda⁵, Luís Augusto Lopes de Oliveira⁶,

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Hospital das Clínicas – HC, Núcleo de Saúde do Adolescente. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-PBH. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa Pós-Graduação Saúde da Criança e do Adolescente; UFMG, HC, Núcleo de Saúde do Adolescente. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Ministério da Saúde. Brasília, DF; UFMG, HC, Núcleo de Saúde do Adolescente. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁶ UFMG, FM, Curso de Medicina. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Objetivos: observação da formação e acompanhamento de grupo operativo com adolescentes que vivem com HIV/AIDS. **Métodos:** trata-se de pesquisa qualitativa realizada com o método da pesquisa-ação. Contou com a participação de nove adolescentes e dois coordenadores de grupo, com duração de 14 meses, totalizando 30 encontros. **Resultados:** a adesão ao grupo pelos adolescentes foi variável. No início do trabalho, o tema “sexualidade” e a própria infecção pelo HIV geraram grande resistência. Apenas após os adolescentes conseguirem falar da sua condição de portadores do vírus foram capazes de abordar sua sexualidade e temas afins. A vivência do preconceito pelos adolescentes foi assunto que mereceu destaque nas falas, revelando o sofrimento experimentado. **Conclusão:** o grupo mostrou-se um espaço de acolhimento dos adolescentes, permitindo a externalização de angústias e dúvidas. Possibilitou, ainda, a elaboração de suas experiências com uma condição crônica e a construção de vínculo com os profissionais de saúde. Com isso, formou um lugar privilegiado para a construção de conhecimentos sobre viver com HIV/AIDS.

Palavras-chave: HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Adolescentes; HAART; Adesão ao Tratamento; Grupo.

ABSTRACT

Objectives: This is a report about the formation and observation of an operative group of adolescents living with HIV/aids in a reference center for treatment of infectious diseases. It is a qualitative research that used the action research method. **Methods:** The participants were 09 adolescents and 02 group coordinators. It lasted for 14 months, totalizing 30 meetings. **Results:** The adolescent's retention to the group was variable. At the beginning the subject “sexuality” and the HIV infection were faced with resistance. The capacity of talking about such topics came only after the disclosure by the adolescents of their HIV-positive status. The stigma and discrimination emerged as important issues in the adolescent's speech, revealing the sorrow they have been experiencing. **Conclusion:** The group came out as a shelter to the adolescents, with their anguishes and doubts. It propitiates a setting in where the adolescents with chronic condition could elaborate their experiences and a bond with health professionals could be constructed, resulting in a privileged place to set up knowledge on living with HIV/AIDS.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Adolescents; HAART; Adherence to Treatment; Group.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Cristiane de Freitas Cunha
E-mail: cristianefreitasunha@gmail.com

INTRODUÇÃO

A adolescência, fase da vida marcada por transformações nos campos físico, emocional, social, é também um período de luto pela “perda” dos pais, do corpo e da identidade infantis, o que acarreta, por si só, grande vivência psíquica.¹ Algumas características dessa fase tornam o adolescente mais vulnerável a situações de risco para sua saúde física e mental.²

Assim, pode-se imaginar que situações difíceis para as pessoas nas diferentes idades, como o acometimento por uma doença crônica, podem se tornar um problema ainda maior na adolescência. A assimilação do estado de doença é dificultada pela sensação de invulnerabilidade. Seguir um esquema terapêutico, principalmente se ainda não existirem sintomas marcantes, vai de encontro à maneira do adolescente se relacionar com o tempo e com a ideia de indestrutibilidade. Além disso, ele não quer se sentir ou ser visto como diferente do grupo. A autoestima pode ser abalada pela doença ou pelos efeitos da medicação usada. Atitude contestadora, a busca da independência e autonomia dificultam ou mesmo impedem boa adesão ao tratamento.^{3,4} Estudos demonstraram que aproximadamente 50% dos adolescentes com condições crônicas não aderem às recomendações médicas.⁵

Outra importante característica da adolescência é a tendência grupal: na busca pela identidade, o convívio em grupo adquire dimensão maior, fazendo com que o adolescente se sinta seguro e apoiado. O grupo facilita, ainda, a passagem gradual da esfera familiar para a social.¹

Entre as moléstias crônicas, destaca-se a AIDS. A cronificação ocorreu com os avanços na terapia antirretroviral, acesso gratuito aos medicamentos e melhora do suporte clínico. Isso fez com que crianças infectadas chegassem à adolescência trazendo um novo desafio aos profissionais de saúde.^{3,6} Dados do Ministério da Saúde comprovam que mais de 60% dos casos de AIDS correspondem a indivíduos entre 20 e 39 anos, sendo que considerável parcela desses pacientes muito provavelmente contraiu o vírus na adolescência. A mesma fonte afirma, ainda, que 24,3% dos casos de HIV notificados em 2015 no Brasil correspondem à faixa etária de 15-24 anos. Vale ressaltar que, nessa faixa etária, a principal via de transmissão é a sexual, tanto entre os homens quanto entre as mulheres; em 2014, essa categoria correspondeu a 95,4% entre os homens e 97,1% entre as mulheres.^{7,8}

A todas as características e dificuldades já citadas da vivência de uma doença crônica na adolescência, somam-se a discriminação e o preconceito que ainda hoje acompanham a infecção pelo HIV. Essa experiência pode ocasionar a não adesão ao tratamento, comportamentos de risco para si e para outros, além de outras atitudes que refletem o sofrimento do indivíduo.^{3,6,9}

O trabalho em grupo com adolescentes que vivem com HIV/AIDS surgiu no centro de referência onde foi realizado o estudo em uma parceria entre o Grupo de AIDS Materno-Infantil da Faculdade de Medicina e o Núcleo de Saúde do Adolescente (NSA) do Hospital das Clínicas, ambos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Esse trabalho surgiu como uma estratégia para melhorar a abordagem nessa população, que se tornou de difícil manejo, apresentando problemas na adesão ao tratamento e mais dificuldade para a equipe de saúde em sua condução clínica.⁴ Este artigo apresenta e discute os resultados encontrados após a implantação e desenvolvimento desse grupo.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa qualitativa, usando-se o método da pesquisa-ação,^{10,11} na qual uma intervenção clínica foi vinculada à pesquisa acadêmica. A implantação e o acompanhamento do grupo de adolescentes com HIV/AIDS, em um centro de referência para o tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, foi projeto de pesquisa da autora, que se propôs a observar essa experiência.¹² O Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (CTR-DIP) de Belo Horizonte/Minas Gerais é uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), local de referência para o tratamento de pessoas com HIV/AIDS de todo o estado. Há o atendimento de expressivo número de pacientes com idade entre 10 e 19 anos, 180 em outubro de 2016.

Todos os adolescentes em acompanhamento pelos pediatras do Grupo de AIDS Materno Infantil da Faculdade de Medicina da UFMG, entre 12 e 19 anos de idade, que conheciam o seu diagnóstico, foram convidados a participar do grupo operativo. Os critérios de inclusão para a participação no grupo foram: estar em atendimento clínico no referido local dentro da faixa etária mencionada, conhecer seu diagnóstico e querer participar. O critério de exclusão foi: quadro

clínico ou psíquico incompatível com o trabalho de grupo no momento da admissão ou durante o acompanhamento. Utilizou-se a metodologia de grupo operativo segundo Pichon-Rivière.¹³ As coordenadoras do grupo foram duas médicas pediatras com formação em Medicina do adolescente e em trabalho de grupo.

A proposta inicial era a realização dos encontros durante um semestre. Os temas discutidos foram escolhidos pelos próprios adolescentes. Utilizaram-se como instrumentos de pesquisa o diário de campo, onde todos os encontros foram registrados pela autora, assim como suas impressões e reflexões decorrentes das discussões com a outra coordenadora do grupo; entrevistas semiestruturadas, realizadas com todos os adolescentes antes da entrada no grupo, algumas vezes também com acompanhantes, quando presentes; entrevistas abertas e gravadas, realizadas ao final do trabalho, com a segunda coordenadora do grupo e o infectologista chefe do serviço que assistia grande parte dos adolescentes há anos; informações de cuidadores, familiares e profissionais de saúde; avaliação escrita realizada pelos adolescentes; observação direta proporcionada pela pesquisa-ação. Realizou-se a análise de conteúdo temático, conforme descrito por Bardin.¹⁴

RESULTADOS

O grupo contou com a participação de nove adolescentes, dois do sexo masculino. A faixa etária variou de 12 a 18 anos, com mediana e média em 15 anos. Em relação ao estado de saúde, cinco adolescentes apresentavam manifestações leves ou moderadas e os outros quatro, manifestações graves da doença, segundo critérios clínicos e laboratoriais.⁶

A principal via de transmissão foi a vertical, presente em sete casos. Em um caso a infecção havia sido por transfusão e a outra não teve a via de transmissão determinada. Com exceção de um adolescente, todos usavam antirretrovirais.

A falta do apoio familiar esteve presente na maioria dos casos e surgiu nos relatos individuais e em grupo.

Conforme o referencial teórico, o grupo funcionou com adequado número de participantes, fechado para a entrada de novos integrantes, homogêneo em relação à soropositividade, mas principalmente em relação à adolescência e heterogêneo para outras características. O tempo de duração foi acima da proposta para um grupo operativo, com o total de 30

encontros quinzenais, com período de férias perfazendo 14 meses de trabalho.

A adesão ao grupo foi variável, quatro frequentaram mais de 70% dos encontros; dois, 90%; e cinco compareceram a menos de 50%. Entre as causas para a variação de frequência, apenas em dois adolescentes observaram-se razões relacionadas mais diretamente à sua vontade, nos demais houve interferência de fatores externos.

A leitura atenta do diário de campo permite observar que o grupo seguiu as três fases do processo grupal,¹⁵ a saber: fase de formação de sentimento e identidade de grupo, fase de aparecimento de diferenças e construção de condições de produtividade e fase final, com elaboração do luto e avaliação do processo grupal. Os temas destacados a partir da análise de conteúdo temático foram: a sexualidade, o paciente na sua doença, o uso da medicação e a vivência do preconceito.

No percurso do trabalho, chama a atenção o amadurecimento pelo qual o grupo passou, observado tanto no coletivo como individualmente. Essa percepção é reforçada pelos relatos nas entrevistas com profissionais de saúde próximos dos adolescentes.

Nos primeiros encontros, apesar de saberem que todos viviam com HIV/AIDS, nada era mencionado a respeito.

O tema "sexualidade" era recebido com indiferença e mesmo com resistência. Algumas vezes os integrantes não permitiram que atividades e conversas relacionadas ao assunto fossem realizadas. Apesar de outros temas serem trabalhados, esbarrava-se sempre nos tabus da soropositividade para o HIV e da sexualidade. Apenas no 11º encontro, quando se admitiu a entrada de um novo integrante, os adolescentes falaram pela primeira vez sobre serem soropositivos. A partir de então, também o tema sexualidade passou a ser abordado, como se um obstáculo houvesse sido transposto. Seguiram-se discussões sobre namoro, relação sexual, medo de contaminar o parceiro, paternidade, além de outros, como o uso da medicação, a vivência do preconceito e a revelação do diagnóstico a terceiros.

Deve-se assinalar como a elaboração do trabalho em grupo permitiu um deslocamento da identificação dos adolescentes, antes em torno da infecção, para a condição da adolescência, registrado no 18º encontro, quando eles quiseram escolher um nome para o grupo e rejeitaram nomes associados à infecção pelo HIV/AIDS, como "adolescentes positivos": "*Grupo de adolescentes! Nós não somos adolescen-*

tes?”. A partir daí notou-se uma abertura do grupo, com interesse de alguns adolescentes por outros grupos nos quais os integrantes não conviviam com alguma doença específica.

O uso da medicação foi um tema que os cuidadores e profissionais médicos trouxeram como questão, e mesmo quando surgiu no grupo, trazido por uma integrante, foi a pedido da mãe de um deles. Poucos relatos dos adolescentes revelaram a dificuldade real que parecia envolver a questão.

Uma questão sempre carregada de emoção foi a abordagem do preconceito do qual os membros do grupo eram vítimas: separação da roupa suja do adolescente das demais roupas da família pelo suposto risco de contaminação; ouvir dos familiares que não valeria a pena investir nos estudos, “já que o adolescente iria morrer mesmo”; um episódio na escola, em que a professora pediu que a adolescente se sentasse na última carteira, na presença de toda a turma, pois não deveria respirar o mesmo ar que os demais alunos; os apelidos colocados por colegas de escola; a revelação diagnóstica no bairro onde a adolescente morava, provocando o afastamento dos colegas por imposição dos pais dos mesmos e acarretando, como consequência, a mudança da adolescente para a casa da tia, em outro bairro. “Todos lá nesse bairro acham que eu já morri”.

DISCUSSÃO

A transmissão vertical é a via de infecção mais frequente na população pediátrica, correspondendo, desde 2006, a uma taxa superior a 85% em menores de 13 anos,⁷ dados corroborados pelos encontrados no estudo.

A adesão ao grupo foi bastante variável e reflete o problema de adesão ao tratamento como um todo frequente na adolescência. Foi necessário mais tempo que o habitual para a duração do grupo, baseado na experiência com grupos do NSA, do qual a pesquisadora faz parte, e o recomendado pela literatura para o trabalho com grupos operativos.¹⁵ Entre os fatores destaca-se a necessidade de mais tempo para elaboração do luto pelo fim do grupo.

A sexualidade, questão central na vida do ser humano e que pode ser afetada por doenças crônicas, é cercada de tabus e preconceitos, reflexo da nossa sociedade. Isso pode se refletir nas práticas dos profissionais de saúde e na forma como os familiares/cuidadores lidam com ela. Atitudes preconceituosas

podem levar à falta de orientação e à desvalorização das queixas relacionadas ao tema.^{3,6}

Assunto inicialmente evitado no grupo pesquisado, converteu-se em grande produção após a explicitação do diagnóstico e abertura para construção de outros modos de ser e existir.

O uso da medicação mostrou-se uma questão complexa, que exige trabalho no sentido de tornar o adolescente sujeito de sua vida, responsabilizando-o pela sua saúde, comprometendo-o com seu tratamento e abrindo espaço para que haja a sua participação de forma mais ativa, conforme recomendações do Ministério da Saúde.^{3,6,4}

O preconceito e a discriminação relatados pelos adolescentes deste estudo são semelhantes aos dados apresentados na literatura.^{3,4}

A adesão na adolescência revela-se um problema importante na condução clínica e tratamento. As altas taxas de adesão necessárias ao sucesso terapêutico confrontam-se com os baixos níveis observados nessa faixa etária. Os estudos demonstram a importância de se considerar a própria percepção do adolescente no contexto da saúde para elaboração de estratégias de abordagem e manejo mais adequadas e efetivas.^{3,6,9} Segundo o Ministério da Saúde, o grupo surge como uma proposta complementar de trabalho em que o adolescente, além das consultas individuais, pode construir e utilizar um espaço voltado para a convivência social, assim como para a expressão e elaboração de conflitos e emoções, propiciando alívio da solidão, sendo fonte para a valorização pessoal.^{3,9}

O grupo operativo mostrou-se um espaço privilegiado para elaborações vinculadas à construção do conhecimento sobre adolecer com HIV/AIDS e para acolhimento dos adolescentes. Estes levaram para discussão temas complexos, tiveram suas relações sociais ampliadas, demonstraram que se sentiam apoiados, apresentaram amadurecimento individual e coletivamente. Seguem-se alguns fragmentos da avaliação escrita sobre o grupo feita pelos adolescentes:

O grupo tem trazido muitas coisas boas e menos preocupação com o sexo.

Foi por causa do grupo que eu passei a ir nas consultas... O grupo hoje... tem sido a coisa mais importante pra mim [...].

Conforto para falar o que eu sinto... A coragem para falar [...] Me sinto bem aqui.

CONCLUSÃO

O trabalho de grupo realizado mostrou favorecer a discussão de questões da adolescência de quem vive com HIV/AIDS e a construção de conhecimento. O grupo mostrou-se ainda um lugar acolhedor para os adolescentes e suas angústias, favorecendo a expressão das emoções, trocas de experiências e formação de vínculos, exemplificando os benefícios alcançados com essa abordagem.

REFERÊNCIAS

1. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. 9ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. 92p.
2. Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2014.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 116 p.
4. Guimarães PR. Adolescentes vivendo com HIV/Aids: impasses no tratamento [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
5. Kyngäs H, Kroll T, Duffy M. Compliance in adolescents with chronic diseases: a review. *J Adolesc Health*. 2000; 26: 379-88.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
8. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Young people and HIV/AIDS: opportunity in crisis. New York (NY): UNICEF; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 130 p.
10. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes OCNR. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
11. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 12ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. 108p.
12. Guimarães PR. Observação de um grupo operativo com adolescentes que vivem com HIV/Aids [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
13. Pichon-Rivière E. O processo grupal. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000. 239p.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010. 281p.
15. Afonso L, Abade FL, Akerman D. Oficinas em dinâmica de grupo na área da Saúde. Belo Horizonte: Edições do Campo Social; 2003. 256p.

Felicidade, saúde e ética no ambiente de trabalho

Happiness, health and ethics in the workplace

Alethea Deyze Mendonça¹, José Roque Junges², Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro³

RESUMO

O trabalho é fonte de diversas experiências para o ser humano e pode ser entendido de diferentes formas, levando-se em conta a cultura, o país e os costumes da população. Pesquisas realizadas pelo grupo *Meaning of Work International Research Team* apuraram que o trabalho pode ser considerado para alguns como eixo central na vida, tanto social como de forma pessoal, e para outros como uma atividade neutra. **Objetivo:** o presente artigo objetiva mostrar a percepção dos trabalhadores de uma grande empresa do setor elétrico brasileiro sobre questões relacionadas ao sentido do trabalho e à sensação de felicidade. **Métodos:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Foram entrevistados 16 trabalhadores a partir de um roteiro semiestruturado. Investigou-se a percepção dos trabalhadores sobre o trabalho e sua relação com a saúde-doença e a felicidade. Utilizou-se o método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin. **Discussão:** é notório que os entrevistados indiquem o trabalho como fonte de renda para a sobrevivência. Destacam, porém, que além da subsistência o trabalho é fonte de relações interpessoais construtivas que permitem construir parcela de sua felicidade e sensação de segurança emocional. **Conclusão:** o estudo, além de sinalizar aspectos negativos do trabalho que, na ausência de relações de respeito, cooperação mútua e ética, criam a sensação de desamparo e/ou estresse que contribuem para o adoecimento e isolamento, ressalta que o trabalho, desde que pautado pela ética e respeito, é um catalizador na percepção de felicidade e um agente na promoção de saúde.

Palavras-chave: Ética Profissional; Felicidade; Trabalho; Saúde do Trabalhador; Satisfação no Emprego.

ABSTRACT

Introduction: the work is a source of diverse experiences for the human being and can be understood in different ways, considering the culture, the country and the customs of the population. Research conducted by the group Meaning of Work International Research Team points to the fact that the work can be considered for some as the central axis in life, both socially and personally, and for others as a neutral activity. Objective: the present article aims to show the point of view of workers of a large company of the Brazilian electric sector on issues related to the sense of work and the sensation of happiness. Methods: this study has a qualitative, descriptive and exploratory approach. 16 workers were interviewed about work, health, disease and happiness. The analysis of the results of the interviews took place according to the content analysis of Laurence Bardin. Discussion: It is notorious that interviewees point to the work as a source of income for survival, but stress that, in addition to subsistence, work is the source of constructive interpersonal relationships that allow them to build a part of their happiness and a sense of emotional security. Conclusion: The study, besides signaling negative aspects of work that in the absence of respectful relations, mutual cooperation and lack

* Artigo inédito, resultado parcial de pesquisa de mestrado: Felicidade no ambiente de trabalho: realidade ou utopia? – (UFMG – Faculdade de Medicina – Programa Promoção de Saúde e Prevenção da Violência).

¹ Centrais Elétricas de Minas Gerais – CEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Programa de Pós Graduação de Saúde coletiva. São Leopoldo, RS – Brasil.

³ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Alethea Deyze Mendonça
E-mail: alethea@cemig.com.br

of ethics creates the feeling of helplessness and / or stress that contributes to illness and isolation, points out that work, since, Based on ethics and respect is a catalyst in the perception of happiness and an agent in health promotion.

Keywords: Ethics, Professional; Happiness; Work; Occupational Health; Job Satisfaction

INTRODUÇÃO

Desde o final do século XX pesquisadores do grupo MOW¹ realizam estudos na intenção de identificar como trabalhadores de diferentes regiões e culturas entendem o papel do trabalho em suas vidas. Foram pesquisados oito países (Japão, Israel, Estados Unidos, Alemanha, Holanda, Bélgica e França) com o objetivo de mensurar a centralidade, as normas sociais sobre o trabalho e seu valor. De acordo com a pesquisa, é a educação aplicada na infância e na adolescência que estabelece o valor dado ao trabalho de um indivíduo adulto. O resultado da pesquisa¹ revelou que, em termos de importância na vida dos trabalhadores, o trabalho só perde para a família. E que entre os países que participaram da entrevista predomina a concepção positiva em relação ao trabalho, apenas entre alemães e americanos há uma percepção neutra.

Existe o alerta de que, no mundo atual, ocorre uma desvalorização sem limites da força de trabalho humana, e esta, por sua vez, se vê impelida a buscar por trabalhos cada vez mais precários e informais para sobreviver em um contexto de desemprego generalizado.² Este não é o caso dos trabalhadores aqui entrevistados, que no caso possuem garantia de emprego firmada em acordo coletivo, além de fazerem jus a vários benefícios empregatícios, como plano de saúde e salário médio três vezes maior que a média nacional. Trata-se, portanto, de um universo seleto de profissionais em que se torna possível falar em felicidade.

A presente pesquisa objetivou descrever a percepção dos trabalhadores de uma grande empresa do setor elétrico brasileiro sobre seu entendimento em relação ao trabalho, de forma a descrever sobre a felicidade no ambiente de trabalho, bem como a relação desta com a saúde.

MÉTODOS

Este estudo qualitativo caracterizou-se como descritivo e exploratório, com foco na percepção e na

fala dos trabalhadores. A seleção dos entrevistados foi feita de forma intencional e não probabilística, sendo adotado o critério de acessibilidade e de saturação. Foram entrevistados 16 trabalhadores que atuam em duas áreas distintas: a área financeira e a área operacional. Na amostra buscou-se um equilíbrio quantitativo entre os sexos.

A coleta de dados foi feita por entrevistas semiestruturadas com três pré-testes. O roteiro de entrevistas consistiu de 11 questões que buscavam captar informações sobre como o trabalhador entende a felicidade, como ele se enxerga no ambiente de trabalho, se o ambiente de trabalho pode contribuir para sua felicidade, como é o ambiente de trabalho que proporciona infelicidade e se é possível perceber alterações na saúde, estando inserido em ambientes de trabalho infelizes, bem como avaliar o sentido e importância do trabalho em sua vida.

A partir das respostas, eram explorados possíveis desdobramentos relacionados à saúde física e emocional e, na sequência, a pergunta era: “como é um ambiente ideal de trabalho no qual você se sintia feliz e realizado”? As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise de conteúdo dos dados foi feita através do método proposto por Bardin³ e obedeceu aos princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência relativas às transcrições das falas dos entrevistados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG em 09 de março de 2016 (CAAE 52395515.6.0000.5149).

RESULTADOS

A média de idade dos sujeitos pesquisados foi de 39 anos e o tempo médio de trabalho na empresa foi de 15 anos. Dos 16 entrevistados, 13 possuíam curso superior completo, inclusive três com mestrado. Para 43,75% dos entrevistados esse foi o primeiro emprego, entre os quais 56,25% se declararam da raça branca, 25% da raça negra e 18,75% da raça parda; 62,5% trabalhavam na área financeira e em horário comercial e 37,5 trabalhavam na área de geração e transmissão, dos quais 50% em escala de turno. A Tabela 1 apresenta o perfil dos trabalhadores entrevistados em relação a idade, sexo, raça, escolaridade, cargo, estado civil, tempo de serviço e renda bruta.

Tabela 1 - Perfil sócio econômico dos trabalhadores entrevistados de uma grande empresa de energia elétrica brasileira, Belo Horizonte, 2016

Nº	Nome (FICTÍCIO)	Idade em anos	Sexo	Raça	Formação	Cargo atual na empresa	Estado civil	É o 1º emprego?	Tempo de empresa em anos	Rendimento bruto SM vigente 2016
1	João	50	Masc.	Parda	Sup.C	Anal.Econ	Dívorc	Não	28	6 a 9 SM
2	Raquel	53	Fem.	Negra	Sup.C	Anal.Econ	Casada	Não	32	Não informou
3	Luana	42	Fem.	Parda	Pós-Grad	Téc. Financ	Divorc	Sim	24	6 a 9 SM
4	Vera	23	Fem.	Negra	Sup.In	Téc. Adminis	Solteira	Sim	3	1 a 3 SM
5	Camila	28	Fem.	Parda	Sup.C	Téc. Financ	Solteira	Não	3	1 a 3 SM
6	Paula	41	Fem.	Negra	Sup.C	Téc. Financ	Casada	Sim	22	6 a 9 SM
7	Tiago	30	Masc.	Branca	Pós-Grad	Anal.Econ	Casado	Não	3	6 a 9 SM
8	Vitória	47	Fem.	Branca	Mestrado	Anal.Econ	Casada	Não	10	6 a 9 SM
9	Amanda	41	Fem.	Negra	Sup.C	Téc. Financ	Casada	Sim	24	6 a 9 SM
10	Marcelo	35	Masc.	Branca	Sup.C	Anal.Econ	Solteiro	Não	10	6 a 9 SM
11	Pedro	33	Masc.	Branca	Mestrado	Engenheiro	Solteiro	Não	3	6 a 9 SM
12	Demétrio	46	Masc.	Branca	Sup.C	Engenheiro	Solteiro	Não	28	mais de 12
13	Caio	44	Masc.	Branca	Técnico	Téc. Operaç	Solteiro	Não	3	6 a 9 SM
14	Marta	30	Fem.	Branca	Sup.In	Téc. Operaç	Casada	Sim	10	3 a 6 SM
15	Lucas	33	Masc.	Branca	Sup.C	Eng	Casado	Sim	10	Não informou
16	Leonardo	47	Masc.	Branca	Mestrado	Eng	Divorc	Sim	29	mais de 12

SM • Salário mínimo vigente em 2016 – R\$ 880,00		Legenda:	
De 1 a 3 SM	de R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00	Fem.	Feminino
De 3 a 6 SM	a partir de R 2.640,00 a R\$ 5.280,00	Masc.	Masculino
De 6 a 9 SM	a partir de R\$ 5.280,00 a R\$ 7.920,00	Téc.	Técnico
De 9 a 12 SM	a partir de R\$ 7.920,00 a 10.560,00	Anal.Econ	Analista Econômico
Mais que 12 SM	a partir de 10.560,00	Eng	Engenheiro
		SM	Salário Mínimo
		Sup.C	Superior Completo
		Sup.In	Superior em curso
		Pós-Grad	Pós-graduação

Fonte: entrevistas realizadas de março a abril de 2016 com trabalhadores da empresa de energia elétrica.

Os dados foram codificados em seis categorias de análise: entender a felicidade; possível relação felicidade e saúde; significado e importância do trabalho na vida e como o trabalho contribui para a felicidade; desafios no trabalho e não felicidade; ambiente de trabalho e seus impactos na saúde; e a dicotomia da felicidade no ambiente de trabalho.

Em relação ao que o trabalhador entende por felicidade, obtiveram-se respostas distintas, porém a maioria relacionou a felicidade a um estado de espírito, de leveza e contentamento, ou seja, sensações psíquicas positivas. Sentem-se mais colaborativos no trabalho quando estão felizes e querem compartilhar esse sentimento com as demais pessoas do trabalho, amigos e família.

Felicidade é um estado de espírito, uma sensação interna que é capaz de ser transmitida, sentida e percebida. Ela vem de dentro pra fora, mas pode ser influenciada externamente por questões sociais (Vera – 23 anos – 03 de empresa).

Felicidade... Certamente não está ligado à parte financeira. Está ligado a como você se sente em relação a cada ato da sua vida, como você se sente em relação a você mesmo, às coisas que você faz (Leonardo – 47 anos – 29 de empresa).

Questionados sobre a possível relação entre a sensação de felicidade e a saúde relatam que sentem aumento no desempenho individual quando se sen-

tem felizes e que a felicidade tem o efeito de “blindagem emocional” com potencial de equilibrar o sono e a respiração. Confere também um estado de bem-aventurança humana e aumenta a capacidade de resistir e enfrentar os desafios no trabalho.

O bem-estar físico e mental, isso significa saúde no meu ponto de vista, ele é alimentada pela felicidade (Marta – 30 anos – 10 de empresa).

A gente tem uma força [...] uma imunidade emocional que nos blinda de várias agressões que a gente sente no dia-a-dia (Luana – 42 anos – 24 de empresa).

O principal impacto quando a gente tá feliz, na saúde, é a disposição, [...] você fica mais motivado pra vida [...] mais completo, a gente fica mais apto a espalhar essa felicidade também, querer contagiar as pessoas (Tiago – 30 anos – 03 de empresa).

A gente adocece menos. Porque o corpo, ele adocece por causa de doença da alma, de doença da mente, então, assim, se você está bem psicologicamente, se está satisfeito com aquilo que você faz, a saúde reflete (Vitória – 47 anos – 10 de empresa).

Em relação à importância dada ao trabalho na vida percebe-se na fala de muitos trabalhadores que sentem prazer em exercer um trabalho e serem úteis. Afirmam que são condicionados desde a infância a realizar um trabalho. O trabalho foi tido como importante fator para a autonomia financeira e o reconhecimento social que o legitima por aquilo que realiza.

Além de retirar o meu sustento, [...] para ter um mínimo de segurança, que é importante, o trabalho também é uma forma de se realizar, de você saber que está contribuindo para algo maior (Camila – 28 anos – 03 de empresa).

O trabalho é o ápice da realização de uma coisa que a gente vai sendo preparado desde quando a gente é criança (Amanda – 41 anos – 24 de empresa).

As relações interpessoais, a ética, o respeito, o trabalho em equipe e o reconhecimento mútuo foram tidos como os principais fatores para a felicidade no ambiente de trabalho. A interação, a descontração e união da equipe contribuem para amenizar a pressão no trabalho, bem como para fortalecer os vínculos.

Foi destacado que o trabalho que desafia e que permite transformação e crescimento pessoal contribui para a felicidade no ambiente de trabalho.

Não importa se o trabalho é difícil, é chato ou é complicado. Se você está perto de pessoas proativas, que ajudam, que são companheiras, tudo se torna bem mais fácil (João – 50 anos – 28 de empresa).

São as relações... São as relações. Se a gente tem um ambiente que a gente tem liberdade para expor nossas ideias, para poder fazer o nosso trabalho com liberdade, sem ser tolhido na ideia ou sem ser cobrado de uma forma que seja degradante (Tiago – 30 anos – 03 de empresa).

É a transformação, o poder de a gente transformar, então quando a gente vê uma coisa sendo transformada, qualquer que seja, causa esse sentimento de felicidade (Lucas – 33 anos – 10 de empresa).

Perguntados sobre a sensação de infelicidade no trabalho e a saúde, os trabalhadores relataram que ocorre a redução da produtividade com sensação de desconforto. Percebem que a infelicidade enfraquece o corpo e a mente e descontrola o sono e a respiração. Quando o ambiente é hostil, frio e sem apoio dos superiores e dos colegas, afirmam que se sentem fracos e buscam se internalizar como recurso para defesa emocional. Declaram que a quantidade de atestados aumenta, sentem-se tensos, desmotivados, sem energia e muitas vezes agressivos dentro de casa.

Uma depressão mais profunda [...] E eu fui criando uma condição de defesa que era me internalizar (Luana – 42 anos – 24 de empresa).

Já trabalhei em ambiente onde eu não consegui ter forças suficientes para [...] reagir e, com isso, infeliz. Fisicamente esgotado, esgotado. Chegava em casa seis horas da tarde sem forças para fazer nada. Quem sofre mais é a família (Leonardo – 47 anos – 29 de empresa).

Porque se você estiver em um ambiente que te deixa mal, aquilo vai te minando, mina suas energias, mina a vontade de trabalhar, mina a vontade de interagir, vai frustrando internamente a pessoa (Demétrio – 46 anos – 28 de empresa).

Às vezes fica naquele serviço robótico, não te desafia, te emburrece mesmo (Camila – 28 anos – 03 de empresa).

Quando eu entrei não tive tanto suporte, nem dos colegas e nem do líder [...] eu não dava conta de fazer aquilo e achava que o problema era comigo [...] Eu não conseguia parar de pensar... Eu passei a ter problemas para dormir (Tiago – 30 anos – 03 de empresa).

O trabalho desestimulante e repetitivo foi sinalizado como fator que promove o “emburrecimento”, uma vez que corrói o potencial de criatividade. A pressão e as altas demandas no trabalho são fatores que geram infelicidade e descontentamento, privando o trabalhador da pausa necessária para se restabelecer. A falta de cooperação e apoio por parte dos superiores, bem como falta de comunicação, *feedback* e ações éticas, foram mencionadas como motivos que promovem a infelicidade no trabalho e o distanciamento. O trabalhador se isola como forma de reagir.

A empresa oferece vários benefícios, mas ainda não é um trabalho que me desafia. É um trabalho bem operacional o que eu faço [...] um pouco robótico, se for executado por mim ou por outra pessoa acaba não tendo diferenças (Camila – 28 anos – 03 de empresa).

Desrespeito, preconceito, imposição, grosseria, abuso, aquelas entrelinhas de duplo sentido, aquelas frases com sentido depreciativo enrustido, pessoas que não valorizam o trabalho dos outros ou elas expõem a pessoa na hora de dar determinado feedback negativo, eu acho que isso são assim, minam, minam totalmente a possibilidade de felicidade no trabalho, eu acho que acarretam uma degradação no quesito humano (Vera – 23 anos – 03 de empresa).

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que a sensação de felicidade colabora para o bom desempenho e produtividade no trabalho. Ela depende de condições éticas de respeito, incentivo, reconhecimento e interação mútuas no ambiente profissional.⁴ Quando existem essas condições, o potencial de criatividade e a capacidade de assumir desafios pelo trabalhador são fortalecidos, do contrário, surgem sentimentos de desconforto e frustração que desenergiza o profis-

sional com efeitos negativos sobre o desempenho e produtividade. Essa dinâmica negativa se somatiza por meio de sintomas corporais e adoecimento que levam aos atestados médicos e abstenções.

Portanto, o bom desempenho e produtividade dependem fundamentalmente da cultura organizacional desenvolvida pela empresa, que pode favorecer fatores saudáveis e/ou patologizadores no ambiente de trabalho. Essa cultura pode ser movida por valores éticos que priorizam o ser humano trabalhador ou por valores exploratórios que visam apenas à produção. Faz-se urgente discutir a questão, uma vez que os fatores estressantes e degradantes no ambiente de trabalho já são reconhecidos como fonte importante de adoecimento na sociedade atual.

As doenças ditas modernas afetam áreas da saúde humana difíceis de serem identificadas, interpretadas e combatidas, porque atingem principalmente a parte psíquica e psiquiátrica do trabalhador.⁵ Estudos sobre a psicodinâmica do trabalho também revelam que a organização do trabalho domina a vida mental do trabalhador, uma vez que cria um comportamento produtivo estereotipado e padronizado – “o operário-massa” –, provocando um sofrimento mudo e empobrecedor, pois promove a alienação do trabalhador quando o priva de “comportamentos livres”.

A anulação pode ser muda e invisível e também malconhecida pelos próprios operários, ocupados que estão em seus esforços para garantir a produção.⁶ Pode-se dizer que adoecimento e sofrimento psíquicos relacionados ao trabalho são, na atualidade, um dos maiores, senão o maior desafio com o qual se defrontam os profissionais dedicados ao cuidado da saúde dos trabalhadores.⁷ Por conseguinte, o trabalhador tenta domesticar a dor no trabalho e para isso usa estratégias para contê-la e controlá-la. E considera-se curado quando o sintoma da enfermidade desaparece ou quando a dor é abrandada e dissimulada.⁶ O corpo só pode ser aceito no “silêncio dos órgãos” e os corpos produtivos do homem ou da mulher serão tanto mais aceitos quanto menos se tiver de falar deles.⁶ Quando o trabalhador, após todos os esforços, não consegue domesticar a dor, pode advir a doença que, de certa forma, representa a cristalização do sofrimento.⁸

O trabalho, que é o espaço de sobrevivência daqueles que apenas dispõem da força de trabalho para sobreviver, vem se tornando local de jornadas extenuantes e de precarização dos direitos sociais, onde se intensifica o medo constante do desemprego.⁹ No local de trabalho estão presentes o estresse

para se manter no ofício, as tarefas repetitivas e sem sentido, além das múltiplas formas do adoecimento típico e característico da era informacional. A globalização e a vertigem tecnológica transmutaram a perspectiva do trabalho de prazer para sofrimento, o que vem abarrotando a mente humana de conflitos.¹⁰

Portanto, não se trata apenas de uma cultura organizacional que faz adoecer, mas de uma concepção do humano presente no atual contexto sociocultural de racionalidade instrumental que vulnera o ser humano em suas estruturas antropológicas, provocando reducionismos que o negam como ser integral. O trabalho é o caminho de realização humana que desenvolve essas estruturas, levando-as à sua expressão como sujeito que atua.

O ser humano possui três estruturas distintas, das quais ele se apropria como sujeito, a partir de suas relações com o mundo, com o outro e com o absoluto.¹¹ Assim, ele se torna sujeito de suas potencialidades. Suas estruturas são o corpo, a *psique* e o espírito. O corpo confere ao ser humano a possibilidade de interagir com o mundo numa relação de objetividade, que pode ser o trabalho. A *psique* permite ao homem estabelecer relações de intersubjetividade no seu contexto de sociabilidade. O espírito permite estabelecer relações de transcendência que superam sua exterioridade somática e sua interioridade psíquica pela sua abertura ao sentido absoluto. Portanto, o trabalhador não é apenas um corpo que produz, ele é dotado de uma complexidade somatopsíquico-espiritual.

Dessa forma, ele não pode ser reduzido à mera “força de trabalho” a ser vendida, muito menos a puro consumidor no mercado, mas sua vocação ao trabalho é o caminho de realização de sua potência de vida, que é essencialmente a relação. O comprador da “força de trabalho” não consegue desmembrar o ser humano integral e complexo que executa algo visando apenas à produtividade capitalista.¹²

CONCLUSÕES

Foi possível concluir que o trabalho é uma atividade de fundamental importância para a realização humana e que a felicidade é possível desde que haja transformações nas atuais condições e conflitos do mundo do trabalho.

É imprescindível destacar que, mesmo não sendo dono do produto gerado por meio de seu trabalho, utilizando seus braços ou sua mente, o trabalhador é o sujeito de sua vida, fazendo jus a toda a complexidade como ser humano, sendo autor de sua própria história, de forma a tomar consciência de que ele é muito mais que o trabalho que realiza e que não pode deixar de buscar sua felicidade ao exercer um labor.

Novos estudos são necessários para se adentrar na questão do domínio da subjetividade e da autenticidade humana no trabalho, que de certa forma estão sendo pautadas pelas regras capitalistas. A padronização dos resultados humanos extraídos do trabalhador como ser humano integral os comportamentos espontâneos e criativos, cerceando-o daquilo que realmente traz sentido para a vida e lhe confere a sensação de felicidade.

REFERÊNCIAS

1. MOW International Research Team. The meaning of working. London: Academic Press; 1987.
2. Antunes R. As formas de padecimento no trabalho. *Saúde Soc.* 2008; 17(4): 7-10.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
4. Silva N, Tolfo SR. Trabalho significativo e felicidade humana: explorando aproximações. *Rev Psicol Org Trab.* 2012; 12(3): 341-54.
5. Pinto JAR. Prefácio. In: Ferreira JJ, Penido LO. Saúde mental no trabalho: coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás. [citado em 2016 nov. 10]. Disponível em <https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>
6. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1992.
7. Dias EC. Prefácio. Glina DMR, Rocha LE. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. Belo Horizonte: Roca; 2010.
8. Gaulejac VD. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideias & Letras; 2007.
9. Antunes R. A dialética do trabalho. São Paulo: Expressão Popular; 2004.
10. Pinto JAR. Justiça do trabalho e a proteção da saúde mental do trabalhador no cotidiano do trabalho. In: Ferreira JJ, Penido LO. Saúde mental no trabalho: coletânea do Fórum de Saúde e Segurança no Trabalho do Estado de Goiás. [citado em 2016 nov. 11]. Disponível em <https://bibliotecaprt21.files.wordpress.com/2013/09/livro-saude-mental-no-trabalho-2013-prt18.pdf>
11. Jungues JR. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Unisinos; 1999.
12. Martins COM, Pinheiro AGP. Sofrimento psíquico nas relações de trabalho. *Rev Psicol.* 2006; 1(7): 79-85.

Funcionalidade de idosos residentes em instituição de longa permanência e risco de quedas

Functionality of elderly people living in a long-term institution and risk of falls

Jucilene Carneiro Moreira¹, Eliane Rocha de Albuquerque¹, Claudynei Batista Marques¹, Maria Conceição J. Werneck Côrtes¹, Eliane Dias Gontijo¹

RESUMO

O estudo descreve as condições de saúde e funcionalidade dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos, com enfoque na funcionalidade da marcha e a ocorrência das quedas. Estudo transversal baseado em entrevistas semiestruturadas com idosos e seus cuidadores, leitura de prontuários e avaliação da velocidade máxima da marcha dos idosos deambuladores. Em janeiro de 2016, 75 idosos – 90% mulheres – residiam na instituição estudada, com idade média de 80 anos, variando de 61 a 97 anos. Dos residentes, 77% apresentaram déficit cognitivo. Verificou-se registro de quedas nos últimos 12 meses em 28%, sendo que 20% sofreram duas ou mais quedas. Da totalidade dos idosos, 85% foram identificados como frágeis, 15% como em risco de fragilidade e nenhum como robusto. Em relação à funcionalidade, 57% dos residentes eram capazes de deambular com ou sem auxílio para locomoção, 18% eram cadeirantes e 24% acamados. A média da velocidade máxima de marcha dos idosos foi de 0,63 m/s, sem diferença significativa entre os grupos de idosos com e sem relato de quedas. **Conclusão:** o estudo confirmou a redução da velocidade de marcha de idosos residentes em ILPI, porém não se pôde estabelecer relação entre a velocidade de marcha e o risco de quedas nessa população.

Palavras-chave: Envelhecimento; Institucionalização; Saúde do Idoso; Acidentes por Quedas.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the health and functional conditions of elderly people living in the Long Term Permanence Institution for the Elderly (ILPI) Casa do Ancião Cidade Ozanam, with special attention to gait functionality and the occurrence of falls. METHODS: An observational, analytical, cross-sectional, quantitative study whose methodology consists of a semi-structured interview with elderly residents of the ILPI and their caregivers, as well as the consultation of charts and evaluation of the maximum gait speed of the elderly. Outcome: In January 2016, 75 elderly people lived in the institution studied, the majority being women. The age of the elderly ranged from 61 to 97 years, with an average age of 80 years. The diagnosis of cognitive impairment was quite frequent, comprising 77% of the institution's residents. Regarding functionality, 57% of the residents were able to wander with or without locomotion, 18% were wheelchair users and 24% bedridden. The mean maximum gait velocity of elderly ambulators was 0.63 m / s, with no significant difference between the groups of elderly individuals with and without falls. Approximately 28% of residents had record falls in the last 12 months, and approximately 20% suffered two or more falls. Of all the elderly, 85% were identified as fragile, 15% as frailty risk and none as robust. CONCLUSION: The study confirms the reduction of gait speed of elderly people living in ILPI, but it was not possible to establish

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Jucilene Carneiro Moreira
E-mail: jucilene.carneiro@gmail.com

a relationship between walking speed and the risk of falls in this population.

Key words: Aging; Institutionalization; Health of the Elderly; Accidental Falls.

INTRODUÇÃO

O Brasil está em crescente processo de envelhecimento. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios¹ mostra que, em 2014, as pessoas acima de 60 anos já representavam 13,7% da população e faz uma estimativa de que, em 2030, essa proporção será de 18,6% e em 2060 de 33,7%¹. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) detectou que 6,8% idosos apresentavam limitações para as atividades de vida diária (AVD), como alimentação, banho, locomoção, variando de 2,8% para aquelas de 60 a 64 anos a 15,6% para as de 75 anos ou mais.²

A dependência causada pelo envelhecimento físico leva ao isolamento, à necessidade de cuidados de terceiros e ao risco de violência causada pelos cuidadores/familiares que, muitas vezes, não estão preparados para prestar essa assistência. Assim, muitos idosos acabam por necessitar de institucionalização. Segundo Giacomini e Couto, citando Batista, *esta é uma questão mundial e intimamente relacionada ao envelhecimento populacional. Sua necessidade cresce com o aumento da fragilidade e da idade e varia conforme os contextos familiares, culturais e econômicos.*³ Camargos⁴ ressalta que mesmo que melhorias na saúde da população permitam o envelhecimento com autonomia e independência, deve-se ampliar o número de vagas nessas instituições.

Distúrbios da marcha e do equilíbrio são prevalentes em idosos. Apenas 66% das pessoas entre 80 e 84 anos e 51% daquelas com mais de 85 anos são capazes de deambular sem limitações. Estudo recente⁵, realizado com 102 idosos residentes de instituições de longa permanência, verificou importante redução na velocidade de marcha dessa população. Entre os idosos capazes de deambular de forma independente, com ou sem auxílio-locomoção, 97% e 75% possuíam velocidade de marcha inferior a 0,8 m/s e 0,5 m/s, respectivamente. Metanálise abrangendo 34 estudos e 2.888 idosos institucionalizados verificou velocidade média usual de 0,475 m/s e média de velocidade máxima de marcha de 0,672 m/s nesses idosos.⁶

O controle da marcha e do equilíbrio é de extrema importância para o idoso, sendo a instabilidade postural uma das grandes síndromes em Geriatria.

A marcha, definida como uma forma de caminhar, depende da interação entre vários sistemas orgânicos (notadamente os sistemas neurológico, musculoesquelético e cardiovascular), os quais devem estar íntegros. Ademais, o condicionamento físico associa-se à velocidade da marcha, uma vez que influirá na força muscular e no equilíbrio.⁷ As alterações da marcha que ocorrem com o avançar da idade, quadro mais frequentemente visto em mulheres, são um fator de grande importância, podendo, inclusive, ser de grande auxílio no diagnóstico de diversas doenças⁸ e constituem-se em fatores de risco para quedas e dependência funcional. Também os quadros demenciais aumentam o risco de quedas: distúrbios cognitivos interferem no reconhecimento do ambiente e alterações patológicas do sistema nervoso interferem no controle postural e prejudicam a marcha.⁷

As quedas, definidas como eventos nos quais a pessoa inadvertidamente vai ao solo ou a outro nível mais baixo que o anteriormente ocupado, têm incidência estimada em 28 a 35% em pessoas acima dos 65 anos, 35% acima de 70 anos e 32 a 42% após os 75 anos. As quedas atuam de forma negativa sobre a qualidade de vida dos idosos, sendo não só um relevante fator de risco para o óbito, mas um importante marcador de mortalidade. Se o idoso cai duas ou mais vezes ao ano, é essencial que se investigue a causa.⁷ Idosos institucionalizados têm ainda mais riscos de quedas, estimados em mais de 50%.⁹

Considerando que a população geronte de Belo Horizonte corresponde a quase 13% dos residentes no município, estimados em cerca de 290 mil pessoas, e que cerca de 1% desses idosos está institucionalizado,³ buscou-se descrever as condições de saúde e funcionalidade dos idosos residentes na instituição Casa do Ancião Cidade Ozanam, com especial atenção para a funcionalidade da marcha e a ocorrência das quedas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, com análise de dados obtidos a partir de entrevista semiestruturada com idosos residentes e seus cuidadores, além da leitura de seus prontuários. Como instrumento de coleta, foi utilizado o índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20), questionário composto de 20 questões que permitem a identificação dos idosos frágeis e em risco de fragilização, contemplando itens que abordam medidas consideradas essenciais na avaliação do risco de

declínio funcional do idoso, como peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha.¹⁰ Os idosos que deambulavam, com ou sem auxílio, tiveram sua marcha avaliada pelo teste de velocidade máxima da marcha, medida em uma distância de 4 metros e acrescentando 1 metro imediatamente anterior e outro posterior aos 4 metros, eliminando, dessa maneira, os efeitos da aceleração e desaceleração. Os idosos foram orientados a caminhar em velocidade superior à habitual, “como se estivessem atravessando uma rua, sem, contudo, correrem”. Cada idoso realizou o total de três tentativas, sendo a velocidade máxima calculada pela média dessas medidas. Os dados relacionados à ocorrência das quedas foram coletados diretamente pela aplicação do IVCF e pela revisão dos prontuários. O diagnóstico de incapacidade cognitiva constava nos prontuário dos internos, tendo sido definido pela equipe de cuidados geriátricos do HC.

RESULTADOS

Em janeiro de 2016, a instituição abrigava 75 idosos (Tabela 1), sendo 64 mulheres (85%) e idade média de 80 anos, variando de 61 até 97 anos. O IVCF identificou 85% classificados como frágeis, 15% em risco de fragilidade e nenhum robusto. Em relação à funcionalidade, a maior parte dos idosos residentes na instituição (57%) era capaz de deambular com ou sem auxílio de equipamentos, 18% eram cadeirantes e 24% acamados. O diagnóstico de incapacidade cognitiva foi feito em 77% dos residentes da instituição, sendo que 62 idosos possuíam diagnóstico de algum tipo de doença mental (demências, transtornos). Entre os 43 residentes capazes de deambulação, 32 (74%) eram portadores de incapacidade cognitiva, dos quais 27 (84%) eram do sexo feminino.

A média da velocidade máxima de marcha foi de 0,63 m/s, dado apenas ligeiramente inferior ao descrito na literatura⁶ (em torno de 0,67 m/s). Quase 28% dos residentes que deambulavam possuíam registro de quedas nos últimos 12 meses, sendo que 14% sofreram pelo menos duas quedas. A média da velocidade máxima dos 12 idosos que caíram foi de 0,66 m/s, apenas discretamente superior à média geral dos 31 idosos que não apresentavam registro de queda (0,62 m/s). Quando analisado o número de quedas, metade dos deambuladores que caíram sofreu mais de duas quedas no último ano, o que implica necessidade de investigação dos eventos.

Tabela 1 - Perfil de Idosos Residentes na Casa do Anício Cidade Ozanam em janeiro de 2016

	N	%
Sexo		
Masculino	11	14,67
Feminino	64	85,33
Total	75	100
Faixa Etária		
60 a 74	21	28,00
75 a 85	28	37,33
Acima de 85	26	34,67
Total	75	100
Incapacidade Cognitiva		
Sim	58	77,33
Não	17	22,67
Total	75	100
Mobilidade		
Deambuladores	43	57,33
Cadeirantes	14	18,67
Acamados	18	24,00
Total	75	100
Classificação Clínico-Funcional(IVCF-20)		
Robusto	0	0,00
Em risco de fragilização	11	14,67
Frágeis	64	85,33
Total	75	100
Registro de Quedas no Último Ano (entre idosos deambuladores)		
1 evento	6	13,95
2 ou mais	6	13,95
Sem registro de quedas	31	72,09
Total	43	100

Para os deambuladores que caíram duas ou mais vezes, foram avaliadas a velocidade de marcha e a presença ou não de incapacidade cognitiva. Dos seis idosos que caíram mais de duas vezes, apenas um era do sexo masculino, com velocidade máxima de marcha de 0,16 m/s, tendo sofrido cinco eventos no ano. Quanto às cinco mulheres, encontraram-se duas com dois eventos, duas com três e uma com quatro quedas no último ano. A média da velocidade de marcha foi de 0,39 m/s para aquelas com histórico de duas quedas, 0,25 m/s para as que caíram três vezes e 0,46 m/s para a idosa que sofreu quatro eventos. A incapacidade cognitiva estava presente em quatro (67%) dos seis idosos que caíram duas ou mais vezes (inclusive no único homem analisado), sendo a média da velocidade de marcha para esse grupo de 0,315 m/s. Para aqueles sem incapacidade cognitiva

(duas idosas, 37% do grupo) a média da velocidade máxima de marcha foi de 0,915 m/s.

CONCLUSÃO

A velocidade de marcha é um importante preditor da saúde e funcionalidade dos idosos¹¹. Os achados deste estudo confirmam a redução de seus valores em idosos residentes em ILPI, validando os achados de outros estudos^{6,7}. Como os valores das velocidades de marcha do grupo de idosos com histórico de quedas e aqueles sem histórico foram similares, não foi possível estabelecer associação da mesma com as quedas.

Na instituição avaliada, a totalidade dos idosos foi classificada como frágil ou em risco de fragilização, demonstrando tendência atual de que os idosos sejam institucionalizados em idade cada vez mais tardia, contemplando os mais doentes e mais dependentes. Evitar a institucionalização precoce e de idosos independentes constitui importante estratégia para manter a inserção social do idoso e reduzir a sobrecarga sobre o sistema de assistência e previdência social. O estudo também reafirma a condição de incapacidade cognitiva como sendo uma das principais causas de institucionalização dos idosos.

Mais estudos são necessários para melhor compreender as condições de saúde, funcionalidade e os fatores associados à dependência funcional de idosos em ILPI. Essas instituições abrigam idosos com múltiplas incapacidades e limitações funcionais, mas ainda pouco se sabe sobre o impacto da institucionalização na progressão ou remissão dessas incapacidades.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, N.35. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006.
3. Giacomini KC, Couto EC. A fiscalização das ILPI: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
4. Camargos MCS. Instituições de Longa Permanência um estudo sobre a necessidade de vagas. *Rev Bras Estudos Pop.* 2013; 30(2):211-7.
5. Keogh JW, Senior H, Beller EM, Henwood T. Prevalence and risk factors for low habitual walking speed in nursing home residents: an observational study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015; 96: 1993-9.
6. Kuys SS, Peel NM, Klein K, Slater A, Hubbard RE. Gait speed in ambulant older people in long term care: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2014; 15(3): 194-200.
7. Abreu SSE, Caldas CP. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Rev Bras Fisioter.* 2008; 12(4): 324-30.
8. Paixão Júnior CM, Heckman MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 1062-74.
9. Downtown J, Andrews K. Postural disturbance and psychological symptoms amongst elderly people living at home. *Int Geriatr Psychiatr.* 1990; 5(1): 93-8.
10. Carmo JA. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 115f.
11. Verghese J, Wang C, Holtzer R. Relationship of clinic-based gait speed measurement to limitations in community-based activities in older adults. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011; 92(5): 844-6.

Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde na Universidade Federal de Minas Gerais: percepção de risco no ICB e no Campus Saúde

Management of waste of health services in the Federal University of Minas Gerais: perception of risk in ICB and Health Campus

Neuza Antunes Rodrigues¹, Elci S. Santos², Dione Goretti de Freitas², Wilma Guimaraes², Jandira Maciel da Silva³, Tarcisio Marcio Magalhaes Pinheiro³

RESUMO

Introdução: a Resolução do Conselho Nacional de Meio Ambiente estabelece que compete aos geradores de resíduos de serviços de saúde e ao responsável legal dos respectivos estabelecimentos o gerenciamento dos resíduos, desde a sua geração até a sua disposição final. As universidades detêm importante papel na educação e têm o dever desafiador de gerenciar de forma correta os resíduos produzidos em seus trabalhos. A Universidade Federal de Minas Gerais é considerada produtora de resíduos de saúde em decorrência da diversidade das pesquisas realizadas em seu âmbito. **Objetivo:** analisar em uma instituição pública de ensino superior e pesquisa o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) a partir da percepção dos gestores e dos trabalhadores. **Métodos:** este estudo tem abordagem de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, tipo estudo de caso. Os instrumentos utilizados foram entrevistas, grupos focais e observação com roteiros semiestruturados. Discutiram-se neste artigo os aspectos referentes à percepção de riscos ocupacionais, a partir da análise de conteúdo das entrevistas e grupos focais utilizando-se o método proposto por Bardin. **Discussão:** observou-se que a população estudada reconhece a existência de riscos no processo de gerenciamento e manejo dos RSS, embora a maioria desconheça o processo e não saiba manusear e descartar os resíduos. **Conclusão:** a UFMG tem apresentado melhorias significativas quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados em seus ambientes, entretanto, as questões de biossegurança e vigilância em saúde do trabalhador ainda são pouco discutidas e compreendidas na comunidade.

Palavras-chave: Resíduos de Serviços de Saúde; Gerenciamento de Resíduos; Riscos Ocupacionais; Exposição a Riscos Biológicos; Pessoal de Saúde; Meio Ambiente.

ABSTRACT

Introduction: The Resolution of the National Environmental Council establishes that it is incumbent on the WHS generators and the legal representative of the respective establishments, the waste management, from its generation to its final disposal, in order to meet the environmental, public health requirements and occupational health. Universities have an important role as educators and have a challenging duty to properly manage the waste produced in their work. The Federal University of Minas Gerais is considered to be a producer of health waste due to the diversity of research carried out in its scope. **Objective:** To analyze in a public institution of higher education and research the management of the Waste of Health Services (WHS) from the perception of the social actors: managers and workers. **Methods:** This work has a qualitative, descriptive and exploratory approach to the case study. The instruments used were interviews, focus groups and observation with semi-structured scripts. The analysis of the results of the interviews and

¹ Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência; UFMG, Instituto de Ciências Biológicas, Departamento de Bioquímica Imunologia. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Hospital das Clínicas-HC. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Neuza Antunes Rodrigues
neuzaantunesrodrigues@gmail.com

focus groups took place according to the content analysis of Bardin. This article discusses aspects related to the perception of occupational risks. Discussion: The results allow to conclude that the studied population recognizes the existence of risks in the process of managing and managing the RSS, although, most are unaware of the process and do not know how to handle and discard WHS. Conclusion: The UFMG has presented significant improvements in the management of the waste generated in its environment, however the issues of biosafety and vigilance in workers health are still little discussed and understood in the community.

Key words: Waste Health Services; Waste Management; Occupational Risks; Exposure to Biological Risk; Health Personnel; Environment.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o gerenciamento e o manejo dos resíduos dos serviços de saúde (RSS) encontram-se ancorados em leis, decretos, resoluções, deliberações normativas e normas técnicas, que instituem responsabilidades e penalidades aos geradores de resíduos. Entre essas diversas normativas, vale a pena destacar a Resolução do Conselho Nacional de Meio Ambiente RDC nº 358¹, por estabelecer que compete aos geradores de RSS e ao responsável legal dos respectivos estabelecimentos o gerenciamento dos resíduos, desde a sua geração até a sua disposição final, de forma a atender aos requisitos ambientais, de saúde pública e de saúde ocupacional, sem prejuízo de responsabilização solidária, que causem ou possam causar degradação ambiental. Equacionar as questões relacionadas aos resíduos implica ações práticas como a segregação, minimização, tratamento, acondicionamento, armazenamento interno e externo dos resíduos.

Os resíduos de serviços de saúde, embora representem pequena parcela dos resíduos gerados em um município, cerca de 1 a 3% do total, são partes importantes do total de resíduos sólidos urbanos gerados devido ao potencial de risco que representam para a saúde da população e para o meio ambiente.²

Garcia e Ramos consideram que a questão dos RSS não deve ser analisada apenas sob o aspecto da transmissão de doenças infecciosas. Também estão envolvidas a questão da saúde do trabalhador e a preservação do meio ambiente, sendo essas dimensões de grande importância para o campo da biossegurança.³

É bastante comum no Brasil que os estabelecimentos geradores de RSS não obedeçam às exigências legais requeridas para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (GRSS). Tais desobe-

diências podem culminar em doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e contaminação do meio ambiente.⁴ O GRSS é uma necessidade que se apresenta como incontestável e requer não apenas a organização e a sistematização de fontes geradoras, mas fundamentalmente o despertar de uma nova consciência coletiva quanto às responsabilidades individuais na abordagem dessa questão.⁵

Dessa forma, trabalhar a transformação de comportamentos e a adoção de boas práticas quanto ao descarte dos RSS não só conduz à minimização de impactos ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, como propicia a inclusão social por meio de geração de renda.

Práticas de gerenciamento dos RSS vêm sendo adotadas por algumas unidades da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a exemplo do Instituto de Ciências Biológicas (ICB) e do *Campus* Saúde, que engloba o Hospital das Clínicas (HC), a Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem. Mudanças estruturais provocaram a inserção desse hospital no Sistema Único de Saúde (SUS), transformando-o em centro colaborador para a qualidade da gestão e assistência hospitalar.⁶ Todavia, ainda se percebem importantes lacunas no GRSS, tanto no *Campus* Saúde como no ICB, e que frequentemente culminam em acidentes. Mais esforços de controle e gerenciamento ainda são imperativos nesses locais. Faz-se necessária mais articulação entre os sujeitos envolvidos, para a melhoria da qualidade do trabalho com os RSS e a consolidação de práticas corretas, saudáveis e exemplares sintonizadas com a vocação e perfil da universidade.

O objetivo deste estudo foi analisar o processo do GRSS no ICB e *Campus* Saúde da UFMG, a partir da percepção dos atores sociais envolvidos.

MÉTODOS

Este estudo tem como eixo teórico a biossegurança e a saúde do trabalhador. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, exploratório, tipo estudo de caso e foi realizada em dois complexos da UFMG: o ICB e o *Campus* Saúde.

No ICB, a coleta de dados contou com a utilização de dois instrumentos: entrevistas individuais e grupos focais (GF). Foram convidados a participar desta pesquisa trabalhadores e gestores, num total de 54 sujeitos. Entre os trabalhadores, foram convidados: 10 docentes, 10 técnicos administrativos em laboratório, 10 funcionários da empresa terceirizada da limpeza

e 10 alunos de pós-graduação. Já entre os gestores, foram convidados o diretor do Instituto, o administrador do prédio, a gerente do setor de resíduos do ICB, os chefes dos 10 departamentos do Instituto, além do chefe da empresa terceirizada de limpeza do prédio. Para a seleção dos laboratórios, foram utilizados dois critérios não excludentes: o laboratório possuir o registro de algum acidente com RSS e/ou ter o maior número de trabalhadores expostos a RSS.

As entrevistas com os gestores foram realizadas nas dependências do ICB, utilizando-se de questionários abertos. Os GFs foram realizados com os chefes de departamentos e os trabalhadores, perfazendo o total de cinco grupos. Os grupos foram realizados em separado, de acordo com as duas categorias dos sujeitos: trabalhadores e gestores. As entrevistas e os GFs foram gravados na íntegra por meio digital.

No *Campus Saúde* foram realizadas visitas técnicas e observações *in loco* a partir de um roteiro pré-estruturado.

Para a análise dos dados das entrevistas e dos GFs foi utilizada a técnica de análise de conteúdo.⁷ Realizou-se análise descritiva dos dados a partir da observação de diferentes setores do *Campus Saúde*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e as entrevistas foram precedidas pela assinatura no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os nomes dos sujeitos foram substituídos por letras e números, para manutenção do anonimato.⁸

DISCUSSÃO

Após leituras dos conteúdos das entrevistas e dos grupos, os dados foram codificados e estruturados em duas grandes categorias analíticas: percepção dos riscos ocupacionais e estratégias defensivas e de enfrentamento dos riscos. Para este artigo serão discutidos aspectos referentes à percepção de riscos ocupacionais.

Gestores e trabalhadores pesquisados, de maneira geral, relataram que, historicamente, o GRSS na UFMG era muito ruim.

Eu fui aluno aqui, fiz mestrado e doutorado, e a diferença é brutal. Porque o que a UFMG fazia com os resíduos há 20 anos era vergonhoso, [...]. A maioria das coisas ia pelo ralo mesmo, [...]. (GF4-G5-D). [...] todo mundo sabia que estava errado, mas não tinha o que fazer [...]. Não tinha norma [...]. Não tinha controle, não tinha critério. [...] (GF1-G5-G).

Perceberam que comparado ao passado, hoje a UFMG tem apresentado melhoras significativas quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados em seus ambientes.

[...] eu vejo que isso caminhou assim num nível considerável, não é? Então, estou dizendo desde a geração, armazenamento, transporte, quantificação, qualificação dos resíduos gerados, mas eu acho que esse processo tem que ser ampliado [...] (GF5-T4-B).

Ressaltam que os órgãos responsáveis pela legislação e fiscalização dos RSS têm formatado leis e cobrado da UFMG condutas condizentes com o seu perfil de produtora de RSS. Porém, embora a universidade tenha avançado no sentido de observar os preceitos legais, alguns pontos ainda precisam ser otimizados nos processos de trabalho.

[...] eu ainda vejo alguns pontos que me angustiam. Uma das coisas é como lidar com resíduo biológico, também. Então, infelizmente, isso ainda é muito precário aqui (GF1-G5-E).

Gestores e trabalhadores reconhecem a presença de novos riscos advindos dos RSS. Consideram que são riscos, na maioria das vezes desconhecidos, devido à diversidade das pesquisas realizadas na UFMG. Os trabalhos desenvolvidos em áreas da saúde diferem de outros tipos de trabalhos em razão das diversidades de procedimentos e manipulações de produtos químicos; microrganismos que levam à exposição ao risco de contaminação e possíveis acidentes. Ademais, as atividades desenvolvidas nesses ambientes são executadas por um conjunto diverso de técnicos, estudantes e pesquisadores, com formações e experiências heterogêneas e distintas.⁹

A gente tem terceirizados, as pessoas de limpeza que não têm formação adequada para conseguir distinguir esse tipo de resíduo. [...] estudante de iniciação científica, [...] se a gente não tiver uma consciência geral de como que deve ser a separação desses resíduos, esse pessoal fica bastante exposto [...] e se torna um fator de risco (E3-G3).

Todas as categorias relataram a percepção de que os trabalhadores terceirizados da limpeza não sabem manusear os RSS de forma correta. Percebe-se que a população estudada reconhece a existência de riscos advindos dos RSS, apesar de a maioria desconhe-

cer as normas para o descarte. A partir dos relatos obtidos, pode-se inferir que o conhecimento da existência dos riscos no processo de gerenciamento e manejo dos RSS, por parte da comunidade estudada, não garante saber o que fazer para minimizar ou diminuir os riscos advindos desse processo de trabalho.

Além dos riscos físicos, químicos e biológicos, o trabalho com os RSS também pode gerar riscos ergonômicos e mecânicos.¹⁰ Gestores e todos os trabalhadores pesquisados destacaram a existência desses fatores de riscos, sobretudo os ergonômicos, estes referentes à carga excessiva de trabalho.

Gestores e trabalhadores relatam que, em geral, as pessoas não conhecem o processo de gerenciamento e não sabem manusear os RSS. Acrescentam que poucos laboratórios capacitam seus trabalhadores para esses serviços, que os alunos iniciam seus trabalhos nos laboratórios na maioria das vezes sem conhecimento prévio sobre os RSS e que vão aprendendo à medida que trabalham. Os trabalhadores da limpeza consideram ter treinamento insuficiente para os seus serviços.

[...] A minha empresa faz um curso [...] muito “meia-boca”, entendeu? Agora daqui [...], por ser uma área assim, insalubre, tinha que ter um curso [...] deveria de ter um treinamento..., igual como outra empresa tem (E2-G2).

Também a falta de comunicação, informação e divulgação para que a comunidade se atualize sobre os problemas relativos ao GRSS na UFMG foi identificada como um problema. Foi considerado pelos trabalhadores e gestores do ICB que a rotatividade de alunos e a contratação dos terceirizados da limpeza representam um grande dificultador para a melhoria dos processos de gerenciamento dos RSS.

No ICB, a grande maioria dos professores reportou que o conhecimento que detêm sobre como trabalhar com resíduos de forma segura foi adquirido em estágios sabáticos e pós-doutorados no exterior, em que foram obrigados a frequentar treinamentos relativos à biossegurança em laboratório e ao gerenciamento de resíduos. Os técnicos de laboratório referiram que buscam conhecimento por iniciativas próprias na internet, em seminários, congressos, e alguns registraram a importância de seus aprendizados por meio da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e do Curso de Biossegurança em Laboratório disponibilizado pelo Centro de Extensão (CENEX). Nas observações e nas visitas técnicas rea-

lizadas no *Campus Saúde* percebeu-se que, mesmo ocorrendo a capacitação técnica, os trabalhadores ainda têm dificuldades para reconhecer a forma correta de gerenciar os resíduos que eles produzem.

Os trabalhadores terceirizados da limpeza mencionaram que recebem treinamento, mas admitem não ser satisfatório, uma vez que o mesmo enfatiza o uso de equipamento de proteção individual (EPI) e que não ensinam a manusear os resíduos. Informam, ainda, que o que sabem sobre os RSS aprenderam com as colegas mais antigas e com as orientações da gerência de resíduos do ICB.

Agora falta consciência, falta treinamento dos alunos, o aluno que entrasse na pós-graduação no ICB tinha que ter um treinamento. Ele tinha que ter uma palestra. Para iniciar, tinha que ser mandatório ao aluno. Biossegurança e descarte de resíduos. Porque isso é gravíssimo! (GF1-G5-D).

As universidades, instituições responsáveis pela produção, socialização do conhecimento e formação de recursos humanos, têm papel importante: dar o exemplo¹¹.

CONCLUSÕES

Melhorias vêm sendo percebidas no GRSS na UFMG, especialmente no que diz respeito ao atendimento às legislações ambientais. Entretanto, percebe-se que as questões de biossegurança e vigilância em saúde do trabalhador ainda são pouco discutidas e compreendidas na comunidade. É preciso que se adotem estratégias eficientes para a proteção da saúde do trabalhador e do meio ambiente.

A ausência de capacitação continuada sobre biossegurança e GRSS, a elevada rotatividade de alunos, a terceirização dos serviços-meio, a falta de comunicação e a deficitária estrutura física na instituição foram identificadas como os principais fatores dificultadores no processo de GRSS.

A universidade precisa acompanhar mais cuidadosamente a questão do gerenciamento dos RSS nas suas atividades de ensino, assistência, pesquisa e extensão. Sugere-se que sejam constituídos grupos para estudar, nos departamentos, os meios mais eficientes de gerenciar esses RSS.

O estudo demonstrou que a resolução dos problemas advindos do GRSS está atrelada a uma constante capacitação e discussão conjunta de toda a comunidade envolvida no processo de trabalho com os RSS.

Diante da importância e complexidade do tema que motivou este estudo e considerando a carência de envolvimento dos atores em questão, espera-se que reflexões e atitudes na academia sejam instigadas. Conceitos como saúde/doença, exclusão/inclusão, lixo/resíduo, desperdício/boas práticas conscientes de produção e consumo devem ser objeto de pesquisas, de forma a correlacioná-los com a sustentabilidade ambiental.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Meio Ambiente. Resolução n. 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre tratamento e disposição final de resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. [citado em 2015 jan. 12]. Disponível em: www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf.
2. Rodrigues NA, Pereira MAC. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. In: Almeida MFC, organizador. Boas práticas de laboratório. 2ª ed. Rio de Janeiro: Senac; 2013. p.269-308.
3. Garcia LG, Ramos BG. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. Cad Saúde Pública. 2004; 20(3): 744-52.
4. Ministério da Saúde (BR). Decreto n.5.940, de 25 de outubro de 2006. Institui a separação dos resíduos recicláveis descartados pelos órgãos e entidades da administração pública federal direta e indireta, na fonte geradora, e a sua destinação às associações e cooperativas dos catadores de materiais recicláveis, e dá outras providências. Brasília: MS; 2006.
5. Borges ME, Santos ES. Resíduos de serviços de saúde. In: Ameci AGA, organizador. Epidemiologia, prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Belo Horizonte: COOPMED; 2013. p. 181-98.
6. Pereira MS. Mudança organizacional na saúde: desafios e alternativas de um hospital universitário. Belo Horizonte: Arte; 2004.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979. 422 p.
8. Neuza AR. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde na percepção dos trabalhadores e gestores do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
9. Hirata MH, Mancini Filho J, Hirata RDC. Manual de biossegurança. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2012.
10. Cussiol NAM. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Fundação Estadual do Meio Ambiente. Belo Horizonte: FEAM; 2008. 88 p.
11. De Conto SM. Gestão de resíduos em universidades. Caxias do Sul (RS): Educs; 2010. 319 p.

Identificação do risco de fratura osteoporótica em idosos utilizando a ferramenta FRAX[®]

Identification of risk of osteoporotic fracture in the elderly using the FRAX[®] tool

Maura Aparecida Meira Maia¹, Juliana Alves do Carmo¹, Adriana Maria Kakehasi², Carla Jorge Machado³, Edgar Nunes de Moraes⁴

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção de Violência.

Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, FM, Departamento do Aparelho Locomotor.

Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ UFMG, FM, Departamento de Clínica Médica. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: a identificação de indivíduos com risco aumentado de fratura osteoporótica é crucial para as decisões do sistema de saúde em um país em desenvolvimento, onde o acesso à densitometria óssea é restrito. A ferramenta FRAX[®] está sendo disponibilizada na versão aplicável à população brasileira desde 2013. **Objetivo:** identificar e comparar o risco de fratura osteoporótica e a indicação de tratamento específico para baixa massa óssea utilizando-se a ferramenta FRAX[®] em suas duas modalidades: FRAX[®] clínico e o FRAX[®] com densitometria óssea. **Métodos:** a população do estudo consistiu de 1.000 idosos atendidos no Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais com indicação médica para realização de densitometria óssea (Hologic Discover W, Madison, EUA, versão de *software* 3.3.01). Procedeu-se à investigação de características diversas dos pacientes, especialmente as características clínicas, e foram obtidas estatísticas descritivas e de comparação de grupos e de correlação. O nível de significância considerado foi de 5%. **Resultados:** foram diagnosticadas osteoporose, osteopenia e densidade mineral óssea (DMO) normal em 439 (43,9%), 426 (42,6%) e 135 (13,5%) pacientes, respectivamente. A correlação entre FRAX[®] com DMO e FRAX[®] clínico foi estatisticamente significativa e positiva tanto para a probabilidade de fratura de quadril como para fratura maior em 10 anos (0,704 e 0,594, respectivamente, $p < 0,001$). **Conclusão:** o FRAX[®] e a densitometria óssea são ferramentas importantes na abordagem ao diagnóstico e tratamento da osteoporose e na prevenção de fraturas. Este estudo abordou a análise de associação de probabilidades com risco de fraturas, possibilitando ampliar as possibilidades de uso de ambas as ferramentas. **Palavras-chave:** Osteoporose; Densitometria Óssea; FRAX[®]; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Introduction: The identification of individuals at increased risk of osteoporotic fracture is crucial for decisions of the health system in a developing country, where access to bone densitometry is restricted. The FRAX[®] tool has been available in the version applicable to the Brazilian population since 2013. **Objective:** To identify and compare the risk of osteoporotic fracture and indication of specific treatment for low bone mass using the FRAX[®] tool in its two modalities: FRAX[®] and FRAX[®] with bone densitometry. **Methods:** The study sample consisted of 1,000 elderly patients treated at the Geriatrics Service of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Minas Gerais with a medical indication for bone densitometry (Hologic Discover W, Madison, USA, software version 3.3.01). Several characteristics of the patients were investigated, especially the clinical characteristics, and descriptive and group comparison, and correlation statistics were obtained. The level of significance considered was 5%. **Results:** Osteoporosis, osteopenia and normal bone mineral density (BMD) were diagnosed in 439 (43.9%), 426 (42.6%) and 135 (13.5%) patients, respectively. The correlation between FRAX[®] with BMD and clinical FRAX[®] was statistically significant and positive

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Maura Aparecida Meira Maia
E-mail: maurameira@gmail.com

for both the probability of hip fracture and fracture greater than 10 years (0.704 and 0.594, respectively, $p < 0.001$).
Conclusion: FRAX® and bone densitometry are important tools in the approach to the diagnosis and treatment of osteoporosis and in the prevention of fractures. This study addressed the analysis of association of probabilities with risk of fractures, allowing for an increase of the applicability of both tools.

Key words: Bone Densitometry; FRAX®; Osteoporosis; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

A identificação de pessoas com alto risco de fraturas osteoporóticas, no contexto de envelhecimento populacional e aumento da longevidade, é oportunidade para prevenir fraturas e melhorar a alocação de recursos em saúde. Embora o risco de fraturas seja maior em pacientes com menor densidade mineral óssea, há outros determinantes de resistência óssea, pois a maioria das fraturas osteoporóticas ocorre em indivíduos com valores de densidade óssea acima do limiar de osteoporose.^{1,2} Na tentativa de minimizar esse problema em maio de 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou um projeto cujos objetivos eram identificar e validar os fatores de risco clínicos para a avaliação do risco de fratura em uma base internacional, sozinho ou em combinação com testes de densidade mineral óssea. Algoritmos foram desenvolvidos para que a avaliação de risco pudesse ser utilizada na atenção primária, em locais onde o teste de densidade mineral óssea (DMO) não estivesse disponível, mas também tivesse flexibilidade para incluir a DMO quando possível.

Essa ferramenta da OMS é conhecida como FRAX® (*Fracture Risk Assessment*) e está disponível em <http://www.shef.ac.uk/FRAX>^{3,4}, permitindo calcular o risco absoluto de fratura em 10 anos nas modalidades FRAX® clínico e FRAX® com (DMO). Foi validado para o Brasil em 2013 e pode ser útil na estratificação dos pacientes de acordo com seu risco de fratura, indicando manejo oportuno e preciso, especialmente na atenção primária, onde o acesso à densitometria óssea não está amplamente disponível.

Embora de inegável utilidade para um país em desenvolvimento e de grande extensão territorial, pouco se sabe sobre a *performance* da ferramenta em relação aos resultados da densitometria óssea e não existem definições de pontos de corte para indicação de intervenção farmacológica.

O objetivo deste estudo foi identificar e comparar o risco de fratura osteoporótica e a indicação

de tratamento específico para baixa massa óssea utilizando a ferramenta FRAX® em suas duas modalidades: FRAX® clínico e FRAX® com densitometria óssea em uma população idosa com alto risco de fraturas osteoporóticas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal com pacientes idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde na cidade de Belo Horizonte-MG. A população foi de pessoas de 60 anos ou mais encaminhadas pela atenção primária de saúde com indicação para realização de densitometria óssea segundo as recomendações nacionais.⁵

Os pacientes foram atendidos de forma protocolar, de janeiro a agosto de 2013, por instrumento de coleta de informações gerais e específicas para a faixa etária geriátrica, constituindo investigação clínica extensa e compreensiva. A avaliação da massa óssea de coluna lombar e fêmur foi feita pelo sistema DXA *Hologic Discovery W* (Madison EUA, versão de *software* 3.3.01 com CV 1%). Os resultados são fornecidos em valores absolutos (gramas/centímetro²) ou de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde para diagnóstico de osteoporose.⁶ O exame foi realizado e analisado por profissional experiente no método, cego para as condições clínicas e fatores de risco dos pacientes.

Após a identificação do resultado da densitometria, procedeu-se ao levantamento das características clínicas por consulta aos prontuários, incluindo fatores de risco para osteoporose que são utilizados para o cálculo do risco de fratura pelo FRAX®. Na ausência de determinado dado clínico, foi feito contato com o paciente e solicitado esclarecimento. Foram utilizadas as definições da ferramenta FRAX® para determinar a presença ou ausência de osteoporose secundária, tabagismo, etilismo, uso de glicocorticoide, artrite reumatoide, história familiar com fratura de fêmur e história pregressa de fratura. A presença de outros fatores de risco e medicações em uso foi determinada pelo prontuário. Para indicação de tratamento específico para baixa massa óssea foram utilizados os pontos de corte avaliados para a população norte-americana: risco de fratura de quadril de 3% e mais e risco mais alto de fratura (úmero, vértebra, antebraço e quadril) igual ou superior a 20%.⁷

As medidas de associações foram obtidas pelos seguintes testes, dependendo do número de indivíduo

os na análise: teste t para médias; teste não paramétrico para medianas; teste do qui-quadrado de Pearson; teste não paramétrico de Spearman (ρ); e teste não paramétrico de Kendall (τ -b). Foram considerados como significativos os valores de p inferiores a 0,05 e como limiarmente significativos valores de p inferiores a 0,10 e iguais ou superiores a 0,05.

O comitê de ética institucional da UFMG aprovou este estudo.

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou de 60 a 100 anos, com média de idade de 76,4 anos. Houve predomínio do sexo feminino (75,5%) e IMC médio de $26,7 \pm 5,4$ kg/m². O diagnóstico de osteoporose densitométrica foi observado em 439 pacientes (43,9%), enquanto osteopenia e DMO normal foram encontrados em 426 (42,6%) e 135 (13,5%) pacientes, respectivamente. A história de fratura prévia foi observada em 90 (82,6%) mulheres e 19 (17,4%) homens. Não houve diferença significativa entre a ocorrência de fratura e as faixas etárias 60 a 69; 70 a 79; 80 anos e mais. Dos 109 pacientes que relataram fratura de fragilidade prévia, apenas 10 (9,2%) estavam recebendo tratamento para osteoporose e todos os 10 eram mulheres (Tabela 1).

A distribuição dos diagnósticos de osteoporose para fêmur total, colo do fêmur e coluna lombar para homens e mulheres por faixa etária encontra-se na Tabela 2. A frequência de baixa massa óssea nas mulheres aumentou com o aumento da idade em colo e região total do fêmur ($p < 0,05$) e ficou estável na região da coluna lombar, o que também foi observado no caso dos homens ($p > 0,05$).

O risco absoluto de fraturas pelo FRAX® foi calculado para 631 pacientes. Não participaram 366 pacientes que não puderam oferecer resposta exata sobre fratura de quadril dos pais ou que se enquadravam nos critérios de tratamento atual ou prévio para osteoporose, segundo recomendações de utilização da ferramenta. O risco de fratura maior e fratura de quadril nos próximos 10 anos, obtidas pelo FRAX® clínico e com densitometria óssea, mostraram que as probabilidades aumentam com o progredir da idade. Não houve diferenças estatisticamente significativas para os resultados do FRAX® clínico e com densitometria óssea para: mulheres de 60-69 anos (fratura maior e fratura de quadril); homens de 60-

69 anos (fratura de quadril); homens 70-79 anos (fratura maior). A probabilidade nos próximos 10 anos foi uniformemente maior para as mulheres. A partir da idade de 70 anos, as probabilidades nos próximos 10 anos obtidas com o FRAX® clínico foram sempre maiores do que as obtidas com o FRAX® com densitometria óssea (Tabela 3).

A correlação entre o FRAX® com DMO e o FRAX® clínico foram positivas e estatisticamente significativas, tanto para as probabilidades para 10 anos de fratura maior quanto aquelas para fratura de quadril (0,704 e 0,594, respectivamente; $p < 0,001$).

Desses 631 idosos, considerando o ponto de corte acima de 3% de probabilidade em 10 anos para fratura de quadril pelo FRAX® clínico, seriam tratados 117 idosos com o diagnóstico de osteopenia; 49 (166-117) idosos com osteoporose densitométrica não seriam tratados pelo FRAX® clínico. Pelo FRAX® com DMO seriam tratados 41 idosos com osteopenia; 129 (160-41) idosos com osteoporose densitométrica não seriam tratados pelo FRAX® com DMO. Finalmente, dos 631 idosos, considerando o ponto de corte acima de 20% de probabilidade em 10 anos para fratura maior pelo FRAX® com DMO, nenhum idoso seria tratado com osteopenia; nove idosos com osteoporose densitométrica deixariam de ser tratados.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo reforçam a importância dos fatores de risco clínicos na avaliação do risco absoluto de fraturas osteoporóticas. Sexo feminino, idade, índice de massa corporal e fratura prévia são características que estiveram associadas à baixa massa óssea. História de duas ou mais quedas no último ano esteve presente em 177 (17,7%) idosos e o relato de fratura prévia foi de 10,9%, embora nenhum homem com fratura prévia estivesse sendo tratado. A prevenção secundária e a abordagem do ambiente demandam empenho e tempo, mas são intervenções urgentes nessa população.

Neoplasia e diabetes *mellitus* (DM) foram mais frequentes em portadores de DMO normal comparativamente àqueles com osteoporose e osteopenia. No caso do DM tipo 2, o paradoxo de maior DMO com alto risco de fratura pode ser explicado pelos inúmeros fatores de risco inerentes à doença de base que podem ter influência além dos valores absolutos da DMO.⁸

Tabela 1 - Características clínicas dos 1.000 pacientes incluídos no estudo, segundo a classificação da massa óssea pela Organização Mundial de Saúde

Características	Total	Osteoporose	Osteopenia	DMO Normal	Valor de p
	n (%) ¹	n (%) ¹	n (%) ¹	n (%) ¹	
Pacientes	1000 (100)	439 (43,9)	426 (42,6)	135 (13,5)	
Idade, anos (média ± DP)	76,4±7,2	77,6±7,1	76,2±6,9	73,0±6,8	<0,001****
Sexo feminino	755 (75,5)	376 (86,7)	289 (67,8)	90 (66,7)	<0,001****
Peso (Kg) (média ± DP)	64,2±14,1	58,5±12,9	66,9±12,9	74,1±13,7	<0,001****
Altura (cm) (média ± DP)	154,9±8,7	152,3±8,0	156,4±8,9	158,6±7,9	<0,001****
Índice de massa corporal (Kg/cm ²) (média ± DP)	26,7±5,4	25,2±5,0	27,4±5,3	29,5±5,5	<0,001****
Fratura prévia	109 (10,9)	69 (15,7)	33 (7,8)	7 (5,2)	<0,001****
Tabagismo atual	78 (7,8)	36 (8,2)	32 (7,5)	10 (7,4)	0,685
Uso de glicocorticoides	58 (5,8)	24 (5,5)	30(7,0)	4 (3,0)	0,821
Artrite reumatoide	12 (1,2)	4 (0,9)	7 (1,6)	1 (0,7)	0,681
Osteoporose secundária	5 (0,5)	3 (0,7)	1 (0,2)	1 (0,7)	0,138
Três ou mais unidades de álcool ao dia	49 (4,9)	17 (3,9)	26 (6,1)	6 (4,4)	0,324
Hormônio tireoidiano	107 (10,7)	49 (11,2)	44 (10,3)	14 (10,4)	0,698
Tratamento para osteoporose	48 (4,8)	29 (6,6)	16 (3,8)	3 (2,2)	0,014**
Benzodiazepínicos	135 (13,5)	52 (11,9)	61 (14,3)	22 (16,3)	0,336
Anticonvulsivante	14 (1,4)	8 (1,8)	6 (1,4)	0 (0,0)	0,173
Diuréticos	389 (38,9)	168 (38,3)	160 (37,6)	61 (45,2)	0,267
Antiácidos	172 (17,2)	74 (16,9)	76 (17,8)	22 (16,3)	0,888
Doença óssea	179 (17,9)	79 (18,0)	75 (17,6)	25 (18,5)	0,969
Diabetes mellitus	264 (26,4)	80 (18,2)	139 (32,6)	45 (33,3)	<0,001****
Insuficiência renal	92 (9,2)	42 (9,6)	42 (9,9)	8 (5,9)	0,422
Hiperparatireoidismo	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,288
Doença inflamatória do intestino	7 (0,7)	2 (0,5)	3 (0,7)	2 (1,5)	0,275
Hipertireoidismo	22 (2,2)	16 (3,6)	5 (1,2)	1 (0,7)	0,007***
Hipotireoidismo	157 (15,7)	71 (16,2)	68 (16,0)	18 (13,3)	0,716
Neoplasia	47 (4,7)	14 (3,2)	22 (5,2)	11 (8,2)	0,018**
Dois quedas ou mais em doze meses	177 (17,7)	80 (18,2)	77 (18,1)	20 (14,8)	0,639

Notas: (1) nas colunas foram denotados: valores absolutos, seguidos de proporção respectiva (n; %) ou, em caso de variáveis contínuas, a média seguida do desvio padrão. (média ± dp). (2) Os valores de p para variáveis binárias foram derivados do teste do qui-quadrado de Pearson com correção exata de Fisher ou teste de correlação de postos de Spearman; os valores de p para variáveis contínuas foram derivados do teste t de Student para dados pareados ou do teste não paramétrico de Kendall (tau-b) para dados pareados. (3) as significâncias estatísticas obtidas foram especificadas por meio de asteriscos, denotando graus progressivos de significância * p<0,1; ** p<0,05; ***p<0,01;****p<0,001.

Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos densitométricos de osteoporose para os três sítios, segundo a faixa etária e sexo

Idade (em anos)	Mulheres			Homens		
	Fêmur total n (%)	Colo do fêmur n (%)	Coluna lombar n (%)	Fêmur total n (%)	Colo do fêmur n (%)	Coluna lombar (%)
60 e 69 (63 mulheres, 6 homens)	12 (19,1)	24 (38,1)	48 (76,2)	0 (0,0)	1 (16,7)	6 (100,0)
70 a 79 (154 mulheres, 29 homens)	40 (25,3)	63 (40,9)	125 (81,2)	1 (3,5)	15 (51,7)	20 (69,0)
80 ou mais (159 mulheres, 28 homens)	70 (40,3)	96 (60,4)	101 (63,6)	6 (21,4)	17 (60,7)	20 (71,4)
Total (376 mulheres, 63 homens)	122 (30,6)	183 (48,7)	274 (72,9)	7 (11,1)	33 (52,4)	46 (73,0)

Notas: Foram utilizados qui-quadrado de Pearson e teste de correlação não paramétrica de Kendall (Tau b de Kendall); Houve pacientes com acometimento em mais de um sítio examinado; p<0,05 para todos os sítios, exceto: mulher (coluna lombar; p=0,114) e homem (coluna lombar; p=0,487).

Tabela 3 - Probabilidade média nos próximos 10 anos, de fratura maior e de quadril, segundo o cálculo com a ferramenta FRAX® nas modalidades clínica e com valor densitométrico, para diferentes faixas etárias

Idades entre	Risco de fratura osteoporótica para os próximos 10 anos segundo a ferramenta FRAX® (Média das probabilidades ± DP)					
	Fratura Maior			Fratura de Quadril		
	Sem DMO	Com DMO	Valor de p	Sem DMO	Com DMO	Valor de p
60 e 69 anos						
Mulher (n=120)	4,4±2,4	4,7±3,7	0,293	1,4±1,2	1,6±2,6	0,364
Homem (n=22)	2,2±0,8	2,8±1,5	0,020*	0,7±0,4	1,0±1,1	0,053
70 e 79 anos						
Mulher (n=220)	8,3±3,8	6,9±4,2	<0,001***	4,0±2,8	2,9±3,2	<0,001***
Homem (n=88)	4,3±2,2	3,9±1,6	0,067	2,3±1,5	1,9±1,2	0,008**
80 anos e mais						
Mulher (n=133)	12,3±4,0	9,8±4,2	<0,001***	6,5±3,0	4,2±2,7	<0,001***
Homem (n=48)	5,6±1,7	4,9±2,2	0,022*	3,5±1,4	2,7±1,5	<0,001***
Total						
Mulher (n=473)	8,4±4,6	7,1±4,5	<0,001***	4,0±3,2	2,9±3,1	<0,001***
Homem (n=158)	4,4±2,2	4,1±1,9	0,022*	2,5±1,6	2,0±1,4	<0,001***

Teste t pareado - Quanto às probabilidades para os próximos dez anos de fratura (maior e de quadril), foram obtidas as probabilidades médias para cada grupo conformado por sexo, idade e probabilidade específica (com DMO e clínica).

O uso da ferramenta FRAX® no Brasil impõe limitações pela falta de definição de pontos de corte para indicações de tratamento farmacológico. O modelo FRAX® utiliza dados de nove grupos em todo o mundo, incluindo os centros da América do Norte, Europa, Ásia e Austrália, e foi validado em 11 grupos independentes, com distribuição geográfica semelhante.³ O FRAX® foi calibrado para uma epidemiologia do Reino Unido, mas pode ser adaptado para qualquer país onde uma epidemiologia da fratura e da morte é conhecida.

Quanto às probabilidades de fratura maior e fratura de quadril, nos próximos 10 anos, obtidas pelo FRAX® clínico e com densitometria óssea, conforme esperado, as probabilidades aumentaram com o progredir da idade para mulheres e homens. A probabilidade nos próximos 10 anos foi sempre maior para as mulheres. A partir da idade de 70 anos, o risco de fratura obtido com o FRAX® clínico foi maior do que com o FRAX® com densitometria óssea em homens e mulheres tanto para fratura maior como para fratura de quadril. Isso pode encontrar explicação pelo aumento dos fatores de risco para fraturas com o decorrer da idade, apesar da ferramenta levar em conta o risco de morrer.⁹ Além disso, a DMO da coluna pode não refletir a perda da massa óssea devido às alterações degenerativas.

Entre as limitações do FRAX®, podem-se enumerar: as fraturas vertebrais não serem consideradas achado incidental; o IMC pode ser influenciado pela

perda de altura associada a deformidades vertebrais, subestimando o risco de fraturas; as lembranças estão sujeitas a erros como na história familiar; fratura prévia; tabagismo; e uso de glicocorticoide. Neste estudo, 335 pacientes (33,5% da amostra) não sabiam responder sobre a fratura dos pais. As causas podem variar desde comprometimento da memória desses idosos a menor expectativa de vida dos seus pais, não tendo a oportunidade de envelhecer para fraturar. Uma variedade de fatores não esqueléticos, como a suscetibilidade à queda, contribui para aumentar o risco de fratura. A avaliação ideal e precisa do risco de fratura deve incluir outros fatores que adicionam informações ao que é oferecido pela DMO³. Apesar das limitações do FRAX®, são inegáveis as vantagens dessa ferramenta: simples na sua aplicação, aplicável em ambos os sexos, disponível em vários países. Além disso, oferece livre acesso em aplicativos eletrônicos.

Menos de 10% daqueles idosos com osteoporose complicada estavam em tratamento, o que é confirmado pela literatura, demonstrando mais gravidade da doença, uma vez que a taxa de tratamento pós-fratura nas publicações está em torno 30%.¹⁰

No presente estudo, o FRAX® clínico foi importante para indicar tratamento para os pacientes portadores de osteopenia, com probabilidade em 10 anos de fratura de quadril maior de 3%, em 117 pacientes. Quando a este FRAX® adicionou-se o valor de DMO,

apenas 41 idosos com osteopenia foram indicados para tratamento. Questiona-se se estaria o FRAX® clínico superestimando o tratamento em relação ao FRAX® com DMO. Ressalta-se que esses percentuais de indicação de tratamento pelo FRAX® (3 e 20%) não foram calculados para a população do estudo, mas para a população americana.¹¹

Concluiu-se que o FRAX® e a densitometria óssea são importantes na abordagem do diagnóstico e tratamento da osteoporose e na prevenção de fraturas. Entretanto, mais estudos em idosos brasileiros são necessários para verificar se os percentuais utilizados (superior a 3% e a 20%) são adequados à nossa população. É importante enfatizar que os valores propostos são um guia e não regras, que o julgamento clínico é superior e que outros fatores de risco individuais, como os levantados nesta amostra, devem dar suporte à decisão médica de tratar ou não cada indivíduo. Aspectos como suficiência de cálcio e vitamina D, atividade física, cuidados com o ambiente e risco de quedas são absolutamente relevantes na prevenção das fraturas.

REFERÊNCIAS

1. Siris ES, Chen YT, Abbott TA, Barrett-Connor E, Miller PD, Wehren LE, *et al.* Bone mineral density thresholds for pharmacological intervention to prevent fractures. *Arch Intern Med.* 2004; 164(10): 1108-12
2. Cranney A, Jamal SA, Tsang JF, Josse RG, Leslie WD. Low bone mineral density and fracture burden in postmenopausal women. *CMAJ.* 2007; 177(11): 1391-2.
3. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, McCloskey E. FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporos Int.* 2008; 19(4): 385-97.
4. McCloskey E. Identifying people at high risk of fracture. WHO fracture risk assessment tool, a new clinical tool for informed treatment decisions. Nyon: International Osteoporosis Foundation (IOF); 2009.
5. Brandão CMA, Camargos BM, Zerbini CA. Official positions of the Brazilian Society for Clinical Densitometry; SBDens. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2009; 53(1): 107-12.
6. Kanis J, Melton LJ 3rd, Christiansen C, Johnston CC, Khaltav N. The diagnosis of osteoporosis. *J Bone Miner Res.* 1994; 9(8): 1137-41.
7. Dawson-Hughes B, Tosteson ANA, Melton LJ, Baim S, Favus MJ, Khosla S, Lindsay L. Implications of absolute fracture risk assessment for osteoporosis practice guidelines in the U.S. *Osteoporos Int.* 2008; 19(4): 449-58.
8. Schwartz AV, Vittinghoff E, Bauer DC, Hillier TA, Strotmeyer ES, Ensrud KE, *et al.* Association of BMD and FRAX score with risk of fracture in older adults with type 2 Diabetes. *JAMA.* 2011; 305(21): 2184-92.
9. USPSTF-U.S. Preventive Services Task Force Screening for Osteoporosis: Recommendation Statement U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011; 154: 356-64.
10. Balasubramanian A, Tosi LL, Lane JM, Dirschl DR, Ho PR, O'Malley CD, *et al.* Declining rates of osteoporosis management following fragility fractures in the U.S., 2000 through 2009. *J Bone Joint Surg Am.* 2014; 2(96): 47-52.
11. National Osteoporosis Foundation NOF Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2013.

Interfaces da violência e da ética entre adolescentes nos contextos da escola e da família

Interfaces of violence and ethics among adolescents in school and family contexts

Danielle Gonçalves Rocha¹, Débora Corgosinho Nogueira Figueiredo², Lucimar Leão Gomes³, Rafael Miranda de Oliveira⁴, Rosane Alves de Oliveira⁵, Túlio Eugênio de Souza⁶, Elza Machado de Melo²

RESUMO

Introdução: a adolescência é um período constituído historicamente pelo desenvolvimento humano com múltiplas transformações e necessidades emergenciais, as quais rebatem na sua condição de saúde. **Objetivos:** analisar a interface da violência na adolescência dentro dos contextos familiar e escolar a partir da perspectiva ética. **Método:** estudo transversal descritivo realizado em 2013/2014 em Belo Horizonte-MG com 1.217 adolescentes de escolas privadas e públicas por meio da aplicação de questionários autoaplicáveis e anônimos. **Resultados:** 54,7% dos alunos eram do sexo feminino e 45,3% do masculino; 94,8% solteiros; 46,6% se autodeclararam pardos, 34,8% brancos e 13,1% negros; média de 14,9 anos, mediana 15 anos e desvio-padrão de 1,52; 70,3% estudavam em escolas públicas e 29,7% em escolas privadas. A partir da percepção dos estudantes quanto a temáticas éticas elaboradas a partir das formulações do desenvolvimento moral propostas por Piaget, construiu-se o Índice de Atitude Violenta (IAV), em que se verificaram medidas de tendências centrais superiores no sexo masculino; entre os que tinham pior percepção da relação com os pais e colegas e do tratamento que recebem dos professores; entre os que relataram baixo desempenho escolar e descrença em Deus. **Conclusões:** contextos sociofamiliares menos harmônicos se associam a concepções e atitudes mais violentas. É necessário realizar estudos contínuos das temáticas: violência e valores morais e éticos na adolescência, considerando as rápidas transformações nas relações em que o adolescente, um ser em formação, está inserido. **Palavras-chave:** Adolescente; Violência; Moral; Ética; Família; Educação.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a period historically constituted by human development with multiple transformations and emergency needs, which rebound in its health condition. **Objectives:** to analyze the interface of violence in adolescence within the family and school contexts from the ethical perspective. **Stratify a violent attitude index to correlate such interfaces. Material and Methods:** a descriptive cross-sectional study conducted in 2013/2014 in Belo Horizonte/MG, with 1.212 adolescents from private and public schools through the application of self-administered and anonymous questionnaires. **Results:** 54,7% of the students were female and 45,3% were male; 94,8% singles; 46,6% declared themselves brown, 34,8% white and 13,1% black; mean of 14,9 years, median 15 years and standard deviation of 1,52; 70,3% studied in public schools and 29,7% in private schools. Based on the students perception of the ethical themes elaborated by the hypotheses of moral development proposed by Piaget, a Violent Attitude Index (IAV) was formulated, where measures of higher central tendencies in the masculine gender were verified, worse perception in the relation with Parents and colleagues and in the treatment they receive from teachers, worsen school performance and disbelief in God.

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Túlio Eugênio de Souza
E-mail: tulioeugeniodesouza@hotmail.com

Conclusions: Less harmonious socio-family contexts may imply a perspective on ethics associated with more violent attitudes. It is necessary to conduct continuous studies of the themes: violence and moral and ethical values in adolescence, considering the rapid transformations in the relationships in which the adolescent, a being in formation, is inserted.

Key words: Adolescent; Violence; Morale; Ethic; Family; Education.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os adolescentes, grupo da população na faixa etária de 10 a 19 anos, representam 20% dos mais de 190 milhões de brasileiros,¹ dado que elucida a importância do grupo e impõe necessidade de implantar políticas públicas a ele destinadas. A adolescência é um período constituído historicamente pelo desenvolvimento humano com múltiplas necessidades emergenciais. Os adolescentes exercem diversas funções cotidianamente em suas redes sociais (escola, família, trabalho) atravessadas por condições sociais diversas; transformações em seus corpos e imaginário em torno da adolescência de todos com os quais se relacionam.²

A família e a escola, parte integrante da rede social construída pelo adolescente, interferem na constituição dos valores éticos e morais apreendidos na adolescência, fase crítica para alicerçar preceitos que supostamente persistirão na vida adulta. A interação do adolescente com suas redes sociais constituídas e constituintes é o que subsidiará a construção dos seus valores morais e éticos.³

Assim, é necessário compreender essa fase da vida para o delineamento de estratégias as quais viabilizarão o suporte para lidar com as especificidades vivenciadas nesse período e que colaboram para a sua qualidade de vida, conseqüentemente, para sua condição de saúde.⁴ Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar a interface da violência na adolescência dentro dos contextos familiar e escolar a partir da perspectiva ética.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo decorrente da pesquisa realizada em 2013 e 2014 pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de

Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. A metodologia consistiu de entrevista semiestruturada, utilizando questionários autoaplicáveis e anônimos.

A população estudada foi delimitada por amostra calculada com erro de 5,0% (n = 1.217) de alunos de 33 escolas privadas e públicas dos nove distritos sanitários do município de Belo Horizonte, Minas Gerais de modo proporcional, nos variados turnos de funcionamento, e nas seguintes faixas etárias (de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos) sorteados entre os pares. Os questionários foram aplicados após contato inicial com os adolescentes e seus responsáveis por meio de esclarecimentos quanto à pesquisa e viabilização nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (dispensada assinatura dos responsáveis dos jovens acima de 16 anos). Os questionários foram coletados nas salas de aula durante o período escolar regular (tempo médio de aplicação: cerca de uma hora). Para o desenvolvimento deste trabalho foram resguardadas a identidade e integridade do público-alvo em questão, a fim de que os dados coletados tivessem a finalidade única e exclusiva para trabalhos científicos. Para tanto, foi enviado às instituições envolvidas um termo de solicitação de coleta de dados e submissão à aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG.

O questionário semiestruturado em 10 blocos temáticos foi elaborado a partir de subsídios de outros instrumentos e literatura e depois foi testado em estudo-piloto com entrevista de 40 adolescentes, dentro das faixas etárias avaliadas, sobre a percepção das perguntas realizadas. Posteriormente, foi testado de novo no modo final para a pesquisa.

Um dos blocos do questionário foi estruturado à base de simulação de situações geralmente experimentadas nas escolas, com perguntas hipotéticas ao adolescente sobre o que ele faria caso as experimentasse. Tais situações foram inspiradas – e ajustadas ao contexto atual – nas formulações de Piaget sobre o desenvolvimento moral. Piaget postulava que as relações sociais têm uma contribuição essencial no desenvolvimento do valor moral do sujeito a partir do polimento da egocentricidade e do desenvolvimento da consciência, da empatia e respeito à opinião e valores dos outros. Para tanto, ele elaborou uma coletânea de experimentos envolvendo dilemas morais simples para diferentes idades, a saber: mentira, justiça, furto e regra de jogos. Ele testava o comportamento dos participantes ao fingir não saber das regras dos jogos para possibilitar o questionamento das mesmas a partir da perspectiva das crianças e adolescentes.

O intuito desses experimentos era avaliar o desenvolvimento moral; a responsabilidade (objetiva e subjetiva); moral (autônoma e heterônoma); noções de justiça e as regras (racional, coercitiva e motora).⁵ As questões do questionário pretendiam avaliar o desenvolvimento desses aspectos éticos e morais entre os adolescentes – ou a falta desse desenvolvimento, significando violência – a partir das atitudes que eles adotariam diante das situações simuladas. Tais questões envolviam diferentes temas da sua vida cotidiana: desaparecimento do livro, *bullying* entre colegas de classe, frustração quanto à participação de uma atividade comunitária devido à superlotação, perda em jogos de grupo, conflitos entre adolescentes, traições e ciúmes no namoro.

A partir da percepção dos estudantes quanto a essas temáticas éticas, formulou-se um Índice de Atitude Violenta (IAV) graduado de 0,0 a 1,0 (quanto maior o índice, maior a expressão de atitudes violentas), comparando seus valores segundo sexo, crença em Deus, notas escolares, percepção das relações com pais, colegas e professores, por meio de gráficos do tipo *boxsplot*.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos alunos avaliados, 54,7% (663) eram do sexo feminino e 45,3% (549) do masculino. Quanto ao estado civil, 94,8% (1112) eram solteiros, 4,1% (48) amigos, 0,6% (sete) casado e 0,5% (seis) separado. Na perspectiva da raça/cor, 46,6% (557) se autodeclararam pardos, 34,8% (415) brancos, 13,1% (156) negros, 3,2% (38) orientais e 2,3% (28) indígenas. Em relação à faixa etária, a média encontrada foi de 14,9 anos, mediana de 15 anos e desvio-padrão de 1,52. Quanto ao tipo de escola avaliada, 29,7% (362) eram municipais, 39,2% (477) estaduais, 1,4% (17) federal e 29,7% (361) escolas privadas.

No tocante ao contexto familiar, 64,7% (788) moravam com pai e 35,3% (429) não; 88,7% (1080) com mãe e 11,3% (137) não; 58,6% (713) com irmãos e 41,3% (503) não; 3,5% (43) com padrasto/madrasta; 3,0% (37) com esposo (a), 10,5% (128) com outros parentes; 0,3% (quatro) com amigos; 1,3% (16) com outras pessoas; 0,1% (um) sozinho e 0,4% (cinco) em instituições. Destaca-se que 15,9% (191) informaram que alguém já abandonou a família.

A Figura 1 mostra os gráficos *boxsplot* com a análise do IAV segundo as variáveis estudadas: sexo

(Gráfico A); relação com os pais (Gráfico B); com os colegas (Gráfico C); com os professores (Gráfico D); desempenho escolar (Gráfico E); e crença em Deus (Gráfico F). Na parte A da Figura 1, verificou-se que a distribuição do IAV em relação ao sexo apresentou um indicador mediano de atitude violenta maior – portanto, menos desenvolvimento de aspectos morais e éticas – para os homens. Em relação à dispersão do IAV, percebeu-se heterogeneidade maior para os homens. Diversos autores opinam que a violência entre sexo e grupos etários é fruto do cenário cultural, em que os homens são os principais agressores em um ciclo que geralmente não se cessa.^{6,7}

O Gráfico B da Figura 1 mostra a distribuição do IAV relativo à percepção da relação com os pais: há certo aumento gradativo nas medidas de tendências centrais de acordo com a piora na percepção da relação. No Gráfico C, nota-se a disposição do IAV diante da percepção da relação com outros colegas da escola, em que a mediana é maior que nos que alegam que não se relacionam bem com os colegas. No Gráfico D, a posição do IAV em relação à percepção do tratamento dos professores é relativamente superior nos estudantes que consideram que os professores não lhes tratam bem. No Gráfico E, a disposição do IAV relativo às notas escolares indica elevação nos índices do IAV de acordo com a piora no desempenho escolar.

Corroborando os dados encontrados nesta pesquisa, estudo conduzido com adolescentes em escolas públicas de São Gonçalo-RJ demonstra que ações de violência são recorrentes e continuam sendo as formas de resolução de conflitos familiares num âmbito permeado pela violência.⁸ Outras pesquisas indicam que a violência se configura com uma trama complexa com articulação com vários fatores, a saber: a falta de diálogo entre os componentes familiares, a falta de responsabilidade, a precariedade no apoio à família, o descontrole emocional e as consequências do próprio panorama violento no território.⁹

O Gráfico E mostra a distribuição do IAV em relação à crença em Deus, com menor medida de tendência central nos alunos que não tinham crença divina. Estudo de revisão de literatura quanto ao papel da religião na prevenção da violência, promoção da saúde e reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade sugere algumas pesquisas que evidenciam associação positiva entre religiosidade e sua relação com a violência, gerando melhor condição de saúde, das relações sociais e a prevenção de crimes.¹⁰

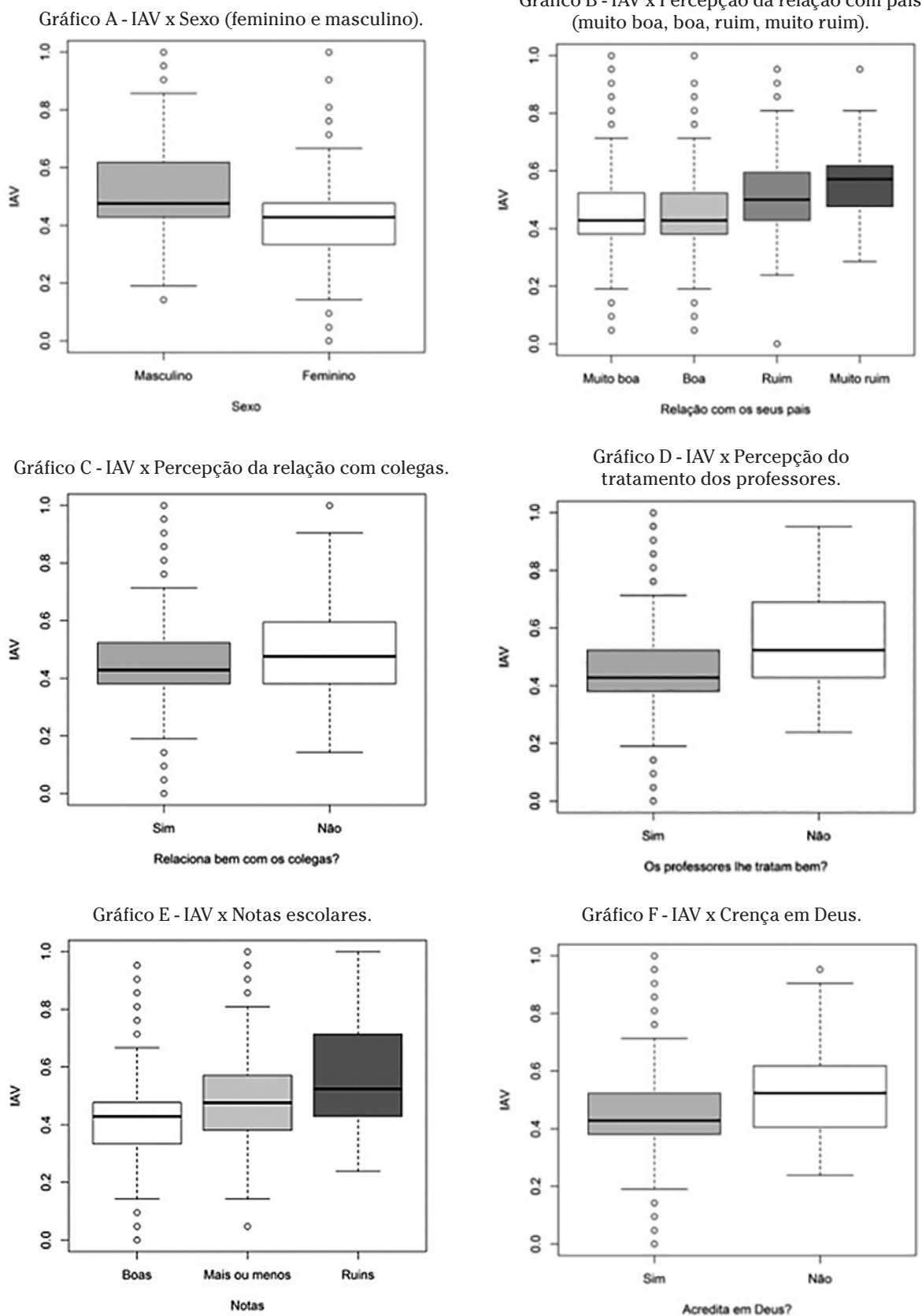


Figura 1 - IAV segundo sexo, relação com pais, colegas e professores; desempenho escola e crença em Deus.

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou conhecer as posturas dos adolescentes diante de valores morais e éticos associados à família, escola, religiosidade e, por decorrência da falta desses aspectos, suas atitudes violentas. As respostas dos adolescentes evidenciaram claramente o desenvolvimento das relações nessa fase da vida repleta de diversos conflitos psíquicos e comportamentais.¹¹

O desenvolvimento das mudanças que ocorrem no processo adolecer implicará dificuldades na relação do adolescente com a família, professores e colegas, as quais podem gerar situações de embate. É muito importante refletir os limites e amplitude da violência e os valores na adolescência para que se possa contribuir com indicadores de melhorias nas políticas públicas.¹²

A escola é fundamental no processo de aprendizagem e educação do adolescente junto à família, que deveria ser a mola propulsora de valores. É necessário trabalho interdisciplinar que entrelace aspectos ético, social e cultural em uma fase complexa como a adolescência e tão afetada pelo contexto global e conjuntural na contemporaneidade.¹³

A ênfase em trabalhos familiares, religiosos e social é um aspecto que deve ser enfatizado, pois a rede social exerce papel fundamental na compreensão, na prevenção e no tratamento de adolescentes em conflitos morais e éticos.¹⁴

Quando se sublinha a questão dos adolescentes no cenário social, familiar e educacional na sua perspectiva ética, permite-se a elaboração de estratégias que minimizam os riscos à saúde do adolescente. Assim sendo, os profissionais de saúde são convocados a intervir nessa área com o propósito de prevenir e prever relações sociais negativas que assolam os adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à nossa orientadora, ao estatístico Ricardo Tavares e à equipe de Departamento Acadê-

mico de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade no Brasil. Sinopse dos Resultados do Censo 2010. [citado em 2016 ago. 20]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>.
2. Calligaris C. A adolescência. 2ª ed. São Paulo: Publifolha; 2009.
3. Piaget J. O juízo moral na criança. 4ª ed. São Paulo: Summus; 1994.
4. Martins MO, Cavalcante VLF, Holanda GS, Oliveira CG, Maia FES, Menezes-Júnior JR, et al. Associação entre comportamento sedentário e fatores psicossociais e ambientais em adolescentes da região nordeste do Brasil. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2012;17(2):143-50.
5. Sampaio LR. A psicologia e a educação moral. Psicol Ciênc Prof. 2007;27(4):584-95.
6. Assis SG, Avanci JQ. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: Njaine K. Impactos da violência na saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
7. Ministério da Saúde (BR). Sánchez RN, Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes; questão histórica, social e de saúde. In: Lima CA. Violência faz mal à saúde. Brasília: MS; 2004.
8. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência social na adolescência. Rev Panam Saúde Pública. 2004;16:43-51.
9. Paludo SS, Koller SH. Toda criança tem família: criança em situação de rua também. Psicol Soc. 2008;20:42-52.
10. Ribeiro FML, Minayo MCS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(6):1773-89.
11. Crivellati MMB, Durman S. Sofrimento psíquico na adolescência. Texto Contexto Enferm. 2006;15:64-70.
12. Oliveira MT, Lima MLC, Barros MDA, Paz AM, Barbosa AMF, Leite RMB. Sub-registro da violência doméstica em adolescentes: a (in) visibilidade na demanda ambulatorial de um serviço de saúde no Recife-PE, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2011;11(1):29-39.
13. Sarmiento P. Bioética e infância: compromisso ético com el futuro. Pers Bioética. 2010;14(1):10-29.
14. Branco BM, Wagner A, Demarchi KA. Adolescentes infratores: rede social e funcionamento familiar. Psicol Reflexão Crít. 2008;21(1):125-32.

Medicina brasileira transformada: relato de experiência

Brazilian medicine transformed: experience report

Juliana Chaves¹, Larissa Soares¹, Letícia Baião¹, Luana Almeida¹, Luiza Carneiro¹, Luiza Peroni¹, Maria Cecília Nassif¹, Pedro Leal¹, Pedro Santos¹, Priscilla Delasalle¹, Shirley Almeida², Nathan Mendes Souza¹

RESUMO

Persegue-se no Brasil uma transformação médica que aproxime docentes, discentes, profissionais de saúde lotados nos campos de ensino-aprendizagem-pesquisa do cuidado centrado nas pessoas, suas famílias e comunidade. Apresenta-se aqui o relato de experiência discente-docente-cuidadores de saúde em que se buscou integrar conhecimentos do ciclo básico com o ciclo clínico mediante desenvolvimento de habilidades sociais e comunicacionais e de competências para trabalhar território de saúde, determinantes sociais da saúde e abordagem familiar, no âmbito da atenção primária à saúde. Essa experiência propiciou diagnósticos aprofundados e intervenções sobre 10 famílias vulnerabilizadas além de aproximação entre graduação e pós-graduação e organização não governamental.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Visita Domiciliar; Medicina de Família e Comunidade.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Centro de Saúde Carlos Chagas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

A medical transformation is pursued in Brazil that brings teachers, students and health care professionals together, in the fields of teaching-learning-research, towards care centered on persons, their families and the community. We present here there port of student-teacher-health care professionals' experience where we sought to integrate basics cycle with clinical cycle through the development of social and communication skills and competencies to work on health territory, social determinants of health and family approach in Primary Healthcare setting. This experience provided in-depth diagnoses and interventions on 10 vulnerable families, and an approximation between undergraduate and postgraduate and non-governmental organization.

Keywords: Primary Health Care; Home Visit; Family Practice.

INTRODUÇÃO

A iniciação à atenção primária à saúde (IAPS) é um conjunto de disciplinas implementado recentemente no curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. A IAPS possui diversas finalidades e importâncias acadêmicas. Contudo, ressaltam-se suas principais contribuições: construir conhecimento discente sobre o Sistema Unificado de Saúde (SUS) e como ele cuida de pessoas, famílias, comunidades e populações; propiciar primeiro contato e vivência profissional com a unidade básica de saúde (UBS) e atenção primária à saúde (APS) para que discentes possam, oportunamente, conhecer seu funcionamento e importância, enfatizando a potência

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Nathan M Souza
E-mail: NathanMendes@hotmail.com

de equipes interdisciplinares e ações intersetoriais, além de iniciar o desenvolvimento de competências culturais, sociais e comunicacionais entre alunos, profissionais de saúde e usuários no âmbito da APS.

Essa disciplina é realizada durante três períodos (IAPS I, II e III), porém o foco dessa análise será o IAPS II, de modo a relatar mais precisamente seus objetivos, os projetos realizados e o aprendizado proporcionado. Sendo assim, o propósito é que discentes desenvolvam os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor.

O cognitivo inclui compreender e aplicar os conceitos de territorialização, área de abrangência, abordagem familiar, ecomapa, genograma, índice de vulnerabilidade social (IVS) e determinantes sociais de saúde (DSS); conhecer conceitos de tipologias familiares, aspectos da violência e níveis de intervenções familiares; identificar os papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada indivíduo da mesma; e detectar os problemas e as necessidades da população.

O domínio afetivo visa desenvolver a medicina humanizada mediante comportamento com respeito, carinho, empatia e compreensão com os usuários, além do preparo para situações emotivas, que incluem violência, luto e uso abusivo de drogas.

Por fim, o domínio psicomotor inclui realizar, adequadamente, visitas domiciliares (VD) e a comunidade; demonstrar atitudes não verbais apropriadas: contato visual, expressão facial, postura, movimentos, posição e elementos vocais, tais como volume, entonação e velocidade de discurso; aprender a adaptar sua linguagem ao ambiente, contexto cultural e ao ciclo vital de cada pessoa e família.

É essencial elucidar com os alunos os conceitos da abordagem familiar que permite compreender e atuar sobre a família e suas disfuncionalidades, potencializando ações integrais de saúde aos seus membros; a territorialização inclui conhecer o território, junto com as condições sociais, econômicas e culturais, da população que pertence ao Centro de Saúde Carlos Chagas (CSCC); o genograma constitui uma representação gráfica demarcada por símbolos e códigos padronizados de três gerações de uma família. Em sua construção é preciso definir uma pessoa índice de referência para coletar dados das relações interpessoais familiares e geracionais de ascendência e descendência.¹ O Ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade, que avalia as redes sociais de apoio disponíveis e sua utilização pela família.¹ O IVS, indicador composto, expressa si-

tuações de exclusão e vulnerabilidade social e a multidimensionalidade da pobreza.² Por fim, os DSS remetem à análise as condições de vida e trabalho dos indivíduos e relacionam com sua situação de saúde.

A IAPS 2 objetiva preparar os alunos para a realização de VD, com ênfase no desenvolvimento de relações interpessoais que viabilizem o cuidado integral, longitudinal e culturalmente competente. A escolha por trabalhar com famílias vulnerabilizadas surgiu do interesse pelo Projeto *“Família Cidadã, BH sem miséria”*, organizado e proposto pela prefeitura com a finalidade de: *“promover a inclusão das famílias mais vulneráveis e melhorar a sua condição de vida e de saúde, contribuindo para a promoção da cidadania. O grande desafio para esse projeto é garantir o acesso aos serviços de saúde para essas famílias socialmente mais vulneráveis e fortalecer o vínculo entre o serviço de saúde, os indivíduos e famílias, que é fundamental nesse processo”*.³ Como o CSCC não possui tal projeto, abordaram-se famílias com alto IVS e indicadas pelas agentes comunitárias de saúde e assistentes sociais do CSCC.

A preparação dos alunos para a realização dessas VDs inclui o estudo dos conceitos de abordagem familiar (via uso do genograma, ecomapa, escala de Coelho-Savassi, círculo familiar), tipologias familiares, ciclos vitais familiares, aspectos da violência familiar, resiliência familiar e níveis de intervenção familiar, território-vivo, área de abrangência, microárea, responsabilidade sanitária, desenvolvimento de atitude respeitosa na interação individual, familiar e comunitária, inclusive atitudes não verbais apropriadas (contato visual, expressão facial, gestos e posturas); desenvolvimento de habilidades sociais e comunicacionais. Por fim, a IAPS 2 objetiva planejar propostas de intervenção que possibilitem melhorias nas condições de vida dessas famílias, no serviço e na integração ensino-serviço-comunidade.

MÉTODOS

Foram realizadas incursões a diversos pontos do território adstrito do CSCC, incluindo a Pastoral da Mulher, Associação de Profissionais do Sexo de Minas Gerais, Abrigo Maria Maria e a diversos pontos da rede de saúde. Em seguida, foram realizadas quatro VDs a cada uma das 10 famílias-chave em situação de vulnerabilidade social da área de abrangência do CSCC. Acompanhados pelo docente responsável, por uma agente comunitária de saúde (ACS) ou por duas

assistentes sociais, os discentes do terceiro período do curso de Medicina/UFMG realizaram as VDs em duplas, sendo que cada visita se deu em uma semana diferente, nem sempre consecutiva. Artigos científicos e textos-base pertinentes aos temas supracitados foram lidos e discutidos. O *software* “Álbum de Família” do NESCON foi utilizado na produção e compartilhamento dos genogramas das 10 famílias acompanhadas, ferramenta que junto com o Ecomapa é fundamental para abordagem familiar.

Fomentou-se a utilização do portal “Biblioteca Virtual em Saúde” para busca de evidências científicas, sobretudo de revisões sistemáticas da literatura sobre problemas e opções para enfrentá-los de acordo com as necessidades familiares encontradas nas VDs. Realizou-se, no CSCC, estudo prévio dos prontuários eletrônicos de cada membro das famílias visitadas pelas duplas de alunos, o que permitiu um conhecimento acerca de suas principais demandas e uso da APS. Quando necessário, realizaram-se entrevistas breves com profissionais de saúde do CSCC responsáveis pelo cuidado das 10 famílias vulnerabilizadas.

A IAPS II e as disciplinas de Bioquímica, Farmacologia, Parasitologia e Microbiologia elaboraram uma atividade integradora – esforço inédito de integrar conhecimentos e competências desejadas em todas as disciplinas do 3º período de Medicina. Essa atividade contou com a administração de questionário estruturado e aplicação de conteúdos ministrados em aula na prática das VDs às famílias-chave.

RESULTADOS

O trabalho foi realizado com 10 famílias, N=29 indivíduos, com 2,9 indivíduos por residência, sendo 20

(69%) mulheres e nove (31%) homens com idade média de 49,6 anos – 13 (45%) idosos, nove (31%) adultos e sete (24%) crianças e adolescentes.

A visita domiciliar é uma prática antiga com atual resgate pela transformação das necessidades de saúde de populações refletidas nas novas políticas públicas orientadas ao incentivo a mais mobilidade dos profissionais de saúde.⁴ A realização das VDs propiciou dados suficientes para a confecção de um genograma e ecomapa de cada família atendida e, em uma família, aplicou-se o APGAR familiar para mensurar o grau de disfunção das relações entre os seus membros. O uso do *software* “Álbum de Família” para elaboração do genograma e do ecomapa e o instrumento APGAR familiar garantiram profissionalismo na abordagem familiar e inclusão destes nos prontuários das pessoas.⁵

A construção e análise dos genogramas e ecomapas expuseram a complexidade e especificidades da configuração e funcionamento familiar.^{6,7} Famílias têm peculiaridades que influenciam como seus membros interagem com o mundo. Essas ferramentas são úteis na clínica, pois fornecem dados da estrutura familiar, biomédicos e psicossociais (Figura 1).

Os principais desafios encontrados nas VDs foram as relações conflituosas, entraves no agendamento das VDs, insuficiente adesão às intervenções por alguns membros das famílias e incongruência das informações devido a versões diferentes relatadas por cada membro familiar. Foram abordados nas VDs idosos frágeis e adultos com isolamento social, depressão, tentativa de suicídio, automutilação, polifarmácia, dependência de drogas, resistência a adesão a grupos antitabagistas, deficiências físicas e dificuldades de locomoção.

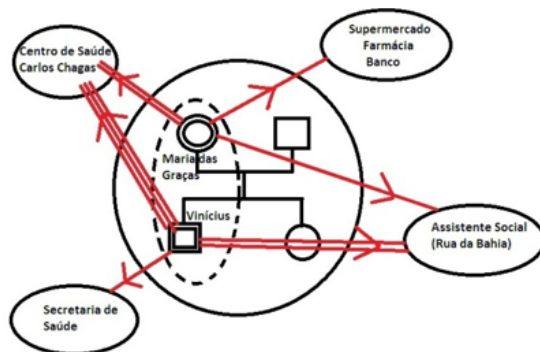
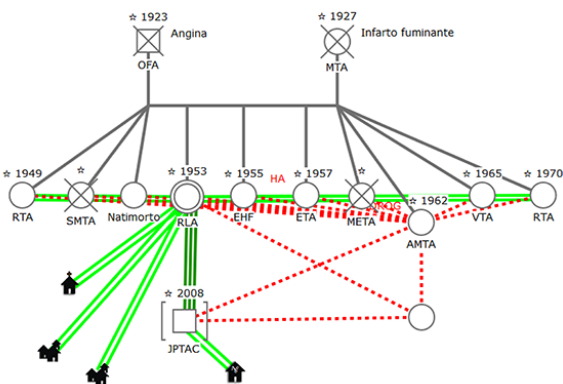


Figura 1 - Exemplo de Genograma e Ecomapa realizados no IAPS.

Algumas intervenções foram propostas pelos estudantes e profissionais da saúde do CSCC às famílias visitadas, em resposta às principais demandas e necessidades identificadas via prontuários e VD. Ressalta-se o incentivo ao lazer, à socialização e à manutenção de atividades saudáveis diárias para contrapor o isolamento social; o incentivo à participação no grupo antitabagista do CSCC;⁸ a abordagem da polifarmácia e construção de caixas de medicamentos; o fomento à reflexão sobre o “cuidado com o cuidador”;⁹ o compartilhamento e discussão de materiais educativos impressos sobre direitos do cadeirante; além de valorizar as VDs com entrega de flores e convite para lanches e conversas sobre temas diversificados. Das opções ofertadas, somente algumas foram implementadas e/ou mantidas de fato pelas famílias, o que afeta sua efetividade esperada.

DISCUSSÃO

A IAPS II foi uma oportunidade acadêmica e profissional muito enriquecedora. Construiu-se uma base teórica robusta sobre temas e ferramentas que auxiliam a compreender o processo saúde-doença e abordar pessoas, famílias e comunidades. Aplicaram-se tais conceitos e ferramentas nas VDs, na interação com os profissionais de saúde do CSCC, na atividade integradora da IAPS 2 com as demais disciplinas do 3º período do curso de Medicina e no diálogo com o mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da UFMG e a Organização Não Governamental Instituto Pauline Reichstul (<http://institutopauline.org/>). Trabalhar com novos conceitos, profissionais, cenários de prática e instituições foi indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais, incluindo habilidades e atitudes sociais e comunicacionais.

A aplicação dos conceitos de tipologias familiares, ciclos vitais e redes sociais de apoio das famílias-chave permitiu verificar padrões de semelhança nos desafios identificados e nas intervenções propostas nas VDs. Simultaneamente, notaram-se especificidades de cada núcleo familiar visitado, cuja discussão com os profissionais de saúde e da assistência social propiciaram a construção de planos de cuidados singulares nas famílias. Os padrões gerais e alguma especificidade observada geraram subsídios para formulação de propostas aplicativas direcionadas ao

conjunto das 10 famílias ou mesmo a uma microárea específica a ser executada na IAPS 3.

A análise de prontuários, as VDs e a construção de intervenções com os profissionais de saúde e da assistência social permitiram um aprofundamento conceitual e vivência real da aplicação dos atributos da APS. Assim, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural tornaram-se tangíveis aos discentes.

A construção e interpretação dos genograma, ecomapa e do APGAR familiar impactaram discentes, profissionais do CSCC e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os próprios membros das famílias-chave. Esse processo permitiu às famílias um ganho de compreensão da composição e funcionalidade de sua própria família e como pertencer a essa família impacta o processo saúde-doença individual e familiar. Explicitou ainda padrões de transmissão intergeracional de comportamentos (resposta desproporcional, conflituosa e ansiogênica aos fatores estressores da vida) e de doenças (diabetes *mellitus* tipo 2 em três gerações).¹⁰ Tal realização proporcionou diálogo mais subsidiado com as famílias sobre promoção da saúde, promoção da cultura da paz, prevenção de doenças e detecção precoce de doenças crônico-degenerativas, além de provocações rumo a mudanças socioambientais necessárias para melhoria da infraestrutura e funcionamento do lar e melhoria das redes sociais de apoio familiar.

Os desafios comuns abordados nas famílias-chave são causas e consequências da tripla carga de doenças e transição epidemiológica vivida pelo Brasil. Compreender e atuar em prol do envelhecimento saudável das pessoas, famílias e comunidades qualificará a APS e fará sustentável o SUS. Deve-se fomentar o aumento da participação na comunidade em todos os ciclos vitais das pessoas e das famílias para mitigar o isolamento social. “A satisfação com a vida está negativamente ligada com a solidão. Pesquisas comprovaram que as pessoas que estão mais satisfeitas com a vida encontram-se habitualmente mais bem adaptadas e libertas de patologias”.¹¹

Os idosos visitados vivenciaram perdas contínuas e sentimentos de abatimento e tristeza que, associados ao isolamento social, causaram depressão¹². Outro achado foi a negligência dos cuidadores de idosos dependentes com a sua própria saúde biopsicossocial. Assim, abordou-se tal desafio disponibilizando e discutindo com os cuidadores a cartilha “Cuidador de Idosos”.¹³

CONCLUSÃO

A implementação de estratégias educacionais inovadoras, integradoras, intersetoriais e socialmente relevantes guardam representativo potencial transformador da formação médica no Brasil. A utilização de desenvolvimento de habilidades e competências em abordagem familiar, territorialização, DSS e construção atitudinal para interação social e comunicacional culturalmente apropriada são convenientes na APS.

As VDs, associadas às discussões dos acadêmicos e de seu orientador e ao auxílio de textos-base, permitiram a confecção dos genogramas e ecomapas das 10 famílias trabalhadas. A produção desses materiais enriqueceu a formação médica, constituiu novos elementos para análise e abordagem familiar pela equipe do CSCC. Ademais, tais ações amplificaram o diálogo entre academia, serviço e o terceiro setor, propiciando ganhos para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

- Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):407-16.
- Souza J. Atlas da vulnerabilidade social. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/ivs>.
- Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Guia de acompanhamento para o SUS-BH: Família Cidadã, BH sem miséria. Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte: PBH; 2016.
- Lopes WO, Saube R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc Cuid Saúde.* 2008; 7(2):241-7.
- Diana PMC. Uso do genograma e Ecomapa como instrumentos de abordagem familiar: relato de experiência em cidade da região metropolitana de Belo Horizonte [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa; 2014.
- Rebello L. Genograma familiar: o bisturi do médico de família. *Rev Port Clín Geral.* 2007. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4425.pdf>.
- Agostinho M. Ecomapa. *Rev Port Clin Geral.* 2007; 23(3): 327-30.
- Araujo AJ, Menezes AM, Dorea AJ, Torres BS, Viegas CA, Silva CA, et al. Diretrizes para cessação do tabajismo. *J Bras Pneumol.* 2004;30(2):2-76.
- Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Domiciliar - 2. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf.
- Ministério da Saúde (BR). Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília (DF): MS; 2016.
- Melo L, Neto F. Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controle. *Psic Educ Cult.* 2003; 7(1): 107-21. [citado em 2016 nov. 18]. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=83061
- Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(8):2489.
- Moraes EM, Lanna FM. Guia de Bolso de avaliação multidimensional do idoso, 5ª ed. Belo Horizonte: Folium; 2016.

O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde

The person-centered clinical method in medical training as a health promotion tool

Mirian Santana Barbosa¹, Maria Mônica Freitas Ribeiro¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Promoção da de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

No contexto das políticas públicas de saúde do Brasil e de grande parte dos países do mundo, a promoção de saúde ocupa papel fundamental que serve de base teórica para o planejamento e execução de ações em saúde. Entre os aspectos essenciais da prática para a promoção da saúde, estão a construção de relacionamentos, o aumento da autoconsciência dos indivíduos, a pactuação das metas, o estabelecimento de prioridades, o uso racional dos recursos em saúde e a vivência dos resultados. Tais aspectos perpassam por todos os princípios da medicina centrada na pessoa, que além de formar um arcabouço teórico, propõem técnicas que auxiliam os profissionais de saúde, principalmente os médicos, na prática clínica. O método clínico centrado na pessoa (MCCP) sugere que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o posiciona como foco na consulta médica e participante ativo no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado. Porém, nota-se que ainda há uma lacuna na formação médica atual em relação ao MCCP e dificuldades de incorporação do seu ensino nos currículos dos cursos de graduação em Medicina. Este artigo tem por objetivo trazer uma revisão bibliográfica atualizada sobre o tema. **Palavras-chave:** Promoção de Saúde; Medicina Centrada na Pessoa; Educação Médica.

ABSTRACT

*In the context of public health policies in Brazil and in most the countries of the world, Health Promotion represents a fundamental role, that is useful as a theoretical basis for planning and execution of health actions. Among the essential aspects of practice for health promotion are building relationships, increasing individuals' self knowledge, agreeing priorities and goals, rational use of health resources, and experiencing results. These aspects pervade all the principles of Patient Centered-Medicine, which, in addition to provide a theoretical framework, propose techniques that help health professionals, specially physicians, in clinical practice. The Patient-Centered Clinical Method (PCCM) proposes that the patient become protagonist of his own health and places it as a focus on the medical consultation and active participant in achieving priorities and decision making for care. However, there is still a gap in current medical training regarding PCCM and a challenge to incorporate its teaching in the curricula of undergraduate medical courses. This article purpose an updated bibliographic review on the subject. **Keywords:** Key words: Health Promotion; Patient Centered-Care; Medical Education.*

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Mirian Santana Barbosa
E-mail: miriansb@gmail.com

INTRODUÇÃO

A promoção de saúde é, atualmente, base das políticas públicas em todo o mundo e se constitui de uma variedade de ações que contribuem e possibili-

tam responder às necessidades sociais em saúde.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde como “o processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde e a melhorá-la”.² Essa definição contempla o conceito atual de saúde como sendo um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade, destacando características como autonomia, subjetividade e individualidade.³ Tal conceito vem substituir aquele definido pela Organização Mundial de Saúde em 1946 como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença”³, muito discutido como utópico, principalmente pela dificuldade de se definir “um completo estado de bem-estar”, por ser a completude inatingível pela própria condição humana.⁴

No Brasil, a Política Nacional de Promoção à Saúde¹ do Sistema Único de Saúde (SUS) traz a promoção da saúde “como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro”, definindo os conceitos de integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade como diretrizes políticas. Esse paradigma traz a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas em saúde se faça por meio da construção compartilhada, o que exige a participação ativa dos envolvidos na produção social de saúde, como os usuários do SUS, movimentos sociais, gestores e profissionais de saúde.¹

Nesse contexto, o médico assume importante papel na promoção de saúde das pessoas, por ser figura atuante não só nos vários cenários da assistência, mas na elaboração de políticas de saúde em vários níveis. Consequentemente, sua formação deve abordar a promoção de saúde nos seus diversos parâmetros sociais, políticos, econômicos, culturais.⁵ Considerando o âmbito do atendimento ao paciente e o aproveitamento de janelas de oportunidade para educação e promoção de saúde, a medicina centrada na pessoa cumpre o papel de responder a essas expectativas ao incorporar a perspectiva do paciente e torná-lo sujeito de sua própria saúde.⁵

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre medicina centrada na pessoa e educação médica, na perspectiva da promoção de saúde.

METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada entre maio e setembro de 2016 nas bases de dados Lilacs, Ibecs, Cumed e Lis via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Medline acessado por meio do PubMed. As palavras-chave usadas foram “Assistência Centrada no Paciente” ou “Cuidado Centrado no Paciente” ou “*Patient Centered Care*” ou “*Patient-Centered Care*” ou “*Atención Dirigida al Paciente*” e “Educação Médica” ou “*Education, Medical*” ou “*Medical Education*” ou “*Educación Médica*” ou “Educação de Graduação em Medicina” ou “*Education, Medical, Undergraduate*” ou “*Undergraduate Medical Education*” ou “*Educación de Pregrado en Medicina*”. Não foi usado filtro de tempo, porém os estudos selecionados foram publicados entre os anos de 2001 e 2016.

Na busca realizada na BVS foram encontrados 20 estudos, sendo 11 deles selecionados para leitura a partir dos resumos por se adequarem ao tema; e na busca realizada no PubMed foram encontrados 704 artigos, dos quais 209 têm o texto completo disponível gratuitamente para leitura em inglês, português ou espanhol. Destes, 27 foram selecionados a partir da leitura dos títulos que se adequarem ao tema. Depois da leitura de todos os artigos, 19 foram selecionados para entrar no presente estudo, usando-se como critérios: qualidade do artigo e relevância para a revisão. Além disso, foram utilizadas outras fontes, como livros e dissertações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do modelo biomédico à medicina centrada na pessoa

Historicamente, a medicina caminhou no sentido da priorização das doenças e de seu processo diagnóstico, em detrimento da pessoa que sofre o padecimento, paralelamente à busca de uma ordem ou norma para fundamentar diagnósticos – padrões sintomáticos que se repetem em determinados padecimentos são nomeados de doenças, consideradas um desvio do que se espera do organismo normal, independentemente da variância individual do processo do adoecer.⁶ Sendo assim, o modelo de consulta ou

método clínico ainda dominante na prática médica na atualidade – e o que é ensinado na maioria das instituições de ensino médico – é chamado de “modelo médico convencional” ou “modelo biomédico”.⁷ Ele se desenvolve buscando o entendimento de problemas de saúde objetivos, explicados por modelos biológicos, menosprezando a repercussão da subjetividade do paciente e tornando-se insuficiente para resolver a maioria das queixas referidas em consultas.⁸

Para Ballester,⁸ além de ser um método clínico centrado na doença, pode-se dizer que esse modelo é, em outros aspectos, centrado no médico, ao lhe conferir papel de grande autoridade e poder. O médico desempenha papel ativo na consulta como entrevistador, colhendo as informações que ele julga necessárias, escolhendo o caminho que deve ser tomado para o raciocínio clínico. Em seguida, chega a uma conclusão ou diagnóstico e expõe para o paciente sua proposta terapêutica. Observa-se que o modelo não inclui a perspectiva do paciente em sua experiência de adoecer, suas impressões sobre o problema e expectativas a respeito de como o problema será abordado, além de não trazer à tona as repercussões das condutas na rotina de vida e no contexto social da pessoa. A não participação do paciente na abordagem do seu problema ou na definição do plano terapêutico enfatiza a posição do médico em um lugar de saber superior e autoritário, quase que automático na clínica. Pesquisas mostram falhas nesse modelo, principalmente no que diz respeito à insatisfação dos pacientes⁸ e à falta de seguimento da orientação terapêutica ou adesão do paciente ao tratamento proposto.⁹

A hegemonia desse método clínico fez emergir críticas e insatisfações, tanto à real eficácia em satisfazer as necessidades de saúde das pessoas, quanto em promover a satisfação dos próprios médicos com seu trabalho.⁶ Um dos primeiros a explorar esse assunto foi o médico e psicanalista húngaro Michael Balint, em “*The Doctor, His Patient and the Illness*” (O médico, seu paciente e a doença) de 1957.¹⁰ Na década de 70 ele introduziu o termo “medicina centrada no paciente”, que o definiu em oposição ao termo “medicina centrada na doença”, incorporando ao saber médico questões do paciente como sua família, o ambiente, o contexto de vida, a construção de um vínculo.⁷ A partir daí um método clínico substitutivo foi sendo desenvolvido por vários pesquisadores em todo o mundo, destacando-se as equipes de Stewart (de Ontário, Canadá), Pendleton (de Oxford, Inglaterra) e um grupo comum das Universidades de Calgary

(Canadá) e Cambridge (Inglaterra). Todo esse movimento culminou, ao final da década de 1980, com uma proposta de mudança na abordagem médica com uma conformação denominada “medicina centrada na pessoa”, definida como:

[...] um método clínico que, por meio de uma escuta atenta e qualificada, objetiva um entendimento integral da vivência individual daquele padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia da pessoa como protagonista em seu processo de saúde.⁶

Método clínico centrado na pessoa e promoção de saúde

Pendleton *et al.* publicaram a primeira versão de seu livro em 1984, denominado “*The Consultation: a Approach to Learning and Teaching*”, e uma nova versão em 2006, “*The new consultation: developing doctor-patient communication*”. Eles destacam que é importante reconhecer que a manifestação corporal não motiva necessariamente o indivíduo a buscar atendimento médico. Isso ocorre quando a manifestação causa incômodo por sua presença ou pelas interpretações a seu respeito. Para o autor, é imprescindível entender claramente as razões que levaram a pessoa à consulta e desenvolver a entrevista na perspectiva do paciente, ou seja, tentando aprimorar a empatia.¹⁰

Silverman *et al.*, em 2003, propuseram o “*Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills*”, um guia que sugere um modelo de consulta com etapas a cumprir e técnicas objetivas e específicas de como iniciar a sessão, obter a informação, construir um planejamento comum e finalizar a consulta.¹¹ Devem estar claros os motivos ou razões para a consulta e a partir da exploração das principais preocupações do paciente e do médico são negociadas as prioridades e estabelecida uma “agenda”, termo utilizado para se referir às tarefas conjuntas acordadas entre ambos para aquela consulta e para o seguimento do cuidado.¹¹ Algumas das técnicas abordadas incluem os momentos adequados para uso de perguntas abertas ou direcionadas e de linguagem verbal ou não verbal, sumarizações, parafraseamentos e a busca de informações sem interromper o paciente.¹²

O método clínico centrado na pessoa (MCCP) foi recomendado por Stewart *et al.* na publicação de

“*Patient centered medicine: transforming the clinical method*”, que teve sua última atualização em 2015.⁸ Tal método dá ênfase à importância de abordar na consulta três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas.⁷ Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico.⁷

Para o primeiro componente, é imprescindível diferenciar a doença do adoecimento. A doença é uma construção teórica com base em observações objetivas que tentam explicar o problema, e o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, e é diferente para cada indivíduo.⁷ A doença e o adoecimento nem sempre coexistem, por exemplo, pessoas com doenças assintomáticas, como a hipertensão, nem sempre se sentem doentes, e pessoas entristecidas podem se sentir doentes, mas não têm doença alguma.

Para Stewart, para abordar o adoecimento deve-se incluir na consulta a investigação de quatro principais aspectos (que podem ser lembrados com o mnemônico SIFE): a) os sentimentos do paciente diante da doença – tranquilidade, tristeza, raiva, culpa, medo; b) suas ideias em relação ao padecimento – relações causais, explicações místicas; c) as implicações em sua funcionalidade – no trabalho, nas atividades de vida diária; d) e suas expectativas – em relação ao tratamento, evolução, cura e papel do médico.⁷ As pessoas em geral já formularam uma hipótese sobre seu problema antes de consultar o médico. Escutá-las sobre isso pode ser esclarecedor para certos diagnósticos, ajuda na decisão de quais estratégias clínicas serão mais eficazes, além do paciente se sentir ouvido e, assim, estreitar a relação médico-pessoa.⁷

No segundo componente, o médico deve buscar compreensão integral de seu paciente. Isso inclui identificar o ciclo de vida em que se encontra, entender sua história de saúde pregressa (como o uso de medicamentos, comorbidades, internações, cirurgias), hábitos de vida (sua rotina, alimentação, sono, atividade física, tabagismo, etilismo), ocupação (funções desempenhadas, carga horária), religião ou crença espiritual, lazer ou atividades que lhe conferem prazer; além de suas relações interpessoais, amorosas, filhos, no trabalho.⁷ É importante também

o entendimento do contexto em que a pessoa está inserida, no que diz respeito ao ambiente (rural, urbano, condições geográficas específicas, acesso a equipamentos sociais e de saúde), condições de moradia, com quem mora e o âmbito social, dinâmica familiar, os costumes locais e o momento econômico.

Deve-se tentar entender o que estar saudável ou estar doente significam para a pessoa e, para isso, contemplar, no atendimento, seus comportamentos, convicções e sentimentos, por vezes inconscientes. Nem sempre os elementos de uma consulta são aparentes de imediato, tornando a escuta qualificada o caminho de entender quais estratégias se fazem necessárias para atingir os objetivos da clínica.⁷ Kasuya e Sakai¹³ sugerem que o médico deve ter a consciência e um olhar sensível para o impacto que a idade, orientação sexual, espiritualidade, nível socioeconômico, costumes culturais, relações familiares e ocupacionais podem ter sobre o processo da doença, o diagnóstico e o tratamento de cada um de seus pacientes e que contribuem para o aparecimento, desenvolvimento e continuidade das doenças.

Dessa forma, o conceito de “competência cultural” se mostra com especial importância ao propor a diminuição do abismo cultural entre o médico e a pessoa atendida.¹⁴ Envolve a compreensão do arranjo entre crenças, comportamentos, influências ambientais e socioeconômicas no modo de pensar e produzir saúde de cada sujeito. Landsberg *et al.*¹⁴ consideram que, partindo da competência cultural como característica desejável do cuidado e que sua prática é passível de aprendizado, o MCCP adquire papel central, pois desenvolve técnicas que possibilitam a aquisição desse conhecimento.

O terceiro componente do MCCP propõe que médico e paciente encontrem um terreno comum, ou seja, entrem em acordo com a agenda e as prioridades da consulta, as metas do cuidado e elaborem um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando nele os papéis assumidos por ambos.⁷ A escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências do paciente, único capaz de torná-lo efetivo.¹⁵ Fornecer informações sobre as opções de cuidados, os benefícios e malefícios de cada opção, os resultados esperados relevantes e posteriormente ouvir a opinião e as impressões do paciente sobre o que foi exposto constitui uma estratégia de tomada de decisão compartilhada.¹⁶

Estudo de del Rio-Lanza¹⁵ mostrou que as variáveis “prestação de informações” e “escuta atenta” de-

terminam eficácia e proatividade na consulta médica. Ou seja, são habilidades que incentivam os pacientes a não subestimarem seus conhecimentos e experiências pessoais e os implicam em um comportamento ativo no seu tratamento, tornando-o, assim, mais eficaz, principalmente quando se trata de orientações relacionadas a mudanças de hábitos de vida. Entre os motivos que fazem com que médicos não usem essas estratégias, o principal é a ausência de reconhecimento de que isso seja importante na assistência à saúde de seus pacientes, pois entendem que a indicação do tratamento e de demais condutas deve partir apenas do conhecimento médico.¹⁵

No quarto componente, Stewart⁷ ressalta a importância de se fortalecer a relação médico-pessoa, um processo que deve ser construído durante toda a consulta e ser aprimorado em todos os encontros em uma assistência longitudinal. Essa relação, considerados os fenômenos de transferência e contra-transferência, deve ser sustentada pelos conceitos de empatia, compaixão, parceria, compartilhamento de poder e autoconsciência do médico.⁷ Por muito tempo, seguindo o método clínico tradicional, os estudantes de Medicina foram ensinados a “não se envolver”, pois se acreditava que a distância protegia de emoções negativas. Estudos mais recentes mostram que não há como não ser afetado de alguma forma pelo encontro com o sofrimento do outro, mesmo quando o caminho seguido é a evitação ou negação e, pelo contrário, a falta de abertura e o distanciamento nas relações resultam em maiores angústias e frustrações para o médico.⁷

Em suas edições anteriores, o método clínico proposto por Stewart⁷ contava com mais dois componentes que sugeriam um momento de abordar a prevenção e promoção de saúde do paciente na consulta e de pensar na viabilidade das propostas em relação a custo e tempo, denominado por ela de “sendo realista”. Tais aspectos foram incorporados nos quatro já descritos componentes, na sua edição mais recente de 2015.

Atualmente, um arcabouço científico tem mostrado cada vez mais as vantagens na utilização do M CCP. Estudos baseados em evidência trouxeram quatro diretrizes para a comunicação entre pessoa e médico que comprovadamente resultam em melhores desfechos clínicos: informações claras fornecidas à pessoa; metas estabelecidas de comum acordo; papel ativo para a pessoa – para fazer perguntas, obter respostas e tomar decisões sobre o tratamento; e afeto positivo, empatia e apoio do médico.⁷ Melhores

desfechos também foram identificados quando há aumento do engajamento e parceria do paciente e da família em suas experiências de cuidados em saúde.¹⁸ Pesquisas mostram que explicações fisiopatológicas e sobre a prescrição médica, por si sós, não garantem seguimento da orientação terapêutica⁹ e que a exploração das ideias e expectativas do paciente, explicações a respeito das orientações e a verificação do ponto de vista do paciente se associam ao aumento da adesão ao tratamento.¹⁹

Em estudo de Stewart¹⁷ foi demonstrado que o compartilhamento das decisões foi associado positivamente aos resultados a longo prazo da consulta centrada na pessoa, sendo que em 76% dos casos avaliados houve melhora da saúde global do paciente.

Considerando que promoção de saúde pode ser entendida como proatividade da pessoa em relação à sua própria saúde,¹ ao colocar o paciente em um papel ativo na consulta, buscando suas peculiaridades como sujeito e se responsabilizando pelo seu cuidado, está-se promovendo saúde.⁸

Educação médica e M CCP

A disseminação da medicina centrada na pessoa e a crescente demanda pela qualidade do cuidado têm colocado em xeque a formação médica em todo o mundo.²⁰ Seguindo diversas recomendações internacionais, o modelo biomédico tradicional vem sendo substituído gradativamente pelo ensino do M CCP, apoiado no atendimento médico do indivíduo de forma integral e na premissa de que comunicação e empatia são habilidades que podem ser ensinadas e aprendidas.⁸ É recomendado que os programas de ensino médico incluam formação interdisciplinar que permita uma compreensão da maneira pela qual as pessoas de diversas culturas e crenças percebem a saúde e a doença.¹³ Estudo da Universidade de Michigan mostrou que a incorporação de disciplinas na graduação em Medicina, voltadas para o aprendizado da medicina centrada na pessoa, melhorou o atendimento dos pacientes na percepção dos próprios pacientes.

Em relação aos alunos, 94% afirmaram que aumentaram sua compreensão dos desafios individuais da doença e do adoecimento e no reconhecimento do valor da parceria dos profissionais de saúde com pacientes e familiares.²¹ Paradise²² e Gallentine²³ concluíram que percepções dos estudantes sobre as propostas de ensino da medicina centrada na pes-

soa são positivas, principalmente no que diz respeito ao entendimento da experiência do processo de adoecer e à melhoria da qualidade da comunicação médico-paciente. Estudo de Rossignol,²⁰ nos Estados Unidos, mostrou que habilidades de comunicação pautadas no MCCP podem ser adquiridas por estudantes de medicina que forem treinados em sua formação, inclusive já estão consolidadas ferramentas quantitativas e qualitativas eficazes para se avaliar o aprendizado do estudante em tais habilidades.²⁴ Shah *et al.*²⁵ mostraram que um programa de treinamento longitudinal de habilidades de comunicação, abrangendo várias disciplinas em diversos períodos de um currículo de graduação em Medicina, gera impacto positivo nas habilidades de consulta dos alunos no que se refere a melhor entendimento do problema e melhor desempenho clínico.

A OMS e a Associação Mundial dos Médicos Gerais e de Família (WONCA) entendem que o MCCP constitui um elemento importante na formação médica geral, independentemente da especialidade que o futuro médico irá exercer.²⁶

No Brasil, o processo de implementação do SUS nas últimas décadas trouxe reflexões a respeito dos limites e possibilidades de diferentes iniciativas de mudança na formação dos profissionais de saúde. A formação médica realizada em cenários de prática diversos, incluindo as unidades básicas de saúde, onde, diferentemente do hospital, o modelo biomédico nem sempre se aplica de forma adequada e onde as atividades de educação e promoção de saúde no nível individual ou familiar são de grande importância, vai exigir dos estudantes outras ferramentas para a abordagem adequada da pessoa.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina²⁷ estipulam o perfil do egresso em Medicina:

[...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

As mesmas Diretrizes Curriculares²⁷ pontuam que o projeto pedagógico do curso de graduação

em Medicina deve contribuir para a compreensão e difusão das culturas, respeitando o pluralismo de concepções e a diversidade. A pesquisadora Feuerwerker⁵ opina que nesse campo há que se reconhecer a necessidade de novas “caixas de ferramentas” para a produção de conhecimento, levando em conta a implicação dos sujeitos – autores e atores dos processos em análise. Uma dessas “caixas de ferramentas” pode ser encontrada no MCCP, uma vez que busca o protagonismo dos sujeitos – médico e paciente – na cena do atendimento e enfatiza a comunicação entre eles.

Boudreau *et al.*²⁸ ressaltam que, para formar médicos capacitados para a realização de consultas apoiadas nos pressupostos do modelo centrado na pessoa, é essencial construir com os alunos o conceito de indivíduo doente numa perspectiva indissociável entre doença e adoecimento desde o início da graduação. No entanto, esse cenário configura um desafio, pois pressupõe a implantação de estratégias de ensino efetivas que requerem integração e inter-relação de todos os departamentos e disciplinas, em uma realidade na qual se encontram escolas médicas que, muitas vezes, têm a estrutura engessada pela organização flexneriana.⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos autores referem que a realização da consulta médica se associa a melhores resultados quando apoiada nos pressupostos do MCCP. Esses pressupostos propiciam a autonomia e proatividade do paciente como sujeito, elementos indispensáveis para a efetivação da promoção da saúde no plano individual. Há evidências de que o MCCP se relaciona a melhores desfechos clínicos no que diz respeito a satisfação do paciente, sentimento de gratificação do médico, mais adesão ao tratamento e melhora da condição global de saúde. A formação médica no mundo tem passado por mudanças no sentido de se adequar ao ensino do modelo centrado na pessoa, substituindo o modelo biomédico, até então predominante por décadas. A experiência atual tem mostrado que os estudantes reconhecem um impacto positivo da utilização do MCCP, porém muitos desafios são encontrados, pois sua utilização configura uma mudança de paradigma que demanda transformações estruturais curriculares significativas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde 3ª ed. Brasília; 2010.
2. World Health Organization. First International Conference on Health Promotion. Ottawa; 1986. [citado em 2016 jul. 25]. Disponível <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. 45ª ed. Genebra; 2006. [citado em 2016 jul. 25]. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/whoconstitutionen.pdf>. p.1
4. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev Saúde Pública. 1997; 31(5):538-42.
5. Feuerwerker LCM. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. Rev Bras Educ Med. 2007;31(1):3-4.
6. Ferreira DC, Souza ID, Assis CRS, Ribeiro MS. A experiência do adoeecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. Rev Bras Educ Med. 2014;38(2):283-8.
7. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 376p.
8. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam ASA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev Bras Educ Med 2010;34(4):598-606.
9. Haynes RB, McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patient to follow prescriptions for medications. Lancet. 1996;348(9024):383-6.
10. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication. New York: Oxford University Press Inc; 2003.
11. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Calgary-Cambridge Guides Communication Process Skills: skills for communicating with patients. 3ª ed. London: Taylor & Francis Group; 2013.
12. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2ª ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2006.
13. Kasuya RT, Sakai DH. Patient-centered medical education: has an educational paradigm finally found a name? Hawaii J Med Public Health. 2013;72(2):63-5.
14. Landsberg G, Claber I, Pastor R. Primária: o essencial da atenção primária à saúde. Caratinga: FUNEC; 2012. 186p.
15. Rio LAB, Alvarez LS, Vazquez AS, Casielles RV. Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision making around chronic illnesses. SpringerPlus. 2016; 5(1):1386.
16. Giguere AMC, Labrecque M, Haynes RB, Grad R, Pluye P, Légaré F, et al. Evidence summaries (decision boxes) to prepare clinicians for shared decision-making with patients: a mixed methods implementation study. Implementation Science. 2014; 9:144.
17. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcome: a review. CMAJ. 1995; 152(9):1423-33.
18. DiGioia AM, Greenhouse PK. Creating value with the Patient and Family-Centered care methodology and practice: what trainees need to know, why, and strategies for medical education. AMA J Ethics. 2016; 18(1):33-39.
19. Lassen LC. Connections between the quality of consultation and patient compliance in general practice. Fam Pract. 2001; 8(2):154-60.
20. Rossignol L. Relationship between Participation in Patient- and Family-Centered Care Training and Communication Adaptability among Medical Students: changing hearts, changing minds. Permanente J. 2015; 19(3):54-8.
21. Parent K, Jones K, Phillips L, Stojan JN, House JB. Teaching Patient- and Family-Centered Care: integrating shared humanity into medical education curricula. Am Med Assoc J Ethics Medical Educ. 2016; 18(1):24-32.
22. Paradise NMB, Kelly MN, Black EW, Sessums CD, Dipietro MK, Novak MA. Family-centered rounds and medical student education: a qualitative examination of students' perceptions. Hosp Pediatr. 2011; 1(1):24-9.
23. Gallentine A, Salinas-Miranda AA, Bradley-Klug K, Shaffer-Hudkins E, Hinojosa S, Monroe A. Student perceptions of a patient-centered medical training curriculum. Int J Med Educ. 2014; 5:95-102.
24. Wilkerson L, Fung CC, May W, Elliott D. Assessing patient-centered care: one approach to health disparities education. J Gen Intern Med. 2010; 25(2):S86-90.
25. Shah S, Andrades M, Basir F, Jaleel A, Azam I, Islam M, et al. Has the inclusion of a longitudinally integrated communication skills program improved consultation skills in medical students? a pilot study. J Family Med Prim Care. 2016; 5(1):45-50.
26. Demarzo MP, Anderson MI, Rodrigues RD. A medicina de família e comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o ensino de graduação – recomendações e potencialidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro; 2006.
27. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Resolução N°3, de 20 de junho de 2014. Capítulo III – Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em medicina, artigos 25, 26 e 27. Brasília; 2014.
28. Boudreau JD, Cassel E, Fucks A. A healing curriculum. Med Educ. 2007; 41: 1193-202.

Metodologia de avaliação de materiais didáticos relacionados ao tema trânsito no ensino fundamental

Assessment methodology of teaching materials related to the theme traffic in elementary school

Roberta Torres Lima¹, Fernando Madalena Volpe¹

RESUMO

Introdução: a alta morbimortalidade por acidentes de transporte terrestre constitui grave problema de saúde pública em nível nacional. A educação para o trânsito é um dos pilares do enfrentamento dessa realidade. Nesse contexto, as ações educativas devem possuir metodologias de aplicação capazes de se adequar às diferentes faixas etárias. **Objetivos:** estabelecer uma metodologia de apreciação de materiais didáticos com o tema trânsito a serem distribuídos entre alunos do ensino fundamental, que possa ser utilizada por gestores e técnicos avaliadores dos órgãos do Sistema Nacional do Trânsito. **Métodos:** dois eixos e suas dimensões foram criados como parte do processo avaliativo dos materiais didáticos: *Fundamentos Ideológicos e Legais* - educação para a cidadania; práticas em ambiente real; reflexão sobre diferentes posições no trânsito; alinhamento à legislação relacionada à educação para o trânsito; segurança no trânsito; ensino fundamental com duração de nove anos; e socialização do conhecimento; *Fundamentos Científico-Pedagógicos* - alinhamento com os quatro pilares da educação; conceito de educação ao longo da vida; transversalidade. **Resultados:** a dimensão conceitual de trânsito como direito de todos reforça a importância da utilização da transversalidade do tema nas disciplinas tradicionais do currículo escolar. O material didático deve considerar as fases de desenvolvimento do aluno de forma que eles se percebam como agentes transformadores do espaço onde vivem. **Conclusões:** a iniciativa de efetivar o trânsito como tema transversal muitas vezes é dispensada pelas escolas. Assim, a proposta de avaliação dos materiais didáticos específicos pretende instrumentalizar órgãos responsáveis com um método prático de apreciação e comparação dos materiais a serem adotados.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito; Aprendizagem; Políticas de Saúde Pública; Prevenção & Controle; Educação.

ABSTRACT

Introduction: The high morbidity and mortality from road accidents is a serious public health problem at the national level. Traffic education is one of the pillars of facing this reality. In this context, educational activities must have application of methodologies able to suit different age groups. **Objectives:** Establish a methodology for assessing educational materials with the traffic theme to be distributed among elementary school students, which can be used by managers and technical evaluators of the organs of the National Traffic System. **Methods:** Two axes and its dimensions were created as part of the evaluation process of teaching materials: *Ideological Foundations and Legal: Education for citizenship; Practices in a real environment; Reflection on different positions in traffic; Alignment of legislation related to traffic education; Traffic Safety; Elementary school with duration of 9 years and socialization of knowledge; Scientific-Pedagogic Foundations: Alignment with the 4 Pillars of Education; Concept of education throughout life; Transversality.* **Results:** The conceptual dimension of transit as a right of all reinforces the importance of using the use of

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Roberta Torres Lima
E-mail: roberta.transito@gmail.com

the transversality of the theme to the traditional disciplines in the school curriculum. The courseware should consider the stages of development of the student, so that they perceive themselves as change agents in the area where they live. Conclusions: The initiative to make the cross-cutting theme traffic often is waived by the schools. Thus, the proposed evaluation of specific educational materials wants to provide instruments to entities responsible with a practical method of assessing and comparing the material to be adopted.

Key words: Accidents, Traffic; Learning; Public Health Policy; Prevention & Control; Education.

INTRODUÇÃO

A redução da morbimortalidade por acidentes de transporte terrestre (ATT) constitui um dos maiores desafios para as políticas públicas de saúde na atualidade da sociedade brasileira, configurando-se como um grave problema de saúde pública em nível nacional.¹

A educação para o trânsito é um dos pilares do enfrentamento dessa realidade² e tem o papel de abarcar o conjunto de conhecimentos relacionados à circulação de todos os modais, os direitos e deveres dos cidadãos, o respeito às regras estabelecidas pela legislação vigente e, principalmente, a utilização do espaço em comum com segurança, respeito, cooperação e exposição mínima a situações de risco.³ O texto da Política Nacional de Trânsito (PNT) denota um foco, um interesse particular para que as ações educativas sejam integradas e coordenadas em vez de isoladas e pontuais. Para o Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) é preciso que o processo seja contínuo e, sobretudo, que as metodologias de aplicação utilizadas sejam capazes de se adequar às diferentes faixas etárias.⁴

Iniciativas educacionais geralmente estão fundamentadas pedagogicamente, ideologicamente e legalmente e não deveria ser diferente com a educação para o trânsito. No Brasil, ainda são escassos os estudos a respeito desse assunto e a discussão no âmbito governamental não ultrapassa as questões legais, sem a explicação pedagógica e ideológica necessária que dê suporte a essas determinações. Em decorrência, não existem critérios para que os órgãos do Sistema Nacional do Trânsito (SNT), responsáveis pela segurança viária, avaliem os diversos materiais didáticos disponíveis. Dessa forma, objetiva-se neste artigo estabelecer uma metodologia de apreciação de materiais didáticos com o tema trânsito a serem distribuídos para os alunos do ensino fundamental, que possam ser utilizados diretamente pelos gestores e técnicos avaliadores dos órgãos do SNT.

MÉTODOS

Para o desenvolvimento da metodologia do processo avaliativo dos materiais didáticos, inicialmente dividiu-se a avaliação em dois eixos centrais: *fundamentos ideológicos e legais* e *fundamentos científico-pedagógicos*.

Para o primeiro eixo, *fundamentos ideológicos e legais*, foram categorizadas sete dimensões alinhadas à Constituição da República Federativa do Brasil,⁵ à Lei de Diretrizes e Bases,⁶ ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),⁷ aos Parâmetros Curriculares Nacionais⁸, ao Código de Trânsito Brasileiro,⁸ às Diretrizes Nacionais da Educação para o Trânsito,³ às Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica,⁹ à Política Nacional de Trânsito do Conselho Nacional de Trânsito,⁴ às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de nove anos,^{9,10} e à Assembleia Geral da ONU sobre a Década de Ações para a Segurança no Trânsito.² Foram definidas as seguintes dimensões: educação para a cidadania; práticas em ambiente real; reflexão sobre as diferentes posições no trânsito; alinhamento à legislação relacionada à educação para o trânsito; segurança no trânsito; ensino fundamental com duração de nove anos; e socialização do conhecimento.

Para o segundo eixo, *fundamentos científico-pedagógicos*, foram categorizadas três dimensões alinhadas à pesquisa bibliográfica realizada, baseada em uma revisão não sistemática da literatura relacionada à educação para o trânsito com crianças¹¹⁻¹⁵ e aos temas transversais.¹⁶⁻²³ Foram analisadas as recomendações da UNESCO para a educação,²⁴ as teorias do desenvolvimento infantil de Piaget e Vigotsky e sua relação com o trânsito e conceito de educação ao longo da vida.^{25,26} Para esse eixo, foram definidas as seguintes dimensões: alinhamento com os quatro pilares da educação; conceito de educação ao longo da vida; transversalidade.

Após definir as dimensões de cada eixo, os assuntos tratados foram ordenados de acordo com cada dimensão, estabelecendo itens-âncora para a avaliação detalhada.

RESULTADOS

Tendo por base a revisão documental e científica relacionada, apresenta-se a seguir uma proposta de metodologia de avaliação dos materiais didáticos relacionados ao tema trânsito a serem utilizados com os alunos do ensino fundamental. Cada item deverá

ser avaliado de acordo com a sua conformidade em parcial ou total e pontuado correspondentemente. O somatório das pontuações atingidas determinará a qualidade do material avaliado, permitindo que sejam realizadas comparações objetivas.

Eixo 1 – Fundamentos Ideológicos e Legais

Os atos legais desempenham papel importante e necessário, por sua função referencial para os diferentes sistemas educativos. Além da legislação específica relacionada à educação para o trânsito, existem alguns marcos regulatórios nacionais e internacionais consolidados que precisam ser considerados pelos materiais didáticos. Esse construto baseou-se nos fundamentos ideológicos e legais abrangidos pelo Código de Trânsito Brasileiro e suas alterações por meio de resoluções, portarias e leis complementares, bem como o alinhamento com as diversas posições oficiais sobre a educação no Brasil.

Educação para a cidadania

A dimensão conceitual de trânsito como direito de todas as pessoas, compreendendo aspectos voltados para a segurança, a mobilidade humana, a qualidade de vida e o universo das relações sociais no espaço público, deve ser abordada no material. O material deve reconhecer o trânsito como tema de urgência social e de abrangência nacional, apresentando a possibilidade de ensino e aprendizagem que favoreça a compreensão da realidade e a participação social. Deve fundamentar-se no conjunto de valores que regulam nosso sistema de convivência que envolve o pensar e o agir de cada pessoa, respeitando sua liberdade. Respeitar as diversidades culturais, nos diferentes espaços geográficos e nas relações que neles ocorrem, nas características regionais e locais da sociedade, da economia e da clientela. O material deve priorizar a educação para a paz a partir de exemplos positivos que reflitam o exercício da ética e da cidadania no espaço público. Deve possibilitar ao aluno compreender o trânsito como variável que intervém em questões ambientais e na qualidade de vida de todas as pessoas.³ Os conteúdos do material devem estar referenciados no princípio da prevalência dos direitos humanos, bem como no Código de Trânsito Brasileiro.⁸ Além disso, deve abordar questões sobre as dificuldades de

locomoção enfrentadas por pessoas com deficiências físicas, motoras e sensoriais e a importância de uma cidade acessível a todas as pessoas.

Práticas em ambiente real

Julgamentos perceptivos e respostas motoras são aprendidos no contexto em que ocorrem ou pelo menos que sejam correlatos a esse contexto.²⁵ Os materiais didáticos devem possibilitar estratégias que desenvolvam o treinamento de habilidades práticas, envolvendo a participação ativa de alunos. O material deve criar condições que favoreçam a observação e a exploração da cidade, a fim de que os alunos se percebam como agentes transformadores do espaço onde vivem. Deve possibilitar o uso do ambiente real de circulação como recurso educativo para o exercício da cidadania no trânsito, propiciando ao aluno conhecer a cidade onde vive, observá-la e vivenciá-la com complexidade crescente.³

Reflexão sobre as diferentes posições no trânsito

O material deve superar o enfoque reducionista de que ações educativas voltadas para o tema trânsito sejam apenas para preparar o futuro condutor, identificando as diferentes formas de deslocamento humano. Deve considerar o planejamento de atividades que promovam a análise, o debate e a reflexão sobre diferentes situações relacionadas ao transitar humano, bem como as responsabilidades envolvidas.³

Alinhamento à legislação relacionada à educação para o trânsito

O material deve estar de acordo com o Sistema de Ensino da Educação Brasileira,^{9,27,28} orientado pelas Diretrizes Nacionais da Educação para o Trânsito no Ensino Fundamental para a inclusão do trânsito como tema transversal às áreas curriculares.³ Deve permitir ao aluno analisar fatos relacionados ao trânsito, considerando preceitos da legislação vigente e segundo seu próprio juízo de valor, possibilitando-lhe adotar, no dia a dia, atitudes de respeito às normas de trânsito e às pessoas e buscando sua plena integração ao espaço público.

Segurança no trânsito

O material deve contribuir para uma reflexão sobre a mudança do quadro presente de violência no trânsito, possibilitando ao aluno reconhecer a importância da prevenção e do autocuidado no trânsito para a preservação da vida. Assim, devem ser trabalhados temas relacionados aos pontos mais perigosos no entorno da escola, bem como as características de circulação e os problemas no trânsito enfrentados durante o período de entrada e saída dos alunos. O material deve abordar as características das vias conforme sua utilização e a compreensão das regras para a locomoção segura em cada uma delas; os diferentes tipos de linguagens e formas de comunicação utilizadas no trânsito, trazendo a análise de suas mensagens, fundamentais à locomoção segura das pessoas. O material deverá trazer também conteúdos relacionados à utilização dos equipamentos de segurança como cinto, cadeirinhas, assento de elevação, capacete e sua forma adequada de utilização.³

Ensino fundamental com duração de nove anos

Ao estabelecer as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de nove anos, o MEC reuniu princípios, fundamentos e procedimentos com o objetivo de orientar as políticas públicas educacionais e a elaboração, implementação e avaliação das orientações curriculares nacionais.^{10,29} O material deve considerar as fases de desenvolvimento do aluno e as características específicas de cada etapa de ensino, promovendo o desenvolvimento de posturas e atitudes para a construção de um espaço público democrático e equitativo, por meio do trabalho sistemático e contínuo, durante toda a escolaridade, favorecendo o aprofundamento progressivo das questões relacionadas ao tema trânsito. O material deve, portanto, contemplar os conteúdos em atendimento à Lei nº 11.274 do MEC, que institui o ensino fundamental de nove anos de duração com a inclusão das crianças de seis anos de idade.

Socialização do conhecimento

A família constitui o primeiro lugar de toda e qualquer educação e assegura, por isso, a ligação entre o

afetivo e o cognitivo, assim como a transmissão dos valores e das normas. O material deve proporcionar o envolvimento das famílias e os diversos atores sociais nas parcerias educativas e nas ações e atividades educativas de trânsito desenvolvidas, possibilitando a produção e a socialização de conhecimentos relacionados ao tema a partir do incentivo à pesquisa, à leitura, à escrita, à criatividade, à troca de ideias e de experiências.³ O material deve estar em consonância com o Ministério da Educação, que estabelece que os componentes curriculares e as áreas de conhecimento devem articular em seus conteúdos a abordagem de temas abrangentes e contemporâneos que afetam a vida humana em escala global, regional e local, bem como na esfera individual.⁹

Eixo 2 – Fundamentos científico-pedagógicos

Os esforços governamentais dos órgãos relacionados ao trânsito confluíram para a decisão administrativa da utilização da transversalidade do tema trânsito em todos os níveis dos espaços formais de ensino integrado às áreas ditas tradicionais, de forma a estar presente em todas elas. Esse construto baseou-se nos fundamentos pedagógicos da educação para o trânsito como tema transversal nas teorias de Decroly, Freinet, Blonsky, Krupslaia, Dewey e Kilpatrick, reforçadas pelas referências de Araújo, Moreno, Sastre, Busquets, Leal e Roldão e sua aplicação no âmbito do ensino fundamental é condizente com as ideias de Piaget e Vygotsky.

Alinhamento com os quatro pilares da educação

A partir das recomendações do Relatório da Comissão Internacional para a UNESCO sobre Educação para o século XXI, o processo educativo foi organizado em torno de quatro conceitos fundamentais da educação, chamados de *Quatro Pilares da Educação*. Consideradas pelos especialistas como fundamentais na vida de um sujeito, o material deve considerar em sua concepção os pilares *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser*, cujo objetivo é fazer com que a educação apareça como uma experiência global para que o aluno, como ser humano e membro de uma sociedade, leve o que aprendeu nos planos cognitivo e prático ao logó de sua vida.²⁴

Conceito de educação ao longo da vida

Atravessar uma rua ou avenida movimentada requer competências perceptuais, motoras e habilidades cognitivas. Entender como essas habilidades se desenvolvem na infância irá contribuir com as estratégias educacionais, auxiliando no entendimento do nível de habilidade a ser esperado em crianças de diferentes idades, como argumentam Thomson *et al.*²⁵ A educação ao longo de toda a vida permite ordenar as diferentes sequências de aprendizagem e gerir as transições.²⁴ No trânsito, à medida que as crianças vão se desenvolvendo, seus deslocamentos a pé se ampliam para além da sua própria casa¹⁵, desenvolvendo melhor sua capacidade de pensar de forma abstrata, refletindo sobre situações hipotéticas de maneira mais lógica. Esse desenvolvimento como um processo contínuo de adaptação são influenciadores e determinantes do processo de desenvolvimento.²⁶ O material didático em sua concepção deverá considerar a maneira como as crianças lidam com o ambiente viário, evoluindo as atividades e conteúdos de acordo com o seu desenvolvimento psicológico, propiciando a continuidade ao longo do ensino fundamental.

Transversalidade

A transversalidade é entendida como uma forma de organizar o trabalho didático onde alguns temas são integrados às áreas convencionais, estando presentes em todas elas.³⁰ A proposta da educação para o trânsito centra-se na possibilidade de proporcionar momentos de análise e reflexão sobre as relações humanas e o convívio social, tirando o foco dos veículos, propondo debates críticos, transversalizando os assuntos pertinentes ao tema nas diversas disciplinas escolares. Nessa dimensão, busca-se avaliar se os materiais didáticos estão alinhados ao conceito de transversalidade, possibilitando o desenvolvimento do tema trânsito, atravessando as disciplinas tradicionais do currículo escolar, promovendo atividades relacionadas às áreas da Língua Portuguesa, Matemática, Geografia, História, Ciências Naturais, Artes e Educação Física, conforme preconizado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).²⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de compreender alguns pressupostos sobre a questão da educação para o trânsito no ensino fundamental, podem ser feitos alguns apontamentos. Medidas educativas têm sido defendidas como um meio de ensinar as crianças a lidar com o ambiente trânsito, no entanto, existem limitações para o alcance dos objetivos esperados. Os esforços governamentais dos órgãos relacionados ao trânsito confluíram para a decisão administrativa da utilização da transversalidade do tema trânsito em todos os níveis dos espaços formais de ensino integrado às áreas ditas tradicionais, de forma a estar presente em todas elas. No entanto, ainda que os Parâmetros Curriculares Nacionais sejam referência quando se trata dos temas transversais, estes orientam, superficialmente, os projetos político pedagógicos das escolas. E a proposta de efetivar o trânsito como tema transversal muitas vezes é dispensada ou sequer pensada pelas escolas. A proposta de avaliação dos materiais didáticos específicos aqui apresentada pretende suprir uma das lacunas existentes, instrumentalizando os órgãos responsáveis com um método prático de apreciação e comparação dos materiais a serem adotados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Salud Brasil 2014: un análisis de la morbilidad por causas externas. Brasília: MS; 2015.
2. World Health Organization. Resolution adopted by the General Assembly on 2 March 2010. A/RES/64/255. Improving Global Road Safety 2011-2020. Genova: WHO; 2010.
3. Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN). Portaria nº 147, de 2 de junho de 2009. Aprova as Diretrizes Nacionais da Educação para o Trânsito na pré-escola e no Ensino Fundamental. Brasília: Denatran; 2009.
4. Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN). Resolução n. 166, de 15 de setembro de 2004. Aprova as Diretrizes da Política Nacional de Trânsito. Brasília: Contran; 2004.
5. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Portal da Legislação: Constituição, 1988. [citado em 2016 ago. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
6. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Casa Civil; 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm

7. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: MS; 1990. [citado em 2016 ago. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
8. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997. Instituiu o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: Casa Civil; 1997. [citado em 2016 ago. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503.htm
9. Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 4, de 13 de julho de 2010. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica (DCNEB). Brasília: Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação; 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre a duração de 9 anos para o ensino fundamental. Brasília: Casa Civil; 2006. [citado em 2016 ago. 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111274.htm
11. Faria EO, Braga MGC. Avaliar programas educativos para o trânsito não é medir a redução de acidentes ou de exposição ao risco de acidentes. XIX Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes; 2005. Recife: ANPET; 2005.
12. Johnston IR. The safety education: panacea, prophylactic or placebo? Austrália: Global Traffic Safety Trust. World J Sur. 1992; 16(3):374-8.
13. Organization for economic co-operation and development (OECD). Safety of vulnerable road users. Paris: Directorate for Science, Technology and Industry; 1998.
14. Vaa T, Fyhri A, Michael WJ. Traffic education in Denmark: from cradle to wheel. Oslo: Institute of Transport Economics Norwegian/ Centre for Transport Research; 2012.
15. Preusser DF. Reducing pedestrian crashes among children. Bull NY Acad Med. 1988; 64:623-31.
16. Araújo UF. Apresentação à edição brasileira. In: Busquets MD, Cainzos M, Fernández T, Leal A, Moreno M, Sastre G. Temas transversais em educação: bases para uma formação integral. 6ª ed. São Paulo: Ática; 2000. p.9-17.
17. Busquets MD, Leal A. A educação para a saúde. In: Busquets MD, Cainzos M, Fernández T, Leal A, Moreno M, Sastre G. Temas transversais em educação: bases para uma formação integral. 6ª ed. São Paulo: Ática; 2000. p.61-103.
18. Cainzos M. O consumo como tema transversal. In: Temas transversais em Educação: bases para uma formação integral. 6ª ed. São Paulo: Ática; 2000. p. 105-44.
19. Fazenda ICA. Práticas Interdisciplinares na Escola. 13ª ed. São Paulo: Cortez; 1993.
20. Lacalle AM. Los temas transversales del currículo educativo actual. Madrid: Universidad Complutense. Rev Complutense Educ. 1997; 8(2): 1990-6.
21. Moreno M, Sastre G. Los temas transversales: claves de la formación integral. Una enseñanza mirando hacia adelante. Buenos Aires: Editorial Santillana; 1995. p.10-43
22. Moreno M. Temas transversais: um ensino voltado para o futuro. In: Busquets MD, Cainzos M, Fernández T, Leal A, Moreno M, Sastre G. Temas transversais em educação: bases para uma formação integral. 6ª ed. São Paulo: Ática; 2000. p. 19-59.
23. Silva WC, Martins PCS, Barbosa IS. Temas Transversais, oficinas pedagógicas e aprendizagem significativa: uma discussão acerca do ensino de ciências na Amazônia. Rev Areté. 2015; 8(15): 89-99.
24. UNESCO. Organização das nações unidas para a educação, a ciência e a cultura. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez; 2012.
25. Thomson JA, Tolmie A, Foot HC. Child development and the aims of road safety education: a review and analysis. In: Road Safety Research Report, n.1. Norwich: The Stationery Office; 1996.
26. Moreira MA. Teorias de Aprendizagem. 3ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 2009.
27. Ministério da Educação (BR). Portaria n. 678, de 14 de maio de 1991. Determina inclusão de conteúdos aos currículos escolares. Brasília: Ministério da Educação; 1991. [citado em 2015 ago. 15]. Disponível em: <http://www.secon.udesc.br/consepe/resol/1991/035-91-cpe.pdf>
28. Ministério da Educação (BR). Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN): introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF; 1997.
29. Ministério da Educação (BR). Resolução n. 7, 14 de dezembro de 2010. Fixa Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental de 9 (nove) anos. Brasília: Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação; 2010.
30. Menezes ET, Santos TH. Verbete transversalidade. Dicionário Interativo da Educação Brasileira. São Paulo: Midiamix; 2001. [citado em 2015 ago. 15]. Disponível em: <http://www.educabrasil.com.br/transversalidade>

Nível de renda, limites legais de alcoolemia e mortalidade no trânsito: um estudo ecológico global

Income level, legal limits for blood alcohol and traffic-related mortality: a global ecological study

Fernando Madalena Volpe¹, Roberto Marini Ladeira², Rosely Fantoni³

RESUMO

Introdução: a mortalidade no trânsito varia conforme nível de renda dos países, sendo a casuística e percentual de óbitos desiguais. Na tentativa de reduzir a violência no trânsito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu pilares, sendo um deles a restrição legal ao consumo de álcool por motoristas. A eficácia dessa lei é de difícil análise em vista do contexto socioeconômico que determina outros fatores mediadores da segurança do trânsito. **Objetivos:** avaliar se o nível de renda dos países é mais relevante como determinante das taxas de mortalidade por acidentes de transporte do que o limite legal para a alcoolemia ao conduzir veículos. **Métodos:** os 97 países incluídos possuem mais de 5 milhões de habitantes e o uso de álcool é permitido pelos cidadãos. Foram utilizados dados do Relatório Global da OMS sobre o estado da segurança viária. Foi analisada a relação entre as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, o nível de renda e o limite legal de alcoolemia para a condução de cada país, a partir de *General Linear Models*. **Resultados:** o nível de renda apresentou efeito independente nas taxas de mortalidade no trânsito, diferentemente do limite legal de alcoolemia. Os países de baixa e de média renda apresentaram taxas de mortalidade até quatro vezes superiores aos de alta renda. Em determinado nível de renda, as taxas de mortalidade específicas foram semelhantes, independentemente do limite de alcoolemia adotado para se conduzir veículos. **Conclusões:** o limite legal de alcoolemia ao conduzir, adotado por determinado país, não se associou à taxa de mortalidade no trânsito, quando controlado pelo nível de renda.

Palavras-chave: Acidentes de Trânsito; Consumo de Bebidas Alcoólicas; Dirigir sob a Influência; Iniquidade Social.

ABSTRACT

Introduction: Traffic mortality rates varies with the income level of the countries, determining international inequities. In an attempt to reduce traffic-related violence, the World Health Organization (WHO) established pillars, including the legal restriction on alcohol consumption by drivers. The effectiveness of this legislation is confounded by other factors influenced by the socio-economic context that interfere with traffic safety. **Objectives:** Assess whether the level of income of a country is a more relevant determinant of its traffic-related mortality rates than the legal limit for blood alcohol concentration for drivers (BAC). **Methods:** Data from selected 97 countries, with >5 million population and no general prohibition of alcohol were gathered from the Global Status Report on Road Safety from the WHO. The relationship between traffic-related mortality rates, income level and legal BAC was analyzed using *General Linear Models*. **Results:** Income levels showed an independent effect on traffic mortality rates, in contrast to the legal blood alcohol limit. The low and middle income showed mortality rates up to 4 times higher than the high-income countries. At a given income level, specific mortality rates were similar

¹ Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, Gerência de Ensino e Pesquisa. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² FHEMIG, Gerência de Ensino e Pesquisa.

Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de Minas Gerais – DER-MG, Gerência de Educação para o Trânsito. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Fernando Madalena Volpe

E-mail: fernando.madalena.volpe@gmail.com

regardless of the BAC legal level adopted for drinking and driving. Conclusions: The legal limit of blood alcohol while driving, adopted by a particular country, was not associated with traffic-related mortality rates, after controlling for its income level.

Key words: Accidents, Traffic; Alcohol Drinking; Driving Under the Influence; Social Inequity.

INTRODUÇÃO

A violência no trânsito atinge desigualmente os países. Segundo o documento *World Report on Road Traffic Injury Prevention*, a maioria das mortes no trânsito ocorre em países de baixa renda das regiões da África, Ásia, Caribe e América Latina, onde os mais vulneráveis são os pedestres, ciclistas e motociclistas. Por outro lado, os maiores índices de mortes no trânsito em países desenvolvidos estão presentes entre os ocupantes de automóveis. Países de renda baixa e média concentram 85% das mortes no trânsito e 90% dos anos potenciais de vida perdidos. Projeções sinalizam que entre os anos de 2000 e 2020 as mortes no trânsito devem ter queda de aproximadamente 30% em países de alta renda e considerável aumento nos países de renda baixa e média.¹

Documento publicado pela Organização Mundial de Saúde para dar sustentação à Década de Ação pela Segurança no Trânsito sugere ferramentas práticas para ajudar os governos a desenvolver planos nacionais e locais, baseados em cinco pilares, com a meta de reduzir até 50% do número de óbitos no trânsito, no período de 2011 a 2020. São eles: gestão de segurança viária, estradas mais seguras e que proporcionem mobilidade, veículos e usuários mais seguros e pronto atendimento às vítimas em caso de acidente.² Essa priorização embasou-se no fato de que países que apresentaram redução no número de acidentes e mortos no trânsito na última década já haviam estruturado o trânsito tendo como sustentação os cinco pilares sintetizados pela OMS.³ Os resultados alcançados por esses países ao implementar leis que disciplinam comportamentos no trânsito – a exemplo da restrição legal ao consumo de álcool por motoristas – são difíceis de isolar dos efeitos do contexto em que se implanta a lei.

Em países emergentes, como o Brasil, ainda existem carências e desigualdades de infraestrutura e educação para o trânsito. Esses fatores podem interferir nos resultados esperados da legislação, como, por exemplo, a redução dos óbitos no trânsito.⁴ Com esse

propósito, as propostas de intervenção por meio de legislação restritiva carecem de análise mais profunda para que o conhecimento do que tem sido feito possa realmente auxiliar na formulação de medidas que beneficiem os diversos países e regiões, considerando as especificidades econômicas, sociais e culturais.

A hipótese central deste estudo é a de que o nível de renda dos países, considerado um indicador de seu desenvolvimento social, é mais relevante como determinante das taxas de mortalidade por acidentes de transporte do que o limite legal para a alcoolemia à direção.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo ecológico, transversal, utilizando como fonte de informações os dados publicados pela Organização Mundial da Saúde a partir do Relatório Global sobre o Estado da Segurança Viária.⁵ Dos 178 países que reportaram dados, foram selecionados aqueles com mais de 5 milhões de habitantes e excluídos aqueles cuja legislação proíbe o uso de álcool pela população (independentemente da direção de veículos). Além disso, foram excluídos das análises dois países que apresentavam uma combinação única de limite legal de alcoolemia e nível de renda.

Foram coletadas as seguintes variáveis: a) população em 2013; b) nível de renda, segundo os critérios do Banco Mundial; c) número de veículos por 1.000 habitantes; d) limite legal de alcoolemia à direção (BAC); e) taxa de mortalidade específica por acidentes de trânsito.

O número de veículos por 1.000 habitantes apresentou íntima relação com o nível de renda, ou seja, o grau de motorização correlacionou-se positivamente com o nível de renda, sendo retirado das análises subsequentes por não acrescentar ao modelo explicativo.

A relação entre as taxas de mortalidade por acidentes de trânsito e as variáveis explicativas foi estudada no *General Linear Models*, utilizando-se um valor crítico de p de 0,05.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 97 países dos cinco continentes, sendo 22 classificados como de baixo nível de renda (<U\$1.045 *per capita*), 47 de médio nível de renda (entre U\$1.046 e U\$12.745) e 28 de alto nível de renda (>U\$12.745). Foi adotado por 22 paí-

ses limite de alcoolemia à direção de até 0,03%; 33 adotaram limites entre 0,049 e 0,07%; 23 adotaram o limite de 0,08%; e outros 18 não possuem limite legalmente definido.

O nível de renda apresentou efeito significativo e independente sobre as taxas de mortalidade no trânsito, sendo que os países de média renda tiveram taxas de mortalidade três vezes superiores aos de alta renda e os de baixa renda aproximadamente quatro vezes superiores aos de alta (Tabela 1).

Controlando pelo nível de renda, o limite legal de alcoolemia à direção adotado pelos países não se associou significativamente às taxas de mortalidade no trânsito. Em todos os níveis de renda, as taxas de mortalidade específicas foram semelhantes, independentemente da legislação adotada para o beber e dirigir (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Existe uma variação entre os países em relação à taxa de álcool no sangue permitida para o motorista, ainda que dentro do mesmo nível de renda. No entanto, os países mais ricos são mais propensos a um limite legal de álcool de 0,05 g/L ou inferior em relação àqueles de renda média ou baixa. Ainda assim, limites mais rígidos para os BACs não demonstraram efeito adicional sobre a mortalidade no trânsito, quando controlados pelo nível de renda.

Observou-se, naqueles que acompanham a relação do consumo de álcool e direção, que ocorreu declínio no envolvimento de álcool em acidentes fatais com veículos na década de 1980. As razões para o declínio não são bem compreendidas e mudam conforme o país. Um exemplo é o caso dos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Suécia, Islândia, Noruega), que conseguiram baixos níveis de consumo de álcool ao volante, enquanto países como os Estados Unidos e Canadá têm níveis mais elevados.⁶

Atribuem-se à diversidade dos países em relação às normas sociais, costumes e práticas as diferentes formas com que abordam a relação do consumo de álcool ao volante. Dirigir ou não sob efeito de álcool pode ser aceito e influenciado a partir do papel da bebida na sociedade bem como do *status* do automóvel. O controle do governo, atitudes em relação às leis, os direitos e liberdades individuais e o rigor na fiscalização do cumprimento da legislação também podem influenciar a sociedade em relação ao álcool e direção.⁷ A idade mínima de 21 anos para beber estabelecida nos Estados Unidos poderia não ser possível de ser implementada em países europeus, onde jovens bebem tradicionalmente com suas famílias durante as refeições. Semelhantemente, os testes aleatórios *Random Breath Testing* (RBT) realizados nos motoristas da Austrália e Escandinávia dificilmente seriam acatados nos Estados Unidos, Grã-Bretanha ou Canadá, tendo em vista barreiras constitucionais e atitudes em relação aos direitos individuais.

Exemplo disso foi a redução ocorrida no Japão, que de 1.276 acidentes fatais no ano de 2000 envolvendo pessoas que beberam e dirigiram passou para 287 em 2010. Esses números foram atribuídos à mudança da lei de trânsito que ocorreu em 2002, trazendo como medidas o aumento das multas por embriaguez, a redução do nível legal de concentração de álcool no organismo e o aumento do período de suspensão de licença para dirigir e de revogação. Entretanto, estudos de séries temporais identificaram declínio dos acidentes envolvendo motoristas que beberam, mesmo antes do início de implantação da legislação. Tal constatação sugeriu mudança de comportamento do motorista antes da legislação e levou um grupo de pesquisadores a aprofundarem sobre a questão. Uma mudança identificada no final do ano de 1999 e início de 2000 sugere que um acidente fatal ocorrido em 1999 atraiu a atenção da mídia e provocou o debate público, desencadeando mudanças no comportamento de dirigir alcoolizado mesmo antes da implantação da legislação.⁸

Tabela 1 - Com início de ação e meia-vida dos opioides

Nível de renda*	Limite legal de alcoolemia (BAC)				Média
	0,00 a 0,03%	0,049 a 0,07%	0,08%	Sem limite	
Baixo	–	24,37	28,12	25,17	25,88
Médio	16,54	18,91	21,04	19,48	18,99
Alto	8,50	5,61	5,78	–	6,63

*p<0,002 para todas as comparações das médias segundo o nível de renda.

Na Dinamarca, a partir de 1998, ocorreu redução de 0,08 para 0,05% na legislação que regulamenta a concentração de álcool no sangue dos condutores de veículos. Iniciou-se então avaliação do novo limite com base nos dados de acidentes e hábitos de consumo dos motoristas antes e após essa alteração. A partir de entrevistas verificou-se significativa diminuição na quantidade de bebida que os motoristas deixaram de ingerir dentro de um período de duas horas antes de conduzir um veículo. A proporção de motoristas que não bebem ou restringiram o consumo aumentou de 71%, antes da alteração da lei, para 80% após a alteração, ocorrendo mudança no hábito de beber e dirigir. Entretanto, a partir da avaliação dos dados de acidentes no primeiro ano após a alteração da lei, não houve diminuição significativa na proporção de acidentes e ferimentos com motoristas que apresentaram concentração de álcool de 0,05% ou mais em relação a todos os acidentes com lesões. A diminuição foi representativa apenas para o grupo na faixa etária de 25 a 44 anos. Ao contrário do esperado, a proporção de acidentes fatais com motoristas alcoolizados, em comparação a todos os acidentes fatais, tem aumentado após alteração do limite de álcool. Considerando que o período de avaliação foi muito curto para analisar o efeito do limite de álcool, os autores julgam conveniente um acompanhamento por mais tempo.⁹

No Brasil, estudo realizado nas cidades de Belo Horizonte, Diadema, São Paulo e Vitória, no período de 2005 a 2007, observou que cerca de um terço dos motoristas entrevistados afirmou que dirige depois de utilizar bebida alcoólica, o que indica aceitação desse comportamento por parte significativa dos condutores.¹⁰

Para Maquiavel: “não havendo disparidade de costumes, os homens vivem calmamente”, mas tantas variáveis subjetivas em jogo remetem a um conflito inevitável no trânsito, que precisa ser administrado. Necessário, então, se faz estabelecer sólidos fundamentos, sendo “as boas leis e normas”¹¹ as principais bases que o Estado possui para evitar o caos. Surge aí a importância das leis, que exercem significativo papel na relação do homem com seu meio, restringindo e moldando seu comportamento. No entanto, o próprio autor considera que “a multidão nunca anui a uma lei nova que tenha em vista uma nova ordem na cidade, a menos que lhe seja mostrado, por alguma necessidade, que é preciso fazê-lo”.¹²

Como consequência da amplitude da dimensão normativa, não se pode pensar em ter todos os problemas da sociedade resolvidos a partir da criação

e aprovação de novas leis. Até porque a relatividade das leis traz como discussão sua legitimidade, e esta é, ao menos em parte, determinada pela sua efetividade – que resulte naquilo a que se propõe.

[...] a legitimidade de regras se mede pela resgatabilidade discursiva de sua pretensão de validade normativa; e o que conta, em última instância, é o fato de elas terem surgido num processo legislativo racional – ou o fato de que elas poderiam ter sido justificadas sob pontos de vista pragmáticos, éticos e morais. A legitimidade de uma regra independe do fato de ela conseguir impor-se. Ao contrário, tanto a validade social, como a obediência fática, variam de acordo com a fé dos membros da comunidade de direito na legitimidade, e esta fé, por sua vez, apoia-se na suposição da legitimidade, isto é, na fundamentalidade das respectivas normas.^{13:50}

É preciso destacar que a busca pelo ordenamento do trânsito passa não apenas pela legislação, mas envolve também as inter-relações entre engenharia, educação, fiscalização e o meio ambiente. Ao comparar estratégias utilizadas por países desenvolvidos para reduzir o número de acidentes e óbitos no trânsito em relação a iniciativas como a “Lei Seca” no Brasil, verifica-se que existem alguns fatores que precisam ser considerados e discutidos.

No Brasil, alguns estudos procuraram evidenciar a efetividade da tolerância zero aplicada a partir de junho de 2008 sobre a mortalidade no trânsito. Os resultados foram inconsistentes, havendo variações por localidade. Pesquisa realizada em microrregiões do estado de São Paulo, por exemplo, acusou queda na taxa de óbitos de 21,1% em determinada área e, em contrapartida, o aumento de 41,4% em outra, após a promulgação da “Lei Seca”.¹⁴ Ainda, os estudos nacionais utilizaram períodos muito curtos de comparação, desconsiderando as tendências seculares,¹⁵ ou métodos estatísticos inapropriados.¹⁶⁻¹⁸ Mais recentemente, levando em conta esses elementos, estudo nacional evidenciou a ausência de efeitos adicionais da redução do limite legal de alcoolemia sobre a mortalidade no trânsito.¹⁹

Evidentemente, essa abordagem metodológica tem profundas limitações. Por se tratar de um estudo ecológico, não é possível estimar riscos individuais. Dados secundários informados por fontes oficiais podem apresentar vieses de subnotificação, especialmente nos países menos organizados. O corte transversal não permite que se infira sobre os efeitos progressivos das mudanças nos limites de BAC. Ain-

da, o uso da taxa de mortalidade no trânsito, em vez de indicadores mais específicos sobre mortalidade em indivíduos alcoolizados, é uma medida grosseira de efetividade – por exemplo, é possível que as mortes ligadas ao álcool no trânsito tenham se reduzido em determinado país, mas outras mortes (ciclistas, motociclistas) tenham aumentado em um mesmo ano. De qualquer forma, na ausência de indicadores mais refinados, as autoridades políticas e científicas têm utilizado a taxa de mortalidade no trânsito como indicador e nossos resultados contradizem o senso comum de que o limite legal possui efeito independente de outros fatores mais gerais ligados ao nível econômico de determinado país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, o limite legal de alcoolemia ao dirigir, adotado por determinado país, não apresentou associação com a taxa de mortalidade no trânsito, quando se controlou pelo nível de renda. Isso indica a possibilidade de que outros fatores ligados ao desenvolvimento econômico e social de uma nação (nível educacional, respeito a outras legislações do trânsito, melhor qualidade de veículos/vias) determinem ou mediem o volume de resultados fatais observados no trânsito.

Ainda que com base em resultados preliminares, as reflexões que se impõem são: a) os limites de políticas públicas centradas na implementação de leis sem o investimento necessário na educação da população; b) o foco excessivo em medidas para mudança de comportamento individual com pouca ênfase em medidas estruturais de forte impacto.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. World report on road traffic injury prevention. Geneva: WHO; 2004.
- World Health Organization. Global Status Report on Road Safety 2013: supporting a decade of action. Geneva: WHO; 2013.
- Nagata T, Setoguchi S, Hemenway D, Perry MJ. Effectiveness of a law to reduce alcohol-impaired driving in Japan. *Inj Prev*. 2008; 14:19-23.
- Peden M, Scurfield R, Dleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, *et al*. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.
- World Health Organization. Global Status Report on Road Safety 2015. Geneva: WHO; 2015.
- Wilson RJ. Drinking and driving: in search of solutions to an international problem. *Alcohol Health Res World*. 1993; 17: 212-9.
- Cook WK, Bond J, Greenfield TK. Are alcohol policies associated with alcohol consumption in low- and middle-income countries? *Addiction*. 2014; 109:1081-90.
- Nakahara S, Katano K, Ichikawa M. Onset of a declining trend in fatal motor vehicle crashes involving drunk-driving in Japan. *J Epidemiol*. 2013; 23: 195-204.
- Bernhoft IM, Behrendorf I. Effect of lowering the alcohol limit in Denmark. *Accid Anal Prev*. 2003; 35: 515-25.
- Campos VR, Duailibi S, Laranjeira R, Palacios EM, Grube JW, Pinsky I, *et al*. Drinking and driving in southeastern Brazil: results from a roadside survey study. *Addict Behav*. 2013; 38: 1442-7.
- Machiavel BG. *L'anthropologie politique*. Genève: Droz; 1974.
- Ames JL. Lei e violência ou a legitimação política em Maquiavel. *Trans/Form/Ação*. 2011; 34: 21-42.
- Habermans J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1997.
- Nunes MN, Nascimento LFCN. Análise espacial de óbitos por acidentes de trânsito, antes e após a Lei Seca, nas microrregiões do estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58: 685-90.
- Malta D, Filho AMS, Montenegro MMS, Mascarenhas MDM, Lima CM, Penna GO, *et al*. Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca – Brasil, 2007-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010; 19: 317-28.
- Andreuccetti G, Carvalho HB, Cherpitel CJ, Ye Y, Ponce JC, Kahn T, *et al*. Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001–10) conducted in Brazil. *Addiction*. 2011; 106: 2124-31.
- Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research design evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12: 47-52.
- Flodgren G, Oddgard-Jensen J. Interrupted time series (ITS) analyses. *Addiction*. 2014; 110: 538-41.
- Volpe FM, Ladeira RM, Fantoni R. Evaluating the Brazilian zero-tolerance drinking and driving law: Time series analyses of traffic-related mortality in three major cities. *Traffic Inj Prev*. 2016 (no prelo).

Um olhar sobre a violência na perspectiva dos homens

Violence in the perspective of men

Rosemary Maria de Oliveira¹, Alane Maia¹, Beatriz Eugênia Palhares¹, Daniele Rodrigues de Souza Carmona¹, Danielly Aparecida de Jesus¹, João Pedro Laurito Machado¹, Nadiele Daiane de Oliveira¹, Palmira de Fátima Bonolo¹, Elza Machado de Melo¹

RESUMO

Introdução: a violência deve ser abordada nas ações de promoção à saúde, na busca da plena cidadania e dos direitos humanos na população geral e em grupos socialmente vulneráveis. **Métodos:** estudo qualitativo mediante grupos focais realizado no bairro Veneza, município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Avaliaram-se quatro faixas etárias (anos): 11 a 14, 15 a 24, 25 a 36 e com 60 anos mais. **Objetivo:** avaliar a percepção dos homens acerca dos tipos de violência cometida, vivenciada e contribuir para estratégias de prevenção. **Resultados e discussão:** a violência foi definida como verbal, intrafamiliar, institucional, sexual, bem como em consequência de uso de drogas lícitas e ilícitas. De modo geral, os homens atribuem a violência contra a mulher à consequência das atitudes e comportamentos das mesmas. Os homens em todas as faixas etárias relataram vivências de situações de violência, especialmente nas idades mais jovens. Os fatores desencadeantes da violência foram frutos da desigualdade social, do desemprego e uso de bebida alcoólica. Entre as estratégias de prevenção citaram-se o apoio da família, o policiamento de escolas, o conhecimento e a informação, o diálogo e o exemplo paterno: *você se espelha no seu pai. Acho que nós, nossa família, todos, somos comparados com uma planta, a planta cresce e dá uma flor bonita*. **Conclusões:** destacaram-se a família e as políticas públicas para aumentar a chance de os homens se afastarem da violência. É possível prevenir a violência e interromper o ciclo vicioso entre vivência e a prática de ações de violência.

Palavras-chave: Saúde Pública; Violência Contra a Mulher; Direitos Humanos.

ABSTRACT

Introduction: Violence must be addressed to promote health, full citizenship and human rights in the general population and in socially vulnerable groups. **Methods:** a qualitative study using focal groups conducted in the Veneza neighborhood, Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Four age groups (years) were evaluated: 11 to 14, 15 to 24, 25 to 36 and greater or equal to 60 years. **Objective:** to evaluate the perception of men about the types of violence and to contribute to prevention strategies. **Results and Discussion:** violence was defined as verbal, interfamily, institutional, sexual, as well as consequences of use of licit and illicit drugs. In general, men attribute violence against women as a consequence of their attitudes and behaviors. Men in all age groups reported experiences of violence, especially at younger ages. The factors that triggered the violence were social inequality, unemployment and the use of alcoholic beverages. Prevention strategies included family support, school policing, knowledge and information, dialogue and paternal example. **Conclusions:** we need public policies, especially to support families to increase the chance of men moving away from violence. It is possible to prevent violence and interrupted the vicious cycle between being victim and practicing violence.

Key words: Public Health; Violence Against Women; Human Rights.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Apoio financeiro: Brasil. Ministério da Saúde.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Rosemary Maria de Oliveira
E-mail: rosolive1411@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multicausal. É uma ação determinada a partir das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Para Chauí¹, a violência representa “a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior”.

As políticas e os programas de combate à violência de qualquer natureza ou gravidade devem ter a perspectiva de sexo para que mulheres e homens possam ser beneficiados equitativamente. Destaca-se a necessidade de sensibilizar e empoderar para a prevenção da violência com foco especial em adolescentes e adultos jovens.²

A violência é concreta, histórica e deve ser abordada nas ações da promoção da saúde, na busca da plena cidadania e direitos humanos na população geral e, especialmente, em grupos socialmente vulneráveis.³ O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos homens acerca dos vários tipos de violência cometida, vivenciada e contribuir para estratégias de prevenção.

MÉTODOS

Análise qualitativa mediante grupos focais com residentes da região administrativa de Veneza, no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Essa análise configura-se como um subprojeto do estudo realizado em 2009, cuja metodologia consistiu na realização de 30 grupos focais, com residentes do município de Ribeirão das Neves, organizados por faixa etária, sexo e regiões administrativas do município. Ribeirão das Neves tem população de 325.846 habitantes com 99% vivendo em área urbana. O bairro Veneza é atendido por vários serviços, porém tem alto índice de violência e extrema segregação espacial, pois o bairro iniciou-se com uma invasão próximo da rodovia.

Os participantes desta análise foram homens. Por ser uma pesquisa qualitativa, a amostra foi definida por saturação dos significados coletivos atribuídos ao objeto investigado. Os critérios de inclusão foram: residir no município, estar na faixa etária de 10 anos ou mais e ter interesse voluntário em participar. A organização dos grupos por região administrativa garantiu a presença de participantes originários de diferentes condições de vulnerabilidade social. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado.

O registro dos dados empíricos foi feito pela gravação das falas de cada grupo. A etapa da análise foi iniciada pelas transcrições das gravações, seguida por uma leitura exaustiva do material transcrito. A seguir, foram definidas categorias analíticas geradas pela articulação dos pressupostos da teoria condutora do estudo com os dados empíricos coletados e, assim, prosseguiu-se com a análise, realizada por um movimento incessante entre as fontes empíricas e teóricas, característico do método hermenêutico-dialético descrito por Minayo.⁴

Para esta análise houve a participação de homens de quatro faixas etárias: grupo A – 11 a 14 anos; grupo B – 15 a 25 anos; grupo C – 25 a 36 anos; e grupo D – acima de 60 anos. Os temas dos grupos focais foram: o que é violência; o que é ser homem; percepção sobre as mulheres e a violência contra elas; as violências vivenciadas por homens e mulheres; fatores desencadeantes de violência; estratégias para enfrentar e prevenir a violência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Violência

Observou-se diversidade entre as faixas etárias na definição do que é a violência. O grupo A (11 a 14 anos) relatou a violência como agressão física e abuso sexual. Além disso, foi discutida a transgressão de normas e violência verbal. Para o grupo B (15 a 25 anos), a violência foi apresentada como agressão física, em algum momento como não intencional, por exemplo, pelo abuso de drogas. Ainda, como uma ação utilizando força e também se enfatizou a violência verbal e intrafamiliar, especialmente entre pai e filho.

Uma coisa dentro de casa no dia a dia é uma violência, pai com filho, filho com pai, violência é várias coisas.

O grupo C (25 a 36 anos) caracterizou a violência como originária das relações interpessoais, especialmente contra a mulher, sendo física, verbal ou psicológica, ou seja, tudo que impede o exercício dos direitos. Há uma tendência a descrever as violências mais graves (morte ou pronto atendimento). O grupo D (acima de 60 anos) conceitua a violência como falta de segurança e deficiência nos serviços de saúde. Destacou-se a violência institucional do setor saúde,

sendo que a falta de investimentos na área leva a uma oferta deficiente e falta de acesso da pessoa idosa ao sistema de saúde.³

Tem muita na região. Drogas, assaltos. Falta de investimento na saúde.

Ser homem

Houve variações entre os grupos no autorrelato do “ser homem”. O grupo A descreve o homem com bons sentimentos ou que tenha formação de nível superior. O grupo B refere-se ao homem como forte e tem que esconder seus sentimentos de sofrimento. No grupo C o homem é referido como responsável pela família, compartilhando tarefas domésticas e sendo modelo para os filhos. Para o idoso do grupo D, o homem deve ser religioso e cuidar da família e dos negócios com honestidade e respeito.

Faculdade. Respeito. Trabalhar. Ser carinhoso, honesto, educado, bom. Responsabilidade, dar um exemplo bom para os filhos.

Percepção sobre as mulheres e a violência contra elas

A percepção da mulher e o motivo por que elas são vítimas de violência mostrou-se de forma homogênea nos quatro grupos analisados. De modo geral os homens participantes acreditam na independência feminina, mas atribuem a violência cometida contra as mulheres à consequência dos atos e atitudes das mesmas.

As mulheres andando quase peladas na rua você não pode nem olhar elas, porque está mexendo. O pior é que tem mulher que merece apanhar.

Relatando a violência contra mulheres, Caldas e Gessolo⁵ citam que, independentemente da ação, a violação dos direitos das mulheres é exercida pelos homens em resposta a uma ameaça fictícia à sua masculinidade (identidade). A ideia também é que as mulheres querem se igualar aos homens e por isso se expõem a violências.

[...] A namorada dele tava ficando com o primo dele, aí ele pegou os dois de porrada. Tem que matar não, mas dependendo do caso.

Alguns estudos demonstram a importância do papel provedor do homem na ordem doméstica. O desemprego configura-se desse modo como uma vivência de impotência, refletindo negativamente na virilidade.⁶

Igual o cara que o filho saiu pra trabalhar em São Paulo, ficou três meses fora, aí o pai ficou cuidando da nora, e o pai tomou a mulher do filho porque o cara não deu conta do recado.

Outro ponto relevante é que em muitos casos a violência tem caráter punitivo a algum tipo de traição. Vários depoimentos reforçam esse tipo de pensamento nos homens. A violência de gênero ocorre no ambiente intrafamiliar e na participação social da mulher.⁷ Porém, o trabalho da mulher aparece somente como contribuição para o orçamento doméstico.

Antes o homem queria segurar a onda em casa sozinho. Hoje não... ela tem que me ajudar.

As violências vivenciadas por homens e mulheres

Dados recentemente publicados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar⁸ com estudantes do 9º ano do ensino fundamental de todo o país e estatística da Organização Mundial da Saúde⁹ demonstram que metade dos escolares (50,8%) frequenta escolas situadas em áreas de risco em termos de violência. Assim, o grupo A relatou situação análoga em relação às vivências de violência. Em relação a participar de eventos violentos, esse grupo ainda descreve episódios de violência intrafamiliar, como pai batendo em filho, briga entre irmãos.

Em casa, minha irmã apanhou. Nós dois brigamos [irmãos] e quando ele começa a me irritar eu começo a bater nele e ele me bate. Mas que pai que não bate? Não tem pai que não bate não.

Sobre ter cometido violência, a maioria afirmou já ter praticado algum ato violento, mas alguns declararam que o fizeram apenas em resposta a provocações.

Eu já bati. A gente não quer brigar, mas os meninos ficam: “vem brigar, você é mulherzinha”.

Quanto ao envolvimento de homens e mulheres em violência, o grupo A tem a percepção de que o tipo de violência em que ambos se envolvem de maneira semelhante é por meio da criminalidade, da prostituição e por causa das drogas. Apesar de perceber que tanto homens quanto mulheres participam de situações perigosas, expressam sua visão de que muitas vezes os homens ficam mais expostos à violência por causa da exigência a que são submetidos em seu papel masculino e que as mulheres lidam melhor com o confronto violento.

Tem mulher que vende o corpo por dinheiro e depois vai lá e mata o homem. Prostituição ganha dinheiro fácil. Como ele é homem ele tem que cuidar de tudo, aí muita violência. A mulher é mais encostada, mais calma e os homens agressivos. A mulher tem mais controle sobre ela.

O grupo B fez referência a envolvimento em violência interpessoal, entre irmãos e com pessoas desconhecidas, esta última por perda de controle.

Já dei paulada no meu irmão. Às vezes a gente tá errado, mas não se dá conta. A gente acaba se desesperando.

Os participantes do grupo C relataram discriminação e preconceito devido à condição socioeconômica, aparência e ao pertencimento territorial.

Falam que é traficante por morar no bairro. O cara rala o tempo todo, tudo pra poder comprar um carro, e o pessoal: “esse cara tá roubando”.

Esse grupo também pontuou experiências de violência por meio da ação policial. Sobre o envolvimento das mulheres com a violência, o grupo C também acredita que elas estão agindo de forma similar aos homens, com a diferença de que percebem que em alguns casos, como ciúmes e traição, estão agindo de forma até mais agressiva.

Tem mulher mais brava que o homem, as mulheres são até mais violentas... Tem mulher que não aceita traição de jeito nenhum.

O grupo D já descreve que as mulheres são até mais violentas, mas usando algum tipo de estratégia em que ela agride de forma mais sutil, sem agressão física.

A gente que é casado sabe, a mulher não põe a mão, mas ela tem uma maneira de praticar violência com o marido, sem agressão física.

Discussão, briga entre alunos, entre aluno e professor e entre as mulheres dentro da escola foram experiências que tanto o grupo A quanto o B expuseram.

Na escola. No colégio. Perto de casa [...] o professor [...] na sala como não conseguiu expulsar ele da escola aí tentou matar ele. Cortam o cabelo das meninas na minha escola.

Em geral, relatam que o distrito apresenta-se como uma região bastante vulnerável em relação ao nível de violência, todos os grupos relataram ter presenciado episódios com morte e assalto.

Fatores desencadeantes de violência

Os grupos entrevistados atribuem a ocorrência de violência a diversos fatores, tanto políticos e sociais – a exemplo do desemprego, desigualdades sociais e uso de drogas – quanto familiares ou interpessoais – como o ciúme. A maioria dos grupos citou o desemprego como fator que predispõe os indivíduos às situações de violência, de acordo com os seguintes depoimentos. Houve associação da situação de desemprego e criminalidade. Esse entendimento é corroborado por autores que demonstram o aumento da violência em períodos de recessão econômica, especialmente a classe trabalhadora urbana, que sofre com a falta oportunidades de empregos e diminuição de salários.¹⁰

Se não arrumar emprego, o que fazer? Roubar, traficar?

Os entrevistados indicaram a situação de desemprego como gerador de criminalidade. A desigualdade social foi citada de forma mais direta nos grupos B, C e D.

[...] O cara estuda para fazer um concurso público, o cara vai disputar com gente que já fez faculdade, estudou em escola particular, então a chance dele é bem maior. [...] Quando a gente fala de violência, fala de problemas sociais.

Outro fator muito citado entre os grupos A, B e C foi de que o uso de drogas gera violência. De acordo com Laranjeira *et al.*¹¹, a violência, muitas vezes, está

ligada está ligada ao uso de bebida alcoólica. O fator ciúme também esteve presente nos discursos dos grupos A e C, como estimulador da violência.

Estratégias para enfrentar e prevenir a violência

Na visão dos entrevistados, é possível prevenir e combater a violência de diversas formas. O grupo A apresentou como estratégias a ajuda dos pais; o poder da polícia e da religião; ou ainda apenas evitar brigas, mau comportamento; ou ter mais respeito pelas pessoas.

Chama os pais. Chama a polícia pra dar um jeito... Talvez se tivesse polícia na escola. Ir mais na igreja. Evitar as discussões.

No entanto, de forma mais elaborada percebem que muitos estão enfrentando a violência com mais violência, reconhecendo que enfrentar a violência dessa forma só causa mais violência, gerando um círculo vicioso de perpetuação da violência nas relações sociais.

Eles não estão enfrentando a violência, a violência gera mais violência.

Em seu estudo, Murta¹² afirma que abordar o manejo de emoções e o pensamento crítico acerca dos papéis de sexo ganha sentido, tendo em vista que os estereótipos de papéis de sexo masculino e feminino encerram diversos tabus quanto ao reconhecimento e à expressão de emoções para homens e mulheres. Nesse sentido, o grupo B acredita que atividades que propiciem contato com pessoas diferentes de seu meio podem ajudar a adquirir mais conhecimento e, conseqüentemente, mais sabedoria para enfrentar e superar a violência.

Adquirir mais conhecimento e conhecimento é sabedoria, dependendo da idade você tem mais sabedoria. [...] É bom ter diálogo com alguém.

Demonstrando a função paterna como figura importante na estruturação da *psique* humana e na construção da personalidade das crianças, Benczik¹³ cita a interação entre pai e filho no desenvolvimento cognitivo e social da criança. O grupo D também entende que dialogar com os filhos ajuda a evitar a violência, assim como investir nas pessoas e na família.

Você se espelha no seu pai. Se seu pai é um bebum, você vai querer ser igual. Acho que nós, nossa família, todos, somos comparados com uma planta, a planta cresce e dá uma flor bonita.

O grupo C aposta no diálogo antes que a violência aconteça. Ou, ainda, como acreditam os homens do grupo A, evitar o envolvimento em eventos violentos, principalmente ao considerar a região onde vivem. Acreditam também que o ser humano é naturalmente violento e por isso precisa de “governo”.

Eu sei que eu moro num lugar perigoso. Até dentro de casa tá perigoso. [...] A questão de violência, eu observo muito que a violência está no ser humano, mas todo ser humano precisa de um bom governo.

De maneira semelhante, os grupos B, C e D apresentaram percepções mais elaboradas sobre o enfrentamento e prevenção da violência e as relacionam às questões sociais. Entendem que investir na educação de qualidade e criar políticas sociais para os jovens e adolescentes e mais oportunidades de emprego podem contribuir para diminuir a violência.

Escola. Mais emprego. Porque o desemprego gera violência. Se tivesse atividade pra ocupar todo, mundo um curso.

O grupo E, formado por homens acima de 60 anos, mostrou uma visão mais conformada diante das dificuldades apresentadas pelo fenômeno da violência. O idoso, para lidar com as limitações da idade e as conseqüentes vulnerabilidades a que está sujeito pode adotar uma atitude místico-religiosa, assumindo uma postura conformista.¹⁴ Apresentaram desta forma como únicas alternativas de enfrentamento uma polícia competente, a provisão divina, Deus, ou evitar situações perigosas adotando horários para sair de casa e voltar.

CONCLUSÕES

Nossos achados sobre violência são corroborados pela literatura internacional que evidencia que a temática mais frequente é sobre a violência global centrada na violência física.^{5,15} Ressalta-se que para entender os fatores associados à violência, torna-se imprescindível avaliar aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais, entre outros.

Outra categoria que se destacou foi o uso de drogas, especialmente o álcool, como fator associado à

violência. O abuso de álcool tornou-se uma variável fundamental no estudo da violência interpessoal, tanto para a pessoa que é vítima quanto para a agressora. Dessa forma, é possível supor que políticas públicas que estimulem a redução de consumo de álcool possam beneficiar a prevenção da violência.

Nas estratégias de prevenção destacou-se a família como apoio e, ainda, o diálogo e as políticas públicas aumentando as oportunidades para a população masculina jovem ter chances de afastar-se de situações de violência. Nesse contexto, Melo e Campos¹⁶ reconheceram as famílias como espaços de igualdade, individualidade e afetividade. Ainda, a maturidade que vem com a idade e o conhecimento foram relatados como fatores positivos de prevenção da violência.

É possível prevenir a violência e as evidências mostram desde ações individuais e comunitárias até políticas públicas e governamentais⁹. Todos nós somos responsáveis por tornar os ambientes mais seguros para os nossos jovens.

REFERÊNCIAS

1. Chauí M. Ética e violência no Brasil. *Rev Centro Univ São Camilo*. 2011; 5(4): 378-83.
2. Waiselfisz JJ. O mapa da violência II. Os jovens do Brasil. Brasília: Unesco; 2000.
3. Gomes R, Minayo MCS, Silva CFR. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Souza ER, Minayo MCS, organizadores. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; (17): 621-6.
5. Caldas JMP, Gessolo KM. Violencia de género: nuevas realidades y nuevos retos. *Saúde Soc*. 2008; 17(3): 161-70.
6. Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo Perspec*. 1999; 13(4): 82-91.
7. Souza SR. Comentários à lei de combate à violência contra a mulher. Curitiba: Juruá; 2007.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Brasília: IBGE; 2015.
9. World Health Organization. *Global Status Report on Violence Prevention*. Genebra: WHO; 2014.
10. Ayres RL. *Crime and violence as development issues in Latin America and the Caribbean*. Washington: Latin American and Caribbean Studies; 1998.
11. Laranjeira R, Duailibi SM, Pinsky I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(3): 176-7.
12. Murta SG, Santos BRP, Nobre LA, Araújo IF, Miranda AAV, Rodrigues IO, et al. Prevenção à violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicol USP* 2013; 24(2): 263-88.
13. Benczik EBPA. Importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Rev Psicopedagogia*. 2011; 28(85): 67-75.
14. Battini E, Maciel EM, Finato MSS. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Estud Psicol*. 2006; 23(4): 455-62.
15. Souza ER, Minayo MCS, organizadores. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Melo ZM, Campos ZDP. Família na contemporaneidade: danos da violência. Recife: Bagaço; 2004.

A percepção de familiares de idosos frágeis sobre grupos de cuidadores na atenção primária à saúde

The perception of frail elderly families about groups of caregivers in primary health care

Paula Ferreira Chacon¹, Karla Cristina Giacomin¹, Mônica de Assis Fontes Silva¹, Patricia Guimaraens Ferreira¹, Elizabeth Costa Dias²

RESUMO

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil
² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção de Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: o envelhecimento populacional desafia a saúde pública a prestar cuidados a idosos frágeis. **Objetivo:** este estudo buscou compreender a percepção do cuidador familiar de idosos sobre o cuidado, considerando sua participação no Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil da Prefeitura de Belo Horizonte-MG. **Metodologia:** estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, que utilizou questionário estruturado e entrevistas semiestruturadas para traçar o perfil dos participantes e compreender sua percepção sobre a participação no projeto. **Resultados:** participaram 37 cuidadores dos quais 14 foram entrevistados; 94,6% mulheres com média de idade de 59 ± 13 anos; renda familiar entre dois e três salários mínimos; 75% residiam próximo ou com o idoso e cuidavam sozinhos. Segundo os relatos, 62,2% não saíam de casa e 18,9% abandonaram o trabalho. Os entrevistados consideraram que o grupo contribuiu para mudar positivamente o cuidado do outro e de si, favorecendo o vínculo com o serviço de saúde. **Conclusão:** grupos de cuidadores informais previstos na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa devem ser incentivados na atenção primária.

Palavras-chave: Idoso; Cuidadores; Grupos de Autoajuda; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Population aging challenges public health to care for frail older people. **Objective:** This study aimed to understand the perception of the family caregiver of fragile elderly on the care and on their participation on the Qualification Caring for Fragile Elderly Project of Belo Horizonte (MG). **Methodology:** descriptive exploratory study with a quantitative and qualitative approach used structured questionnaire and semi-structured interviews to know the participants profile and understand the perception of their participation in the Project. **Results:** 37 caregivers participated; 14 were interviewed. Women were 94.6%; mean age 59 ± 13 years; family income between 2 and 3 minimum wages (51.4%); living close to or with the elderly (over 75%). The caregiver was a family member, who cared alone. Care means fulfil needs of the elderly. It evokes several feelings and restricts caregiver's lives: 62.2% didn't leave home; 18.9% left work. Respondents felt that participating on groups contributed to change positively caring of the other and of itself, favoring the relationship with the health service. **Conclusion:** informal caregiver groups defined by National Politics for the Elderly should be encouraged in primary care.

Key words: Aged; Caregiver; Self-help Groups; Primary Health Care.

Instituição:
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Paula Ferreira Chacon
E-mail: paulafricanon@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro, acelerado e intenso, desafia o setor de saúde¹ a cuidar de 25 milhões de idosos (60 anos e mais), entre os quais 15,6% com algum grau de incapacidade funcional² que demandam cuidados de um cuidador.^{3,4}

Para apoiar o cuidador familiar de pessoas idosas frágeis, qualificar e humanizar o cuidado no domicílio, a Prefeitura de Belo Horizonte implantou, em 2009, o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF), com apoio do Ministério da Saúde. Tal projeto visa capacitar os profissionais da atenção primária e de outros níveis de atenção e criar grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nas unidades básicas de saúde (UBS)⁵, contribuindo para a mudança de atitudes e aquisição de habilidades no cuidado da pessoa idosa e no autocuidado.⁶ Em 2011, instituiu o Programa Maior Cuidado, para evitar hospitalizações e institucionalizações das pessoas idosas, contratando cuidadores formais que colaboram com o cuidador familiar em determinadas tarefas, inclusive sua participação nos grupos do PQCIF.⁷

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção do cuidador familiar de idosos frágeis sobre o cuidado a partir de sua participação nos grupos instituídos pelo PQCIF.

METODOLOGIA

Este estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, investigou a percepção de cuidadores familiares que participaram dos grupos promovidos pelo PQCIF, no ano de 2013, em Belo Horizonte. O município conta com 299.572 mil idosos⁸ assistidos em 147 UBS, por 583 equipes de saúde da família, com cobertura de 83% do território.^{8,9}

O perfil dos participantes foi investigado a partir de 30 questões selecionadas do questionário estruturado do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)¹⁰ sobre características e aspectos do cuidador a saber: a) aspectos sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade, local de moradia, vínculo de parentesco com a pessoa cuidada e religião; b) condição de trabalho: atual; se parou de trabalhar para cuidar; se contribui para previdência; c) informações sobre o cuidado: tempo gasto, apoio da família e formação específica; d) atividades sociais, produtivas

e de lazer do cuidador. Para padronização e melhor domínio do instrumento pela pesquisadora foi realizado pré-teste com cuidadores familiares que participaram do PQCIF antes de 2013.

Os cuidadores elegíveis para o estudo foram identificados nas listas de presença e selecionados conforme critérios de inclusão: permanecer cuidador familiar de idoso e estar em condições de responder ao questionário, respeitando-se a multivocalidade quanto a sexo, idade, parentesco com a pessoa cuidada, local de moradia, tempo de cuidado e território. Foram critérios de exclusão: óbito da pessoa idosa; ser cuidador formal ou profissional da UBS; residir fora da área de abrangência da UBS; não ser localizado ou não aceitar participar. Os dados obtidos na etapa quantitativa foram organizados em banco de dados e o *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 18.0, utilizado para os procedimentos estatísticos, cálculo da frequência, medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

Na etapa qualitativa, investigou-se a percepção dos cuidadores sobre o cuidado e sua participação nos grupos, por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado sobre: a) como se sente cuidando de alguém idoso?; b) o que é cuidar?; c) a participação no grupo. A aplicação do questionário e a entrevista foram realizadas na UBS ou no domicílio, conforme escolha do cuidador. O número de entrevistas foi definido segundo o critério de saturação.¹¹ As entrevistas, gravadas e transcritas pela pesquisadora, duraram em média 30 minutos. Para garantir o anonimato, o cuidador foi identificado, respectivamente, pelo sexo (letras M para mulher e H para homem), número de ordem da entrevista, idade e estado civil. Os dados qualitativos foram analisados segundo o método proposto por Bardin¹² em três etapas: a) pré-análise, na qual se buscou sistematizar as ideias e impressões iniciais; b) exploração do material com leitura atenta das entrevistas, visando identificar as categorias analíticas; c) tratamento e interpretação dos resultados.

Esta pesquisa é parte do projeto “Estudo do Processo de Desenvolvimento do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil em Belo Horizonte-MG”, aprovado pelos Comitês de Ética em pesquisa da UFMG e da Prefeitura de Belo Horizonte (CAAE 325882147300015140) em 17.10.2014. Os cuidadores que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário foi respondido por 37 cuidadores familiares, cujos resultados estão apresentados na Tabela 1. No universo pesquisado, o perfil sociodemográfico encontrado assemelha-se a outros descritos na literatura brasileira^{10,13} e internacional.^{14,15} O grupo é formado majoritariamente por mulheres, com média de idade de 59 anos (\pm 13 anos), sendo a faixa etária predominante acima de 60 anos. A maior presença feminina decorre de normas e valores culturais vigentes na sociedade, segundo os quais a mulher geralmente é a cuidadora do lar, do cõnjuge, dos filhos e mais tarde de seus pais.³

Quanto à escolaridade, 75,6% dos cuidadores pesquisados tinham quatro a oito anos de estudo e se consideravam capazes de ler um recado (89,2%), o que difere do estudo cubano cujos participantes possuíam ensino médio completo¹⁶ e de um estudo realizado na Bahia cujos cuidadores tinham escolaridade mais baixa.¹⁷ Quanto à renda familiar, diferindo dos cuidadores pesquisados por Anjos *et al.*¹⁷, a maioria recebia dois a três salários mínimos e 75,7% deles tinham renda própria. Destes, 48,6% não exerciam ocupação formal e 35,1% estavam aposentados (dados não apresentados). Muitas vezes a atividade de cuidar leva à restrição da jornada de trabalho ou ao abandono do trabalho formal¹⁸, conforme observado em 18,9% dos cuidadores entrevistados. E, destes, 67,6% não estavam contribuindo para a previdência social. Em estudo italiano, 80% dos cuidadores familiares eram mulheres, entre 25 e 49 anos e estavam fora do mercado de trabalho em consequência da tarefa de cuidar.¹⁴

No grupo pesquisado, mais de 75% dos cuidadores residiam em casa própria, com a pessoa idosa ou próximo dela, e apenas uma minoria morava sozinha, confirmando o estudo SABE brasileiro.¹⁰

Quanto à religião – uma importante estratégia de enfrentamento para lidar com problemas relativos ao cuidado –, predominou o cristianismo (59,5% católicos; 32,4% evangélicos), o espiritismo (2,7%) e 5,4% não tinham religião. Por vezes, a fé revela a falta de alternativas e de apoio das políticas públicas³ e o familiar sente-se responsável pelo cuidado ao idoso nas 24 horas (45,9%) do dia. Em Portugal, esse tempo era permanente e por muitas horas, observando-se limitações na vida cotidiana, na saúde e no bem-estar do cuidador.¹⁵ O caráter crônico do cuidar repercute na condição física e psicológica de quem cuida, especialmente se ele(a) também é idoso(a).¹³

Tabela 1 - Características sociodemográficas de cuidadores de idosos (n=37) (Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil- BH/MG – 2014)

Características sociodemográficas	%
Sexo	
Masculino	5,4
Feminino	94,6
Faixa etária (anos)	
< 50	29,8
51-59	21,6
60-69	32,4
70 ou +	16,2
Estado conjugal	
Solteiro	35,1
Casado/amasiado	32,4
Separado/desquitado/divorciado	16,2
Viúvo	16,2
Anos completos de escolaridade	
0	10,8
De 1 a 3	13,5
De 4 a 7	37,8
Mais de 8	37,8
Renda própria do cuidador	
Sim	75,7
Não	24,3
Renda domiciliar mensal (em salários mínimos da época)	
1	18,9
2 a 3	51,4
4 e 5	18,9
> 5	8,1
Local de moradia	
Junto com o idoso	70,3
Próximo do idoso	24,3
Distante do idoso	5,4
Tipo de arranjo familiar (número de pessoas no domicílio do cuidador)	
Mora sozinho	5,4
2 pessoas	24,3
3 a 4 pessoas	45,9
5 ou + pessoas	24,3
Grau de parentesco com a pessoa idosa cuidada	
Cônjuge/companheiro	10,8
Filho/enteado	62,2
Irmão	10,8
Genro/nora	8,1
Outro familiar	8,1

Fonte: as autoras.

Exceto por uma entrevistada de 88 anos que cuida dos irmãos há pelo menos 70 anos, o tempo na condição de cuidador variou de um a 26 anos. Apesar disso, quase todos (97,3%) admitiram não terem preparo para a tarefa, confirmando as observações de Caldas¹⁹ e Anjos *et al.*¹⁷, que também constataram a ausência de preparo dos cuidadores familiares.

Ademais, o cuidado impõe a esses cuidadores limitações para realizar atividades relativas a convívio social e familiar, lazer e cuidado de si. Na Tabela 2 estão apresentadas as atividades realizadas por eles.

Tabela 2 - Atividades sociais, produtivas e de lazer realizadas pelos cuidadores familiares (n=37) (Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil-BH/MG – 2014)

Atividades sociais, produtivas e de lazer da vida diária	Sim (%)	Não (%)
Mantém contato com outras pessoas por telefone ou outros meios	89,2	10,8
Visita amigos ou familiares com frequência	48,6	51,4
Convida outras pessoas para virem à sua casa	86,5	13,5
Sai com outras pessoas para lugares públicos (praças, bares, etc.)	37,8	62,2
Cuida ou provê assistência a outras pessoas	51,4	48,6
Trabalha como voluntário	13,5	86,5
Participa de atividades sociais organizadas (clube, grupos religiosos, de convivência ou terceira idade)	40,5	59,5
Participa de associações civis, conselhos, lideranças comunitárias, partidos políticos	5,4	94,6
Costuma se reunir com seus colegas/amigos para se divertir	48,6	51,4
Faz trabalhos manuais	24,3	75,7

Fonte: as autoras.

Os resultados mostram que atividades sociais, produtivas e de lazer, que exigem a saída dos cuidadores, são realizadas por apenas 40,5% deles, demonstrando que o cuidado interfere no convívio social. Quanto aos motivos alegados pelos entrevistados para não exercerem tais atividades, foram citados: a sobrecarga (34,0%), a falta de interesse (23,9%) que advém de laços sociais e familiares fragilizados (18%) e não ter com quem deixar a pessoa idosa (14,9%), além de problemas de saúde do cuidador (4,3%), não se sentir à vontade para participar (3,5%), falta de oportunidade e de recursos financeiros (1,4%). Esse achado concorda com o de outros estudos nos quais cuidadores afirmam não participar de atividades sociais porque dedicam a maior parte de seu tempo aos cuidados com seu familiar ou pela falta de apoio para cuidar,^{18,20} resultando em isolamento social e

conflitos familiares.¹⁸ Na maioria das vezes, a família e os amigos não percebem a necessidade de apoio ao cuidador, não entendem as mudanças ocorridas com a pessoa idosa e se afastam,²⁰ o que aumenta o sentimento de solidão de quem cuida.

Foram entrevistados 12 mulheres e dois homens com idades entre 37 e 88 anos. Eram casados sete cuidadores, quatro eram solteiros, dois separados e um viúvo. Apenas três não residiam com a pessoa idosa. A maioria cuidava dos pais, quatro dos cônjuges, dois de irmãos e uma mulher de sua sogra. Uma entrevistada precisou parar de trabalhar para cuidar do marido.

A transcrição e leitura atenta das entrevistas permitiram fragmentá-las²¹ em 27 unidades de significado relacionadas ao cuidado. A análise de conteúdo focalizou categorias que versavam sobre: a) a pessoa de quem cuida; o que é cuidar; efeitos decorrentes do cuidado na vida e na saúde do cuidador; b) a avaliação sobre a participação no grupo; c) sugestões para grupos futuros. Da análise final, após a interação entre as categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente, emergiram duas categorias temáticas: “o que é cuidar” e “a percepção sobre o grupo de cuidadores”.

“O que é cuidar”

Nesta categoria os entrevistados relataram o significado do cuidado, como se sentem cuidando e por que cuidam. O cuidado é definido em atitudes e sentimentos como “amor”, “atenção”, “preocupação”, “dedicação”, “parceria”, “oração”, “gentileza”, “oportunidade”, “responsabilidade”, “não maltratar”, “dar remédio e comida na hora certa”, “prazer”, “obrigação”, “missão”. A cuidadora mais velha do grupo vê no cuidado o sentido para sua vida e sintetiza: “Muito feliz. Muito feliz mesmo. Só alegria” (M1, 88 anos, solteira). Cuidadores portugueses também percebem o cuidado como algo que traz dignidade, satisfação e gratidão da família.¹⁵ Para o homem cuidador, cuidar inclui as tarefas domésticas, o que difere de pesquisa realizada por Silveira *et al.*²², cujos participantes cuidam em “retribuição”, por “obrigação” e para “suprir necessidades” do familiar idoso, sem, contudo, incluir as atividades domésticas.

O acúmulo de tarefas e responsabilidades do cuidado modifica a vida dos entrevistados. Essa constatação, já verificada na etapa quantitativa (Tabela 2), traduz-se nas narrativas por termos como: “cansada”,

“doente”, “não contar com ajuda de outros familiares”, “ter saído do trabalho”, “não tenho companhia”; “nem sempre estou disponível”; “não conheço pessoas”, “não sou chamada para sair”. Esse isolamento social e as mudanças na relação familiar e no círculo de amizades repercutem negativamente na saúde do cuidador.¹³ Embora todos os entrevistados utilizassem expressões positivas como “sentir bem”, “ser útil”, “dever cumprido”, “cuidar por amor” e “oportunidade de aproximação com a pessoa idosa”, descreveram-se como “impacientes”, “fatigadas” e “presas” pelo cuidado e expressam sentimentos variados, conflituosos e ambíguos. Ao falar sobre quem cuidam, realçaram características negativas, tais como “teimosa”, “ranzinza”, “nervoso” ou infantilizadas – “é como se fosse uma criança”, “igual ao feto”.

Essa experiência heterogênea, influenciada por valores culturais e muitas vezes não escolhida ou esperada, pode se dar de diferentes formas e despertar sentimentos múltiplos no cuidador^{3,23}, pois a qualidade do relacionamento familiar influi na forma de cuidar. Conflitos, desarmonia e incompatibilidade de valores comprometem a qualidade do cuidado e desafiam a obrigação imposta pela legislação de que o cuidado seria responsabilidade, em primeiro lugar, da família.^{4,20}

“A percepção sobre o grupo de cuidadores”

Embora decorrido mais de um ano da realização dos grupos, os cuidadores narraram a atividade em riqueza de detalhes. Elogiaram o horário, tempo de reunião; agenda favorável; atenção e dedicação da equipe; dinâmicas utilizadas. Estudo de revisão sistemática identificou que, à semelhança da metodologia empregada no grupo do PQCIF, atividades variadas, como palestras, relaxamento e discussão de temas, são mais efetivas.²⁴

Na percepção dos entrevistados, o grupo promoveu mudanças na forma de cuidar e no vínculo com o serviço de saúde e ajudou-os de muitas maneiras: “apoio”, “aprendizado”, “aproximação da equipe”, “inclusão”, “valorização”, “socialização”, “troca de experiências”, “segurança”. E permitiu tomar consciência de que: “Eu tenho que ter qualidade de vida para que eu possa acompanhá-la, eu tenho que estar bem comigo. Porque senão eu vou desabar. [...] se você não cuida de você, não consegue cuidar de outra pessoa” (M6, 53 anos, separada).

As cuidadoras entrevistadas, mesmo idosas, continuaram exercendo a tarefa de cuidar, expondo-se a problemas de saúde, desgastes físico e emocional, sobrecarga, além do comprometimento do próprio cuidado,¹³ posto que quando atuam na própria família esquecem de si para cuidar do outro.²⁴ Estudo realizado em São Paulo confirma que atividades de grupo contribuem no manejo da pessoa cuidada, proporcionam bem-estar emocional e social para o cuidador e desenvolvem habilidades para o cuidado que geram segurança e reduzem o risco de adoecimento para ambos – cuidador e pessoa cuidada.²⁵ Na Colômbia, um programa educativo com atividades coletivas de valorização do cuidador familiar e de construção de rede de apoio obteve resultados positivos quanto à sobrecarga e funcionalidade familiar, confirmando a importância do trabalho com grupos de cuidadores.²⁶

Também se reconhecem *mudanças no vínculo com o serviço*, conforme esclarecem estas entrevistadas:

Eu vi portas... que quando precisasse eu podia contar... o curso ajudou muito, porque às vezes o cuidador fica um pouco perdido, cansado, pensando: o que eu vou fazer? (M10, 62anos, solteira).

As pessoas aprendem mais, têm mais conhecimento e vai poupar bastante esse lado [do serviço] (M2, 45 anos, divorciada).

A interação e a cooperação entre profissionais e cuidadores reduzem o trabalho para ambos, que passam a contar com o serviço em suas dificuldades,²⁷ prevenindo a institucionalização da pessoa idosa.²² Os entrevistados reconheceram o valor da experiência coletiva de aprendizagem e apresentaram sugestões para a continuidade e aprimoramento dos grupos. Sugeriram o estabelecimento de efetiva parceria com o programa Maior Cuidado²⁷, para viabilizar sua participação.

Esta pesquisa confirma que ser cuidador de uma pessoa idosa frágil envolve múltiplas atividades e responsabilidades, perpassando por características de sexo, idade, escolaridade, condições socioeconômicas e culturais, que precisam ser consideradas na atenção primária.

Quanto às limitações deste estudo, cabe ressaltar que a coleta dos dados foi realizada um ano após a participação dos cuidadores nos grupos, o que pode favorecer um viés de memória. Apesar disso, todos os

cuidadores familiares localizados aceitaram participar, demonstrando bastante segurança nas informações, espontaneidade e interesse nas respostas.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou, em ambas as etapas, quanti e qualitativa, que, embora os cuidadores se declarem satisfeitos com a tarefa de cuidar, a sua inserção social, o lazer e a convivência com amigos e familiares ficam comprometidos. Faltam informações, suporte emocional e rede de apoio que possam amenizar a sobrecarga, a solidão e o despreparo para o cuidado. A religião aparece como estratégia de enfrentamento dessa dificuldade no cuidar.

Na percepção dos cuidadores, os grupos do PQ-CIF na atenção primária abrem portas para o serviço, fortalecem o vínculo com as equipes e os beneficiam em relação à compreensão do processo de envelhecimento, do cuidado do outro e de si.

Inserir o cuidador no plano de assistência e promoção da saúde da família, dando-lhe visibilidade e valorizando seu papel, é uma das recomendações da PNSPI e integra o escopo da Estratégia de Saúde da Família. Portanto, é fundamental que os gestores promovam grupos de cuidadores familiares na atenção primária, como parte da agenda das equipes no cuidado à população idosa e reconheçam um aliado frágil e até então pouco visível ao serviço: os cuidadores familiares.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB, Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013; 16(2): 385-92.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. [citado em 2016 set. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>.
3. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5): 1509-18.
4. Ministério da Saúde (BR). Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde, 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil;* 2006. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
5. Ferreira PG, Fernandes MTO, Chacon PF, Leopoldino EAM, Giacomini KC. A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção na velhice. In: Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira JM. O coletivo de uma construção: o sistema único de saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Rona; 2012. p.36-38.
6. Lopes LO, Cachioni M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr.* 2012; 61(4):252-61.
7. Sartini CM, Correia AM. Programa maior cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. *Pensar/BH Política Social.* 2012; 3(31): 10-3.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2010. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>.
9. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Índice de vulnerabilidade da saúde 2012. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2013. 24 p.
10. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2): 127-41.
11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(2): 388-94.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006. 223 p.
13. Souza LR, Hanus JS, Dela LLB, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Coletiva.* 2015; 23(2): 140-9.
14. Gluksmann M. Rumo a uma sociologia econômica do trabalho do care: comparando configurações em quatro países europeus. In: Hirata H, Guimarães NA. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Hucitec; 2012. p.63-78.
15. Pimenta GMF, Costa MASM, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3): 609-14.
16. Herrera TDM, Rodríguez SA, García RR, Pérez JD, Echemendía TB, Chang RM, et al. Caracterización del cuidado informal de pacientes dependientes en el policlínico "Héroes de Girón" en 2009. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2012; 28(2): 28-44.
17. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enferm.* 2014; 23(3): 600-8.
18. Fonseca NR, Penna AFG, Soares MPG. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. *Physis.* 2008; 18(4): 727-43.
19. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(3): 733-81.
20. Caldas CPO. Idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra JR CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 51-71.

21. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. São Paulo: Hucitec; 1998.
 22. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8):1629-38.
 23. Néri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: Néri AL, organizador. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2012. p.9-63.
 24. Santos RL, Sousa MFB, Brasil D, Dourado M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Clín*. 2011; 38(4):161-7.
 25. Lopes LO, Cachioni M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(3):443-60.
 26. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev Salud Pública*. 2011; 13(3):458-69.
 27. Sá SPC, Bastos RCS, Alfradique P, Santos IS, Ferreira PÂ, Santana R, *et al*. Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência – atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da Universidade Federal Fluminense. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006; 9(3):101-14.
-

Percepções de alunos sobre mudanças geradas na prática profissional a partir do curso a distância “Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência”

Perceptions of students about changes in their professional practice from the distance course “Integral Attention to Women in Situation of Violence”

Carolina Alves Reynaldo Dias¹, Angela Moreira², Elisane Adriana Santos Rodrigues³, Denise Monteiro de Barros Caixeta⁴, Adriana Perini², Elza Machado de Melo², Victor Hugo Melo²

RESUMO

Este estudo de abordagem qualitativa tem por objetivo identificar mudanças nas perspectivas de profissionais durante o desenvolvimento do curso Atenção Integral à Mulher em Situação de Violência, modalidade de Ensino à Distância (EAD) relacionadas à abordagem à mulher em situação de violência, com duração de 60 horas. A pesquisa foi realizada a partir dos registros oriundos dos discursos obtidos nos fóruns de discussão dos quatro cursos realizados no período entre agosto de 2014 e julho de 2016. Os sujeitos foram 189 alunos. Para a compreensão dos discursos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática e construção das seguintes categorias: mudanças na esfera reflexiva; mudanças na esfera de ação; mudanças na esfera elaborativa. Verificou-se que o curso EAD proporcionou relevante aproximação dos alunos ao tema proposto, promoveu sensibilização, aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades, olhar crítico, capacidade propositiva e de transmissão dos conhecimentos adquiridos. A avaliação realizada demonstrou o potencial do curso EAD para a transformação de práticas e qualificação da assistência aos envolvidos.

Palavras-chave: Violência; Educação Continuada; Violência contra a Mulher.

ABSTRACT

This qualitative study aimed to identify changes in the perspectives of professionals during the development of the course integral care for women in situations of violence, distance learning modality (DL) related to the approach to women in situations of violence, with a duration of 60 hours. The research was carried out based on the records from the speeches obtained in the discussion forums of the 4 courses conducted in the period between August 2014 to July 2016. The subjects were 189 students. To understand the speeches, it was used the technique of thematic content analysis and construction of the following categories: changes in the reflexive sphere; changes in the sphere of action; changes in the elaborative sphere. It was found that the DL course has provided relevant approximation of the students to the proposed theme, promoted awareness, acquisition of knowledge, skills development, critical eye, ability to make proposals and transmission of acquired knowledge. The evaluation showed the potential of DL course for the transformation of practice and qualification of assistance to those involved.

Key words: Violence; Continuing Education; Violence Against Women.

INTRODUÇÃO

O curso de Atualização em Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência – Para Elas, iniciado em agosto de 2014, faz parte do Projeto Para Elas. Por

¹ Centro Universitário Newton Paiva. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Gerente do Centro de Saúde São Bernardo, Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Carolina Alves Reynaldo Dias
E-mail: carolreynaldo@hotmail.com

Elas, Por Eles, Por Nós, de âmbito nacional. Foi estruturado na modalidade de ensino a distância, em que os participantes realizam seus estudos de forma autônoma, guiados pelo material didático disponível na plataforma *Moodle* de ensino-aprendizagem e assessorados por tutores qualificados na área de prevenção da violência. Dividido em três módulos, o curso conta com um fórum de discussão ao final de cada módulo, em que os participantes podem expor suas considerações sobre os materiais estudados. O curso possui ainda um portfólio reflexivo como ferramenta, em que cada participante faz seus registros a partir de resposta a atividades programadas e tem “*feedbacks*” dos tutores. Trabalha com a capacitação de profissionais de todas as regiões do Brasil, que atendem as mulheres em situação de violência, já tendo capacitado 333 profissionais, sendo sua principal pretensão a modificação da visão dos participantes quanto à violência.

Entraves culturais nas diferentes regiões do país fazem com que a violência contra a mulher seja tolerada em diversas situações e muitas vezes não seja reconhecida em todas as suas formas, tanto no âmbito público como no privado.¹ A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, pois tem influência direta na sua saúde e gera consequências que podem ser de caráter imediato, mediato ou em longo prazo.²⁻⁴ Quando nos referimos às vítimas de violência, os danos físicos e os danos psicológicos^{2,4-7} são de extrema importância, sendo de responsabilidade dos profissionais de saúde o tratamento de sequelas, bem como a notificação dos casos identificados.⁸

Estudos mostram que os profissionais se sentem inseguros e mesmo despreparados para atender mulheres em situação de violência e que terminam por realizar uma prática reducionista e biologicista nessa atenção à saúde da mulher.⁹ Para se identificar e diagnosticar os possíveis casos de violência doméstica, é necessário que os profissionais desenvolvam uma escuta qualificada e um olhar treinado, uma vez que esse contato muitas vezes representa a única chance de ajuda para mulheres em situação de violência. A não compreensão da importância dessa atuação pode possibilitar que essa situação seja perpetuada.¹⁰

Dessa forma, a garantia da qualificação dos profissionais para o atendimento às mulheres em situação de violência só ocorrerá caso essa formação seja oferecida, de forma específica, desde os processos de formação acadêmica, ressaltando a importância de que sejam oferecidos aos profissionais espaços para atualizações e capacitações sobre o tema.¹¹

A proposta do curso a distância do Projeto Para Elas segue a orientação do Ministério da Saúde, que acredita na educação permanente dos profissionais como forma inovadora e transformadora das práticas das organizações de saúde.¹² Ao completar o curso, espera-se que o aluno possa aplicar as reflexões e as análises realizadas para propor intervenções e mudanças nos serviços de saúde onde atua.

Este estudo pretende avaliar as possíveis mudanças dos profissionais na abordagem da mulher em situação de violência, a partir de sua capacitação no curso Para Elas, utilizando os relatos desses profissionais registrados nos fóruns de discussão dos quatro cursos realizados nos últimos dois anos.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada sob a análise qualitativa, na qual se utilizaram discursos obtidos nos Fóruns I, II e III de discussão do curso EAD no período de agosto de 2014 a julho de 2016. Os sujeitos foram 189 alunos, uma vez que se optou por analisar os discursos de alunos que preencheram o questionário de avaliação final do curso. Esse recorte permitiu atuar sobre os discursos de sujeitos que realizaram todas as atividades previstas no curso em foco.

No Fórum I, a discussão girou em torno das seguintes proposições “*Vocês leram sobre as teorias de autores clássicos na Unidade I como essas abordagens podem contribuir para a sua prática, para a reflexão e compreensão da violência? Esses autores ajudaram a pensar na superação da violência? Aparentem alternativas e propostas*”.

No Fórum II, os alunos assistiram ao curta-metragem *Vida Maria*^a e relacionaram às discussões provocadas nas Unidades I e II.

No Fórum III, trabalhou-se com a seguinte questão: “*O curso apresentou alguma contribuição para a sua prática?*”. Essa questão era apresentada pelos tutores e supervisão pedagógica e discutida no Fórum da Unidade III – que contém, basicamente, casos clínicos simulados de violência contra a mulher – via plataforma *Moodle*, após o término de todas as atividades.

^a Vida Maria é um filme de direção de Márcio Ramos, produzido por Joelma Ramos e Mário Ramos (VIACG e Trio Filmes. Ceará, 2006) indicado para provocar as discussões no fórum de encerramento da unidade II, em que se faz o contraste entre os direitos adquiridos pela mulheres -verificados ao longo da Unidade Didática - e a realidade de muitas mulheres brasileiras - apresentada no curta metragem de nove minutos.

Para a compreensão dos discursos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática.¹³ Após a leitura flutuante dos registros, buscou-se, de forma intencional, identificar registros que identificassem mudanças nas perspectivas relacionadas à abordagem à mulher em situação de violência após o desenvolvimento dos estudos. Em seguida, partiu-se para a construção de categorias de análise correspondentes.

Este estudo faz parte do Projeto Para Elas. Por Elas, Por Eles, Por Nós, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (Projeto CAAE-14187513.0.0000.5149) em dezembro de 2011 e pelo Fundo Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desdobramento das práticas profissionais a partir do EAD

Na análise dos discursos foram observados diversos desdobramentos ilustrados como mudanças que foram classificadas em três esferas: reflexiva, de ação e elaborativa. Na esfera da reflexão foram inseridos os discursos que estavam voltados para a análise do cotidiano social, político e do trabalho, relacionados às teorias estudadas. Na esfera da ação foram utilizados os discursos que abordam as mudanças reais na prática de trabalho, baseadas nas teorias estudadas. Na esfera elaborativa foram compilados os discursos que indicam o planejamento de ações amplas para o setor saúde, norteados pelas teorias e documentos estudados. Para ilustrar esses desdobramentos, alguns trechos de discursos serão reproduzidos a seguir.

Mudanças na esfera reflexiva

Na análise dos discursos podem-se identificar momentos de reflexão sobre a situação da mulher no contexto atual. Os discursos mostram tanto a identificação da importância de movimentos sociais e de políticas públicas voltadas para a garantia do direito das mulheres, quanto para a relevância da participação das mulheres na vida pública. Os discursos destacam a importância do material estudado para o despertar dessas reflexões, como se pode observar:

O retorno à teoria, às políticas e aos materiais normativos é fundamental já que as mudanças na realidade e em nós mesmos são constantes. Reconhecer essa necessidade é importante – buscar apoio teórico, das equipes com as quais trabalhamos e de outros serviços fortalece nossa prática e, conseqüentemente, o cuidado que podemos construir (M.H.).

Além disso, foi possível detectar situações em que o participante conseguiu avaliar sua conduta prévia no atendimento às mulheres em situação de violência como inadequada, devido à falta de conhecimento técnico, concluindo que a partir da capacitação estará mais qualificado para fazê-lo:

[O curso foi] Muito produtivo e enriquecedor para minha trajetória pessoal e profissional [...] Mesmo já tendo atendido mulheres vítimas de violência e naquele momento ter oferecido o meu esforço em atender de forma respeitosa e sensível, devido à falta de um conhecimento mais amplo sobre toda uma rede de atendimento e proteção à mulher, constato que minha atuação ficou muito restrita à questão técnica (A.M.V.).

A sensibilização de profissionais da saúde para o problema da violência é um grande desafio.⁹ Sendo assim, pode-se verificar que o conhecimento teórico é essencial para embasar uma reflexão sobre a realidade. Discute-se que a identificação da violência depende da mobilização de recursos internos, sensibilidade, habilidade e disponibilidade para ouvir o outro. Além disso, é necessário um intenso investimento para a capacitação profissional.¹⁴

Mudanças na esfera de ação

Entre os discursos analisados, a esfera prática teve grande destaque. Relatos de desenvolvimento de habilidades para acolher, atender, encaminhar e acompanhar a mulher em situação de violência trazem como a participação no curso pode alterar o dia a dia no trabalho. O desejo de transformar a realidade a partir da disseminação de conhecimentos adquiridos e de um olhar mais sensível para identificação da violência foram pontuados em alguns relatos, como no trecho a seguir:

Ser agente de transformação após todo conteúdo oferecido é o meu objetivo. Atender de

maneira integral, humanizada às mulheres vitimadas, oferecendo informação e recursos para lutarem por seus direitos, esses por vezes conquistados com muito sofrimento, é o resumo do que aprendemos a desenvolver aqui, tendo agora em mãos/mente conhecimentos de todas as etapas dos procedimentos adequados ao atender uma mulher em situação de violência (J.M.S.).

A capacitação para o atendimento qualificado, que se traduz nos depoimentos como mudança de atitude na abordagem da violência, faz-se necessária, uma vez que os profissionais de saúde são expostos no seu dia a dia a situações complexas quando o assunto é diagnóstico e enfrentamento à violência.⁹ Dessa forma, as mudanças de comportamento relatadas podem ser ressaltadas como um sinal de sucesso do curso Para Elas, principalmente quando identificado o desejo de multiplicação dos conhecimentos consolidados.

Mudanças na esfera elaborativa

É possível verificar que alguns alunos conseguiram reconhecer pontos críticos referentes ao atendimento de mulher em situação de violência em sua região de atuação. Esse fato foi associado à proposição de soluções para fomentar mudanças relacionadas aos problemas:

Infelizmente, identifiquei algumas lacunas nesses serviços [de atenção à mulher em situação de violência] em minha região, [...] me senti mais encorajada a conversar com responsáveis por esse setor na região e abrir discussões para o que pode ser feito em relação a esses desfalques (I.F.C.).

Fica evidente, também, que o curso foi capaz de permitir um olhar crítico sobre a realidade local, de forma a recuperar ideias e instigar a elaboração de propostas para alterar o fluxo dessas pacientes:

[...] essa discussão suscitou algo que há muito estava engavetado, a reestruturação do fluxo de atendimento das vítimas de violência em nosso serviço [Hospital Regional], a ideia é que possamos interagir com a rede na sequência e assim poder desenhar todo este caminho a ser percorrido (D.G.).

A percepção mais ampla sobre as dificuldades de prover a atenção integral à mulher em situação de

violência, ao entender que a violência é um problema estrutural, é fundamental para fomentar mudanças. Sabe-se que para o planejamento de qualquer ação para grupos específicos, faz-se necessário coletar dados locais com o objetivo de identificar prioridades, direcionar a criação de programas e garantir o monitoramento das ações propostas.¹⁵ Não é possível garantir que os depoimentos examinados reflitam efetivas mudanças das realidades locais. Entretanto, o despertar desse tipo de sentimento mostra o alto potencial de transformação que o Curso Para elas, modalidade EAD, pode impulsionar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacitação dos profissionais para a abordagem da violência se apresenta como uma importante estratégia de qualificação da assistência aos envolvidos nessas situações. Este estudo mostra essa possibilidade ao tratar de uma experiência em formação que aborda o tema de forma ampla, considerando a sensibilização, o desenvolvimento de conceitos, a evolução do problema nas sociedades, a legislação, a discussão de casos, a tomada de decisão e a perspectiva de redes de enfrentamento.

As reflexões provocadas a partir do curso em discussão propiciam o alargamento das perspectivas dos participantes acerca da temática da violência. Isso ocorre no campo da sensibilização, da aquisição de conhecimentos e habilidades, do olhar crítico sobre a realidade e da capacidade propositiva. Além disso, a formação permite que os participantes se reconheçam como capazes de transmitir o conhecimento adquirido, o que provoca um movimento dinâmico e estimulante de mudanças de práticas e posturas diante das situações de violência.

A metodologia do ensino a distância (EAD) é outro fator relacionado ao êxito dessa proposta de capacitação. Tal modalidade permite atingir maior número de profissionais que lidam com a violência em todo o país, consumindo menos quantidade de recursos para seu desenvolvimento do que um curso presencial.

Dessa forma, a experiência apresentada possibilita a efetivação de mudanças no interior dos serviços que lidam cotidianamente com o fenômeno da violência, isto é, nos locais onde o problema se instala e se apresenta como contingente de atuação. É nessa perspectiva que as políticas públicas se efetivam na prática, quando os atores envolvidos se sentem mais

preparados e contextualizados sobre seu propósito de ação em prol da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Sánchez MB, Ruíz PT. Percepción de inseguridad pública y justificación de la violencia de estado en un grupo de habitantes del estado de México: análisis de argumentos. *Acta Col Psicol.* 2011;14(2):35-43.
2. Yehuda R, Hyman SE. The impact of terrorism on brain, and behavior: what we know and what we need to know. *Neuropsychopharmacol.* 2005;30:1773-80.
3. Labronici LM, Fegadoli D, Correa MEC. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(2):401-6.
4. Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Silva JM, Araújo MV. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. *Psicol Soc.* 2013;25(1):90-102.
5. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: OPAS; 2010. p 1-50. [citado em 2011 jun. 03]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/podemos_prevenir_violencia_03_12_2010.pdf
6. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):237-4.
7. Ribeiro WS, Mari JJ, Quintana MI, Dewey ME, Lacko SE, Vilete LMP, *et al.* The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *Plos One.* 2013;8(5).
8. Gonçalves JRL, Carvalho LS, Soares PB, Ferreira PCS, Zuffi FB, Ferreira LA. Perception and conduct of health professionals about domestic violence against the elderly. *J Res Fundam Care.* 2014;6(1):194-202.
9. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(6):1230-40.
10. Riquinho DL, Correia SG. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência Doméstica: um relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006;31(4):301-10.
11. Gonçalves BD, Coelho CMA, Gonçalves SD. Apontamentos sobre atendimento a mulheres em situação de violência. In: Kind L, Batista CB, Gonçalves L. Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde. Belo Horizonte: PUC Minas; 2011. p. 164-85.
12. Oliveira MAN. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(5):20-7.
13. Caregnato RCA, Mutt R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(4):679-84.
14. Baraldi ACP *et al.* Perception and Attitudes of physicians and nurses about violence against women. *Nurs Res Practice.* 2013;22:1-7.
15. Fuertes LF, Mafla AC, López EA. Análisis epidemiológico de trauma maxilofacial en Nariño, Colombia. *Rev CES Odontol.* 2010;23(2):10-9.

Perfil epidemiológico das vítimas de lesões autoinfligidas das mãos contra superfícies de vidro

Epidemiological profile of victims of self-inflicted hand injuries against glass surfaces

Diogo Petroni Caiado Fleury¹, Paulo Roberto da Costa², Leandro Ricardo de Aquino Santos², Larissa Cristina Clementino Lara¹, Andrea Maria Silveira²

RESUMO

¹ Universidade de Rio Verde-UNIRV, Faculdade de Medicina, Rio Verde, GO – Brasil.
² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Belo Horizonte, MG – Brasil.

As lesões autoinfligidas das mãos contra superfícies de vidro (LAIMCSV) são eventos violentos, pouco abordados na literatura nacional e internacional. O objetivo desta pesquisa foi estabelecer o perfil dos casos de LAIMCSV atendidos em um hospital de urgências em Belo Horizonte-MG. Foram estudados os registros médicos de pacientes atendidos entre abril de 2015 e março de 2016 avaliando-se variáveis sociodemográficas e clínicas. Foram identificados 18 pacientes acometidos por lesões autoinfligidas das mãos, ocasionadas por soco em vidro. Os indivíduos mais atingidos são do sexo masculino, com idade média de 30 anos, ativos no mercado de trabalho. A construção civil foi o ramo de atividade mais frequente dos pacientes. A mão dominante foi acometida em 83,3% dos casos. As causas mais frequentes das lesões autoinfligidas foram as brigas familiares (61%). O consumo de álcool esteve presente em 44% dos casos. O compartimento anterior foi atingido em 77,8 % dos pacientes, com acometimento de tendões flexores e de nervos como o mediano e ulnar. Concluiu-se que as lesões autoinfligidas das mãos contra superfícies de vidro são lesões potencialmente graves que impactam negativamente a qualidade de vida do paciente e representam custos elevados para o sistema de seguridade social.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Comportamento Autodestrutivo; Mãos; Vidro; Violência.

ABSTRACT

The self-inflicted lesions of the hands against glass surfaces are violent events, little discussed in the national and international literature. The objective of this study was to establish the profile of these cases treated at an emergency hospital in Belo Horizonte (MG). The medical records of patients treated between April 2015 and March 2016 were studied, evaluating sociodemographic and clinical variables. Eighteen patients were affected by self-inflict lesions of the hands, caused by punching glass. The most affected individuals are males, with an average age of 30 years, active in the labor market. Civil construction was the most frequent economic branch of activity of patients. The dominant hand was affected in 83.3% of the cases. The most frequent cause of self-inflicted injuries was family conflicts (61%). Alcohol consumption was present in 44% of the cases. The anterior compartment was reached in 77.8% of the patients, with involvement of flexor tendons and nerves median and ulnar. It is concluded that the self-inflicted lesions of the hands against glass surfaces are potentially serious lesions that negatively impact the quality of life of the patient and represent high costs for the social security system.

Key words: Wounds And Injuries; Self-Injurious Behavior; Hands; Glass; Violence.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Diogo Petroni Caiado Fleury
E-mail: diogocaiadomed@gmail.com

INTRODUÇÃO

A mão é o segmento corporal responsável por grande parte das atividades cotidianas, por meio da execução de uma infinidade de funções, sendo fundamental que esteja íntegra em seus componentes. Localizadas dentro de uma camada de pele estão estruturas como ossos, músculos, nervos periféricos, ligamentos, tendões e um sistema vascular complexo. Além de dificuldades laborais e de execução das atividades diárias, os traumatismos nas mãos podem interromper projetos de vida e acarretar problemas psicológicos.^{1,2}

Lesões por vidro se apresentam geralmente como feridas incisivas irregulares, com alto potencial de penetração e comprometimento de estruturas profundas. O vidro é um material comum em nossas vidas, não apresenta deformação permanente e devido à sua fragilidade se parte sem sinais precursores quando submetido à tensão crescente.

As lesões autoinfligidas das mãos contra superfícies de vidro (LAIMCSV) ou soco em vidro são atos de violência e se enquadram na categoria causas externas no sistema de Classificação Internacional das Doenças (CID).

São exíguos os estudos nacionais e internacionais referentes ao tema. Este estudo teve como objetivo estabelecer o perfil epidemiológico dos casos de lesões autoinfligidas das mãos contra superfícies de vidro (LAIMCSV) em pacientes atendidos em um hospital de urgências e emergências de Belo Horizonte-MG.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal desenvolvido no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Belo Horizonte-MG. Foram estudados pacientes de ambos os sexos, acometidos por lesões autoinfligidas de mão contra superfícies de vidro (LAIMCSV) decorrentes de socos em vidros, tratados entre abril de 2015 e março de 2016. Foram excluídos do estudo indivíduos com lesões de mão e punho contra vidro não intencionais e demais etiologias. Os dados foram obtidos por meio de consulta aos registros médicos e preenchimento da ficha de avaliação da qual constavam variáveis sociodemográficas e clínicas.

RESULTADOS

Dos 100 pacientes submetidos à cirurgia de mão pelo Serviço de Cirurgia Plástica do HRTN no período estudado, 18 foram vítimas de LAIMCSV.

Verificou-se que mais da metade dos casos de cirurgia de mãos devido a traumas foi decorrente de lesões com vidros (51%), seguido por lesões com lâminas (17%), serras (9%), cerâmicas (4%), por acidentes de trânsito (2%), prensas (2%) e outros (15%) (Figura 1.A).

Foram identificados 18 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão no estudo, sendo 15 indivíduos do sexo masculino e três do sexo feminino.

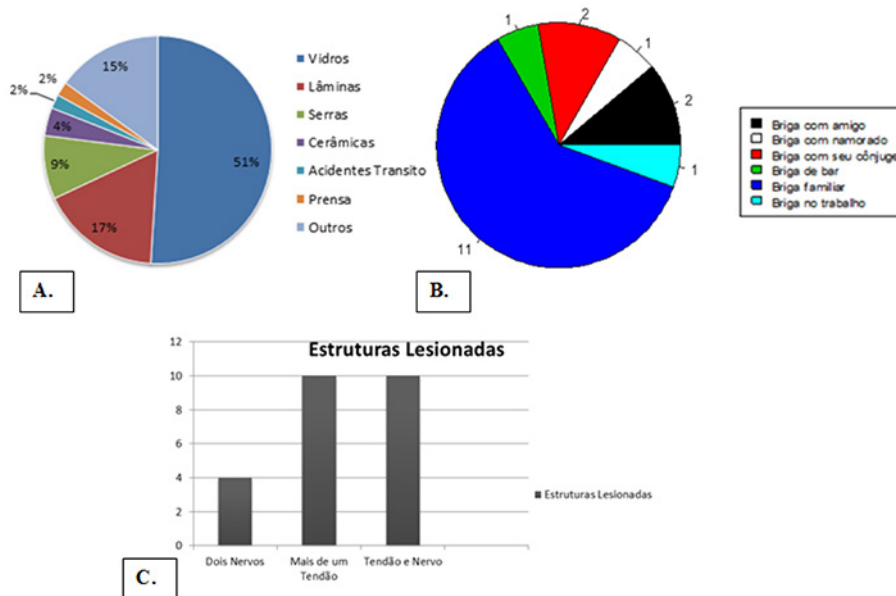


Figura 1 - A. Agente causador das lesões dos casos submetidos à cirurgia da mão – HRTN – Belo Horizonte-MG, 2015-2016; B. Caracterização dos motivos; C. Pacientes com injúrias associadas da mão por vidro – HRTN – Belo Horizonte - MG, 2015-2016.

A idade variou entre 15 e 52 anos (média = 30,28 anos), sendo a maior parte dos pacientes adultos jovens com até 20 anos de idade (33,3%).

A maior parte das vítimas possuía nível fundamental ou médio de escolaridade. Os pacientes que atuavam profissionalmente na construção civil foram os mais acometidos pelas lesões em mãos. Entre as motivações para a ação de desferir “soco” em vidro, destacaram-se as brigas familiares (61,11%). As demais causas foram discussões com amigos (11,11%), com namorado (5,56%), cônjuge (11,11%), briga de bar (5,55%) e desentendimentos no trabalho (5,56%) (Figura 1B).

Verificou-se que o uso de drogas ilícitas não foi um fator presente quando das lesões (11,11%). A análise revelou que oito (44%) dos indivíduos declararam estar sob efeito de álcool no momento do evento.

As lesões ocorreram principalmente na mão dominante (83,33%), sendo o compartimento anterior do antebraço o mais afetado. As lesões mais frequentes foram as tendinosas (94,4%), seguidas pelas lesões neurais (61,11%). Verificou-se que 77,7 % das lesões acometeram tendões flexores e 16,67 % tendões extensores.

De todas as lesões ocorridas na mão, 61,11% tiveram nervos comprometidos, sendo 54,55% referentes ao nervo mediano isoladamente, 36,36% referentes ao nervo mediano e ulnar e 9,09% comprometeram apenas o nervo ulnar.

Dos 11 pacientes acometidos por lesões neurais, 22% apresentaram lesão neural dupla. Foi observada também associação entre lesões neurais e tendinosas em 55,5% dos pacientes e lesão tendinosa múltipla também em 55,5% dos casos (Figura 1C).

A maior parte dos pacientes (55,56%) esperou até sete dias entre o trauma ocorrido e a cirurgia. Percentual menor (33,33%), porém significativo, realizou a cirurgia entre oito e 14 dias. Portanto, quase a totalidade dos casos foi submetida à intervenção cirúrgica dentro do intervalo recomendado pela literatura.

Dos indivíduos, 44,44% não realizaram a fisioterapia, 11,11% o fizeram por até 30 dias e 44,44% seguiram esse tratamento após 30 dias do traumatismo; 12 apresentaram algum tipo de sequela, representando 66,67% da população estudada. As limitações nos movimentos de flexão e extensão, com retrações ou dificuldade de realizar movimentos, estiveram presentes em 75% dos casos, seguidas por dor (66,7%) e parestesia, que acometeu 33,3% dos pacientes.

DISCUSSÃO

As lesões autoinfligidas das mãos contra superfícies de vidro (LAIMCSV), geralmente oriundas do ato de desferir golpes em janelas ou portas, são lesões importantes dentro do espectro de lesões de mãos, embora seja tema pouco explorado pelos pesquisadores.

A média de idade das vítimas de 30,28 anos demonstra que essas lesões atingem predominantemente indivíduos jovens. O sexo masculino também se sobressaiu, revelando talvez um mais envolvimento dos homens com abuso de álcool e mais prática de atos de violência.

Resultados semelhantes foram constatados na literatura analisada. Segundo Gohkan³, a média de idade dos pacientes vítimas de soco em vidro foi de 24,5 anos, sendo 96% do sexo masculino, já Schaefer⁴ encontrou média de 26,3 anos de idade, com 82,4% sendo homens. Bohkari⁵ relata em seu estudo realizado no Reino Unido 90% de vítimas do sexo masculino e média etária de 25 anos. Percebe-se que esse grupo representa uma categoria de pessoas comumente ativas do ponto de vista ocupacional.

Nos casos analisados, a maior parcela dos pacientes tem baixa escolaridade e é composta de trabalhadores braçais ou desempregados, à semelhança do encontrado por Bohkari⁵, o qual verificou que 57% da amostra estudada eram de indivíduos desempregados, número muito semelhante ao encontrado por Gohkan³ (56%) e Sönmez⁶, que verificaram 50% de desempregados.

Em nosso estudo, todos os episódios de trauma foram motivados por crises de nervosismo, geralmente após discussões com pessoas próximas. Número bastante elevado de discussões também foi relatado por Gohkan³ (53%).

O soco em vidro é caracterizado como um ato violento independente do uso ou não de substâncias psicoativas, porém farta literatura ressalta a relação entre a ingestão de drogas e/ou álcool e a violência. Gohkan³ observou que 28% das vítimas fizeram ingestão de álcool previamente aos traumas. Pesquisa realizada na Austrália por Schaefer⁴, em 2015, encontrou essa relação em 76% dos casos.

Estudos sobre trauma de mão mostram mais ocorrência de acidentes na mão direita⁷, com predomínio de acometimento da mão dominante⁸, à semelhança do encontrado nesta pesquisa.

O acometimento predominante do compartimento anterior do antebraço, que contém estruturas no-

bres como os nervos mediano e ulnar, túneis osteofibrosos, grande número de tendões e é o responsável pela preensão de objetos, redundando em alta gravidade das lesões, com grande chance de resultarem em algum grau de incapacidade funcional.

Estudo realizado na Turquia em 2011, por Gohkan³, verificou predominância das lesões tendinosas de estruturas flexoras em 49% da amostra, enquanto Sönmez⁶ relatou que 100% das lesões tendinosas eram de estruturas flexoras em seu estudo.

Nos casos aqui analisados destacam-se a alta incidência de lesões neurais e a presença frequente de lesões múltiplas, tendinosas ou neurais e tendinosas associadas, inclusive com lesão neural dupla, o que talvez explique o achado de alto número de sequelas, com destaque para as limitações nos movimentos de flexão e extensão.

As LAIMCSVs atingem principalmente pessoas jovens, no ápice da condição física e de trabalho. Os impactos desse tipo de trauma sobre a sociedade são inúmeros, com gastos com assistência médica, medicamentos, intervenções cirúrgicas e reabilitação física. O país também é prejudicado pela perda temporária ou permanente da força de trabalho, gastos com previdência social e perda de bem-estar dos indivíduos, etc.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu caracterizar a população mais atingida por lesões autoinfligidas por soco em vidro tratadas em um hospital de emergência de Belo Horizonte-MG, bem como fatores externos relacionados ao elevado risco dessa ocorrência. Os achados chamam a atenção para a gravidade desses traumas que atingem, predominantemente, homens jovens e no auge da capacidade produtiva.

Destaca-se ainda que, por serem lesões intencionais, as LAIMCSVs são totalmente preveníveis e poderiam ser evitadas por meio de campanhas de conscientização e prevenção. A criação de políticas educacionais desde o ensino fundamental com disciplinas de prevenção de acidentes é outra estratégia capaz de minorar o impacto deste e de outros traumas em nossa sociedade. A adoção de legislação federal para o controle da venda de vidros tidos como inseguros também pode contribuir para a redução dessas lesões, à semelhança do que ocorre no Reino Unido.⁹

REFERÊNCIAS

1. Ferrigno ISV. *Terapia da mão: fundamentos para prática clínica*. São Paulo: Santos; 2007.
2. Noronha TT, Costa ACS, Lima AB. A intervenção da fisioterapia nas lesões traumáticas de punho e mão: relato de caso. *Rev Científica Unisaesiano*. 2011;2(4):229-38.
3. Gokhan S, AltuncıYA, Orak M, Üstündağ M, Söğüt O, Özhasenekler A.
4. Hand and wrist injuries caused by glass cuts: accidental or due to sudden anger? *J Emerg Med*. 2011;11:54-8.
5. Schaefer N, Cappello J, O'Donohue P, Phillips A, Elliott D, Daniele L. Punching glass: a 10-year consecutive series. *Plastic Reconstr Surg Global Open*. 2015;3(6):e436.
6. Bokhari AA, Stirrat AN. The consequences of punching glass. *J Hand Surg Br*. 1997;22:202-3.
7. Sönmez A, Kora K, Öztürk N, Ersoy B, Aydin M, Numanoglu A. Injury patterns and psychological traits of patients with self-inflicted wounds produced by punching glass. 2010;69(3):691-3.
8. Aguiar LF, Cherubin GB, Gualberto GV, Couto CM, Cunha FM. Lesões traumáticas da mão: estudo descritivo de 1.195 pacientes de um serviço de atendimento terciário. *Rev Min Ortop Traumatol*. 2004;2(3):115-9.
9. Trybus M, Lorkowski J, Brongel L, Hladki W. Causes and consequences of hand injuries. *Am J Surg*. 2006;192(1):52-7.
10. Irwin LR, Daly JC, James JH, Muwanga CL, Williams L. "Through-glass" injuries. *J Hand Surg Br*. 1996;21:788-91.

Políticas públicas de saúde e ações de promoção da saúde em HIV/AIDS: revisão da literatura

Public health policies and actions to promote health in HIV / AIDS: systematic review

Lilian Nobre de Moura¹, Stela Maris Aguiar Lemos²

RESUMO

Objetivo: revisar e discutir as produções científicas acerca do HIV/AIDS, tendo como referência o desenvolvimento e avaliação das políticas públicas de saúde e analisar os estudos observacionais sobre a temática. **Métodos:** trata-se de revisão integrativa de literatura com base na iniciativa STROBE. **Resultados:** foram analisados sete artigos nacionais e seis internacionais que revelaram estratégias de enfrentamento, como foco na prevenção e na promoção, avanços da qualidade de vida da pessoa com HIV/AIDS, assistência especializada e desafios que persistem em relação à abordagem da temática. A maioria dos estudos observacionais analisados atendeu parcialmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE. **Conclusões:** produções científicas revelaram como principais eixos temáticos: formas de financiamento para o desenvolvimento de ações ao enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e experiências exitosas no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no Brasil e no mundo. A política brasileira para o enfrentamento da epidemia é destacada com a distribuição gratuita da medicação e a quebra de patentes de medicamentos.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Promoção da Saúde; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV.

ABSTRACT

Objective: To review and discuss the scientific production on HIV / AIDS, with reference to the development and evaluation of public health policies and to analyze the observational studies on the subject. **Methods:** This is a integrative literature review based on the STROBE initiative. **Results:** We analyzed seven national and six international articles that revealed coping strategies, focusing on prevention and promotion, advances in the quality of life of people with HIV / AIDS, specialized assistance and persistent challenges in addressing the issue. Most of the observational studies analyzed partially met the criteria described in the STROBE initiative. **Conclusions:** Scientific outputs revealed as main thematic axes: forms of financing for the development of actions to confront the HIV / AIDS epidemic and successful experiences in the development of promotion and prevention actions in Brazil and in the world. The Brazilian policy to confront the epidemic is highlighted by the free distribution of medication and the breakdown of drug patents.

Keywords: Public Health Policies; Health Promotion; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV.

¹ Faculdade Santa Rita – FaSaR, Curso de Biomedicina, Conselheiro Lafaiete, MG – Brasil.
² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina, Departamento de Fonoaudiologia, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Lilian Nobre de Moura
E-mail: liliannobre34@gmail.com

INTRODUÇÃO

No período histórico inicial do HIV/AIDS o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) nos Estados Unidos e a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizaram a vigilância de doenças como estratégia para chamar a atenção para o problema e melhorar a compreensão da sociedade quanto ao crescimento, demografia e custo da epidemia desse agravo. Ao mesmo tempo, o Instituto Nacional de Saúde (NHI) nos Estados Unidos, entre outros, procurou compreender a biologia da doença e formas de encontrar terapias eficazes e abordagens preventivas.¹

Nas três décadas seguintes, a identificação do HIV – a pandemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) – tem provocado aumento no número de casos notificados ao redor do mundo. Em muitas populações, a infecção do HIV tornou-se endêmica e embora haja progresso na expansão do acesso à terapia antirretroviral com a estimativa de 6,6 milhões de pessoas em tratamento em todo o mundo, os esforços de prevenção ainda são insuficientes, com 2,6 milhões de novos casos e 1,8 milhão de mortes no ano de 2009 no mundo. Apesar dos sinais de progresso, o mundo está longe de vencer a AIDS.²

Vários eventos recentes mudaram a paisagem histórica da AIDS. As pesquisas tiveram avanços positivos, principalmente o foco em estratégias de prevenção e na eficácia do tratamento. Além disso, resoluções internacionais vêm desenvolvendo o engajamento político e as estratégias, focando agora em populações com risco muito elevado, contudo, aspectos políticos, religiosos e culturais, entre eles o estigma social e discriminação, têm diminuído a eficácia de intervenções.²

Jiang³ traz dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS – UNAIDS que, em 2008, informou que ao longo da última década a assistência internacional dos governos doadores, de instituições multilaterais e de instituições do setor privado tem aumentado com o objetivo de prevenir o HIV/AIDS e mitigar seu impacto na população em todo o mundo. Para isso, estão envolvidos programas globais, trabalhos analíticos, diálogos políticos e empréstimos, créditos e subsídios para programa de HIV/AIDS. Ainda segundo o autor, em um relatório em 2005, o Banco Mundial mostra que, para a abordagem do HIV em países em desenvolvimento, ainda se faz necessária a pactuação de um compromisso político, além da habilidade e capacidade na construção e gestão de

fundo. Isso porque governos com baixo comprometimento e baixa capacidade de controle do HIV/AIDS são fatores mais comuns quando se observa a falha de projetos de prevenção e controle do HIV/AIDS em países de baixa renda.

Os programas de prevenção primária têm como foco os comportamentos saudáveis, entretanto, essa abordagem é considerada de baixa prioridade dentro das políticas de saúde.⁴ Portanto, o reconhecimento e o diagnóstico do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no contexto dos cuidados primários constituem uma oportunidade para a educação do paciente e promoção da saúde.⁵

A literatura preconiza que intervenções com foco em comportamentos de risco contribuem para a prevenção, enquanto que as intervenções focadas na adesão do tratamento, enfrentamento e gestão do estresse melhoram a gestão da doença e a qualidade de vida do portador.⁴ Vale destacar, também, que o conhecimento sobre o HIV e como evitar a doença não faz automaticamente as pessoas incorporarem os comportamentos sexuais preventivos no seu dia a dia, sendo, portanto, necessário mais esforço no campo da prevenção como ações de educação continuada e campanhas pontuais abordando as populações vulneráveis.⁶

Este artigo justifica-se pela importância da reflexão acerca das ações e produção de conhecimento na área do HIV/AIDS no âmbito nacional e internacional e na compreensão do estado da arte da produção científica no cenário das políticas públicas de saúde e na promoção da saúde.

Assim, os objetivos do presente estudo foram revisar e discutir as produções científicas acerca do HIV/AIDS tendo como referência o desenvolvimento e avaliação das políticas públicas de saúde; e analisar os estudos observacionais sobre a temática.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa de literatura com metodologia baseada em propostas metodológicas nacionais^{7,8} e internacional.⁹ A revisão foi realizada no período de 24 junho a 1º de agosto de 2013 sobre as relações entre HIV, AIDS, DST, promoção da saúde e políticas públicas de saúde por meio de pesquisa de literatura na base de dados da PubMed, incluindo artigos entre os anos de 2008 e 2013, realizada em duas etapas: a primeira consistiu na seleção de

descritores, elaboração da estratégia de busca, da compilação dos artigos, fase descritiva; e a segunda compôs-se na análise segundo a iniciativa STROBE.¹⁰

A análise dos artigos foi realizada na iniciativa STROBE por meio da realização de análise estudos observacionais incluídos na revisão e construção de categorias segundo o atendimento aos critérios descritos na iniciativa.

REVISÃO DE LITERATURA

Na presente revisão foram encontrados 13 artigos. Para análise por meio da Iniciativa STROBE foram comparados os itens título e resumo; introdução com os subitens contexto/justificativa e objetivos; métodos com os subitens desenho do estudo, contexto, participantes, variáveis, fontes de dados, variáveis quantitativas e métodos estatísticos; resultados com os subitens participantes, dados descritivos, desfecho e resultados principais; e discussão, com os subitens limitações, interpretações e generalização.

Dos artigos observacionais descritos na Tabela 1 para os itens título e resumo, introdução e métodos, 28,6% atendem totalmente e 71,4 atendem parcialmente aos critérios apresentados na iniciativa STROBE. Para o item resultados, 14,3% atendem totalmente, 71,4% atendem parcialmente e 14,3% não atendem aos critérios estabelecidos. Para o item discussão, 28,6% dos artigos atendem aos critérios estabelecidos, 57,1% atendem parcialmente e 14,3% não atendem. É possível verificar que nenhum dos artigos observacionais incluídos nesta revisão sistemática atende em sua totalidade aos critérios estabelecidos, prevalecendo o atendimento parcial ao protocolo de análise da iniciativa STROBE.

Nesse contexto, vale destacar que a ausência de descrição completa da metodologia utilizada na construção dos artigos observacionais segundo a iniciativa STROBE pode comprometer a interpretação dos resultados, a reprodutibilidade dos estudos e o planejamento para novas pesquisas. Além disso, o avanço científico depende, em grande medida, do compartilhamento adequado da informação científica e da produção de conhecimento.

Após a análise dos artigos incluídos nesta revisão, foi observada a carência de trabalhos que abordem, simultaneamente, os eixos temáticos, HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis (DST) relacionados a políticas públicas de saúde e das DSTs à promoção da saúde.

Ao longo dos anos, especialistas em HIV/AIDS chegaram ao consenso de que três realidades são inquestionáveis em relação ao agravo: a) a busca pela cura e a luta contra a pandemia deve ser global e não nacional; b) a prevenção deve ser inevitavelmente ligada ao diagnóstico e tratamento precoce, o que significa o uso de abordagens eficazes ligadas à comunidade com sistemas de saúde organizados; c) embora o comportamento desempenhe papel importante na questão do risco de se contrair o HIV, os esforços de prevenção necessitam integrar abordagens comportamentais associadas a abordagens biomédicas para que, de forma complementar, auxiliem na redução da incidência do agravo.^{1,2}

Para países com alta prevalência de AIDS, a questão social central deverá ser considerada, exigindo estratégias de longo prazo e de emergência. A AIDS continuará a ser um desafio para as futuras gerações e para uma resposta eficaz é urgente à reformulação de ações para deter a epidemia, considerando que não há solução de curto prazo eficaz para a erradicação da doença/agravo.¹¹⁻¹⁷

Tabela 1 - Análise dos artigos observacionais segundo a iniciativa STROBE

Artigo	Título e resumo	Introdução	Métodos	Resultados	Discussão
Meis, 2011	AP	AP	AP	AP	AP
Massoni, 2010	AT	AT	AP	AP	AP
Grangeiro, 2011	AP	AP	AP	AP	AP
Grangeiro, 2009	AP	AT	AP	AP	AT
Souza, 2010	AP	AP	AT	AP	AP
Lippman, 2010	AP	AP	AT	AT	AT
Amico, 2012	AT	AP	AP	NA	NA

Legenda: AT = atende totalmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE; AP = Atende parcialmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE; NA = não atende aos critérios descritos na iniciativa STROBE.

CONCLUSÃO

Baseado na análise de dados, é possível afirmar que, embora haja limitações em relação ao número de artigos finais e ao uso de apenas uma base de dados (PubMed), a presente revisão pode colaborar para a análise exploratória do estado da arte do conhecimento na área. Além disso, os dados aqui apresentados podem contribuir para o planejamento de futuras pesquisas e orientação de novas perguntas de pesquisa na área de políticas públicas de abordagem do HIV/AIDS.

O presente artigo também contribui para aprofundar o conhecimento sobre as ações de promoção de saúde entre populações vulneráveis, pois reúne informações relevantes e de boa qualidade sobre o assunto e ressalta estratégias de prevenção, comportamentais e sociais já consolidadas como, por exemplo, a identificação dos fatores que influenciam no uso do preservativo como estratégia de prevenção e promoção da saúde.

As produções científicas revelaram como principais eixos temáticos as formas de financiamento para o desenvolvimento de ações ao enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, experiências exitosas no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no Brasil e no mundo. Vale ressaltar, ainda, a política brasileira para o enfrentamento da epidemia, com destaque para a distribuição gratuita da medicação e a quebra de patentes para viabilizar a produção nacional. Verificou-se, ainda, que a maioria dos estudos observacionais analisados atendeu apenas parcialmente aos critérios descritos na iniciativa STROBE.

REFERÊNCIAS

- Narayan KMV, Ali MK, Del Rio C, Koplan JP, Curran J. Global Non-communicable Diseases: lessons from the HIV/AIDS experience. *New Eng J Med*. 2011;365:1099-107.
- Larson HJ, Bertozzi S, Piot P. Redesigning the AIDS response for long-term impact. *Bull World Health Organ*. 2011;89:846-52.
- Jiang Z, Wang D, Yang S, Duan M, Bu P, Green A, *et al*. Integrated response toward HIV: a health promotion case study from China. *Health Prom Inter*. 2010;26(2):196-211.
- Fisher EB, Fitzgibbon ML, Glasgow RE, Haire-Joshu D, Hayman LL, Kaplan RM, *et al*. Behavior matters. *Am J Prev Med*. 2011;40(5):e15-e30.
- Chu C, Selwyn PA. Diagnosis and Initial Management of acute HIV infection. *Am Family Phys*. 2010;81(10):1239-44.
- Wamoyi J, Mbonye M, Seeley J, Birungi J, Jaffar S. Changes in sexual desires and behaviours of people living with HIV after initiation of ART: implications for HIV prevention and health promotion. *BMC Public Health*. 2011;11(4):633-9.
- Sampaio R, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(1):83-9.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
- Braga R, Melo M. Como fazer uma revisão baseada na evidência. *Rev Port Clin Geral*. 2009;25(1):660-6.
- Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):559-65.
- Meis C. Cultura empowerment: promoção à saúde e prevenção da AIDS entre prostitutas no Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(supl.1):1437-44.
- Massoni VA, Monteiro MI. Vulnerabilidade à doenças sexualmente transmissíveis / AIDS e uso de drogas psicoativas por caminhoneiros. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):79-83.
- Grangeiro A, Escuder MML, Castilho, EA. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):S114-S128.
- Souza VS, Czeresnia D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):1-6.
- Lippman AS, Donini A, Diaz J, Chinaglia M, Reingold A, Kerrigan D. Social-environmental factors and protective sexual behavior among sex workers: the encontros intervention in Brazil. *Am J Public Health*. 2010;100(1):S216-S223.
- Amico P, Gobet B, Avila-Figueroa C, Aran C, Lay P. Pattern and levels of spending allocated to HIV prevention programs in low- and middle-income countries. *BMC Public Health*. 2012;12(2):221-9.
- Grangeiro A, Escuder MM, Veras MA, Barreira D, Ferraz D, Kayano J. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2053-63.

Prevalência da atividade física no tempo livre nas capitais brasileiras

Prevalence of physical activity during leisure time in Brazilian capitals

Rony Carlos Rodrigues Las Casas¹, Regina Tomie Ivata Bernal², Elza Machado de Melo³, Deborah Carvalho Malta⁴

RESUMO

Introdução: no mundo e no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) crescem consideravelmente e as ações de promoção de saúde são as melhores formas de prevenção, destacada pela prática de atividade física (AF) regular. **Objetivo:** descrever a prevalência da prática da AF no tempo livre em adultos nas capitais brasileiras. **Métodos:** foram analisadas informações do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), referente ao ano de 2013 em uma amostra de 54.000 adultos nas capitais do Brasil. Foi verificada a prevalência por meio do indicador que relaciona tipo, tempo e intensidade da prática de AF no tempo livre e analisado o intervalo de confiança (IC) de 95%. **Resultados:** o estudo atual revelou, no conjunto das 27 cidades, que a prevalência da prática de AF no tempo livre entre os homens foi maior que entre as mulheres, sendo que a frequência tende a diminuir com o aumento da idade e a aumentar com o nível de escolaridade. Mulheres negras e pardas praticam menos AF que brancas. Possuir plano de saúde oportuniza as pessoas a serem mais ativas. Obesos, tanto homens quanto mulheres, praticam menos AF. **Conclusões:** foram apresentadas as prevalências da prática da AF no tempo livre em adultos nas capitais brasileiras e conhecê-las permite melhor planejamento das ações de promoção de saúde para o enfrentamento das DCNTs.

Palavras-chave: Atividade Física; Prevenção de Doenças; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In the world and in Brazil, noncommunicable diseases and diseases (NCDs) grow considerably and health promotion actions are the best forms of prevention, highlighted by the practice of regular physical activity (PA). **Objective:** To describe the prevalence of PA in leisure time in adults Brazilian capitals. **Methods:** Data from the National System for Surveillance of Chronic Diseases by Telephone Inquiry (VIGITEL) for the year 2013 were analyzed in a sample of 54,000 adults in the Brazilian capitals. The prevalence was verified through the indicator that related type, time and intensity of the practice of PA in free time and analyzed the Confidence Interval (CI) of 95%. **Results:** The current study showed that, in all 27 cities, the prevalence of PA in free time in men was higher than in women, with frequency tending to decrease with increasing age and increasing with level of schooling. Black and brown women practice less PA than white women. Having a health plan empowers people to be more active. Obese, both men and women practice less PA. **Conclusions:** The prevalence of PA during leisure time in adults in Brazilian capitals was presented and knowing them allows a better planning of the health promotion action and the confrontation of the NCDs.

Key words: Physical Activity; Disease Prevention; Health Promotion.

¹Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Coordenação das Academias da Cidade. Belo Horizonte, MG – Brasil.

²Associação Brasileira de Educação e Tecnologia – FIAP. São Paulo, SP – Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴UFMG, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Rony Carlos Rodrigues Las Casas
E-mail: ronylascasas@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo e no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morbimortalidade, correspondendo, respectivamente, a 63 e 72,4% das causas de morte a cada ano.¹⁻³ As DCNTs são o resultado da vida moderna, da urbanização, da globalização, com mudanças nos estilos de vida, adotando hábitos sedentários e alimentação inadequada, com predomínio de gorduras, açúcares, alimentos ultraprocessados e industrializados, redução do consumo de alimentos preparados no domicílio.^{4,5}

Entre os determinantes das DCNTs são descritos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, fatores de risco não modificáveis (sexo, idade e herança genética); e fatores de risco comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas).^{3,5} Existem sólidas evidências de que ações de promoção à saúde, prevenção e cuidado podem deter essas doenças.^{5,6}

A prática da atividade física (AF) é importante para a prevenção das DCNTs e pode ser entendida como qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos que resultem em gasto energético maior que os níveis de repouso e é dividida em quatro tipos: lar, trabalho, deslocamento e tempo livre.⁷ A atividade física regular pode agregar inúmeros benefícios à saúde na melhora da resistência cardiorrespiratória, da composição corporal, da força, da resistência muscular, da flexibilidade, na coordenação e no tempo de reação.^{4,8,9} Outros benefícios descritos seriam o controle da pressão arterial, do diabetes, a redução do colesterol total, do câncer de mama e de cólon, sendo importante para a redução do estresse e da depressão, entre outros.^{4,8} Conforme estimativa, morrem 3,2 milhões de pessoas a cada ano devido à inatividade física.¹⁰

Entre 20 e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade, em especial as DCNTs, estão relacionadas a pessoas que são insuficientemente ativas.⁸

Para a prevenção das DCNTs, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda aos adultos 150 minutos semanais de AF moderada ou 75 minutos semanais de AF intensa.^{8,11} O monitoramento populacional dos níveis de AF é algo recente no mundo e ainda concentrado nos países desenvolvidos.¹² O Brasil implantou seu monitoramento domiciliar desde 2002 e por telefone desde 2006.^{13,14}

Desde 2006 foi implantado o Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)¹⁵ em todas as 26 capitais dos estados bra-

sileiros e no Distrito Federal, que tem como objetivo o monitoramento contínuo de alguns fatores de risco de DCNT na população adulta (≥ 18 anos). Entre os indicadores monitorados, destacam-se os indicadores de AF no tempo livre, de AF no deslocamento, de inatividade física em quatro domínios (lazer, trabalho, deslocamento e atividades domésticas) e de tempo assistindo à TV.¹⁵ O monitoramento de indicadores da AF em âmbito populacional é essencial para subsidiar e apoiar políticas e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Este artigo descreve a prevalência da prática da atividade física no tempo livre em adultos nas capitais brasileiras.

MÉTODO

Foram analisadas informações do VIGITEL em inquérito telefônico realizado no ano de 2013 na população adulta (≥ 18 anos de idade) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. O VIGITEL utiliza amostras probabilísticas da população adulta a partir do cadastro das linhas de telefone fixo das cidades. Foram realizadas cerca de 54.000 entrevistas, sendo aproximadamente 2.000 em cada capital, em amostras probabilísticas das linhas residenciais ativas elegíveis.

Foram utilizados pesos pós-estratificação a cada indivíduo entrevistado pelo VIGITEL, visando igualar a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos de cada capital. São atribuídos pesos para corrigir o número de linhas telefônicas no domicílio e o número de indivíduos no domicílio, além de pesos visando igualar a composição sociodemográfica da população total e da população com telefone como: sexo, faixa etária e nível de instrução.

O VIGITEL usa pesos de pós-estratificação para adequar as estimativas populacionais aos dados do censo populacional. O questionário do VIGITEL engloba aproximadamente 94 questões, divididas em módulos: características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos; padrão de alimentação e atividade física; peso e altura referidos; morbidade referida, entre outros.¹⁵

O desfecho analisado foi a prática de AF no tempo livre avaliada por meio do indicador: percentual de adultos que praticam atividade física recomendada no tempo livre. O cálculo se dá pelo número de indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de AF de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa/número de indivíduos entre-

vistados, independentemente do número mínimo de dias na semana para a prática da atividade física.⁸

São apresentadas as prevalências de AF no tempo livre, segundo características sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ter plano de saúde, ter sobrepeso e obesidade. Para o processamento dos dados e análises estatísticas utilizaram-se o aplicativo “Stata” versão 12.1¹⁶ e intervalo de confiança (IC) de 95%. Este estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoNEP) 13.081/2008 e 355.590 de 2013.

RESULTADO

No conjunto das 27 cidades, a prevalência da prática de atividade física no tempo livre equivalente a 150 minutos de atividade moderada ou 75 minutos de atividade intensa por semana foi de 33,8% (IC95% 33,00-34,60), sendo maior entre homens 41,2% (IC95% 39,90-42,60) do que entre mulheres 27,4% (IC95% 26,5-28,3). A frequência dessa condição tendeu a

diminuir-se com o aumento da idade – 49,7% (IC95% 47,4-51,9) para 18 a 24 anos; 39,3% (IC95% 37,4-41,2) entre 25 e 34 anos; e chegando a 22,3% (IC95% 20,7-23,9) para 65 anos e mais.

Os níveis de AF aumentam com o nível de escolaridade, independentemente do sexo. Os homens com alto nível de escolaridade estão com 54,3% (IC95% 51,8-56,8) e as mulheres com 38,4% (IC95% 36,5-40,4).

Em relação à raça/cor não existem diferenças entre homens e mulheres. Apenas as mulheres de cor branca são mais ativas 30,5% (IC95% 28,9-32,0) do que as de raça negra 23,0% (IC95% 20,3-25,7) e parda 25,6% (IC95% 24,0-27,0).

Possuir plano de saúde oportuniza as pessoas a serem mais ativas – 39,3% (IC95% 38,1-40,4) – em comparação às que não possuem 28,8% (IC95% 27,7-29,9).

As pessoas classificadas com base no índice de massa corporal (IMC) como estróficas ou em sobrepeso (essas duas categorias não se diferem entre si) são mais ativas, respectivamente, 34,6% (IC95% 33,4-35,7) e 35,9% (IC95% 34,6-37,4) do que as classificadas como obesas 27,3 (IC95% 25,4-29,0).

Tabela 1 - Prevalência de adultos (\geq de 18 anos) que praticavam atividade física suficiente no tempo livre (150 minutos por semana) segundo sexo. Conjunto da população das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2013

Variáveis	Total			Masculino			Feminino		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
<i>Total</i>	33,8	33	34,6	41,2	39,9	42,6	27,4	26,5	28,3
Idade (anos)									
18 a 24	49,70	47,41	51,99	63,55	60,42	66,67	34,51	31,54	37,49
25 a 34	39,28	37,39	41,17	48,05	45,12	50,98	30,66	28,32	33,00
35 a 44	29,58	27,90	31,26	34,20	31,30	37,11	25,86	23,92	27,79
45 a 54	27,34	25,70	28,97	29,48	26,75	32,22	25,63	23,65	27,61
55 a 64	26,64	24,86	28,42	28,47	25,48	31,47	25,35	23,17	27,54
65 e mais	22,34	20,71	23,96	26,23	23,33	29,13	19,87	17,92	21,81
Escolaridade (anos)									
0 a 8	22,02	20,76	23,28	25,10	23,00	27,20	19,31	17,84	20,79
9 a 11	37,18	35,89	38,46	48,40	46,36	50,44	27,26	25,77	28,74
12 e mais	45,41	43,84	46,98	54,30	51,79	56,82	38,44	36,50	40,38
Raça/cor (a)									
Branco	35,48	34,20	36,75	41,75	39,64	43,87	30,48	28,93	32,03
Preto	32,11	29,58	34,64	41,78	37,53	46,03	23,03	20,34	25,73
Pardo	33,99	32,65	35,32	43,63	41,40	45,86	25,57	24,07	27,06
Plano de saúde									
Sim	39,27	38,11	40,44	47,12	45,20	49,03	32,91	31,50	34,32
Não	28,81	27,72	29,90	36,18	34,35	38,01	22,22	20,98	23,45

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Prevalência de adultos (\geq de 18 anos) que praticavam atividade física suficiente no tempo livre (150 minutos por semana) segundo sexo. Conjunto da população das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2013

Variáveis	Total			Masculino			Feminino		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Índice de Massa Corporal									
Normal	34,59	33,42	35,75	42,62	40,59	44,65	28,68	27,34	30,02
Sobrepeso	35,97	34,57	37,36	43,17	41,01	45,32	28,29	26,59	29,98
Obesidade	27,27	25,48	29,05	33,41	30,42	36,40	22,03	19,95	24,11

Notas: Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2012 (ver Aspectos Metodológicos). VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Excluídas as categorias cor da pele amarela, vermelha, não sabe e não quis informar.

DISCUSSÃO

A prática de atividade física ocorreu em mais de um terço da população brasileira, sendo maior entre homens do que entre mulheres. A frequência tende a diminuir com o aumento da idade, de forma mais acentuada entre os homens e a aumentar com o nível de escolaridade. Mulheres negras e pardas praticam menos atividade física que brancas. Possuir plano de saúde oportuniza as pessoas a serem mais ativas. Obesos tanto homens e mulheres praticam menos AF.

Este estudo revelou que homens foram mais ativos que as mulheres durante o seu tempo de lazer, o que é compatível com a literatura.^{8,17,18}

A AF mostra declínio gradual com o aumento da idade.^{15,19} Jovens são mais ativos no tempo livre, em especial homens de 18 a 24 anos, quase dois terços de 25 a 34 anos. Podem contribuir com o fato de fazerem atividades esportivas coletivas, mais tempo livre, menos engajamento no trabalho. Ao contrário, dos idosos que são menos ativos, e entre os quais, apenas cerca de um quinto do total relatam AF. A vida ativa na velhice favorece a qualidade de vida, a força e o tônus muscular, previne quedas, além de prevenir DCNT, melhora a socialização e efeitos positivos sob a saúde mental, como a prevenção da depressão.⁸

A literatura refere que indivíduos com mais escolaridade e renda são mais ativos no lazer.¹⁹⁻²³ Isso também foi encontrado na presente pesquisa em relação à escolaridade, tanto homens quanto mulheres com mais escolaridade são quase duas vezes mais ativos no tempo livre. As mulheres da cor branca praticam mais AF no tempo livre que as negras e pardas, que podem ter menos escolaridade, tempo e renda. Os estudos informam que mais conhecimento sobre os benefícios da atividade física motivam mais à práti-

ca. Além disso, o acesso a recursos, espaços e tempo disponível também aumentam as prevalências. Esse padrão é descrito no Brasil e em outros países desenvolvidos.^{12,22} De maneira inversa, indivíduos de baixa renda e pouca escolaridade têm mais frequência de atividades relacionadas ao trabalho vigoroso e deslocamento para o trabalho.²¹

Possuir plano de saúde é considerado *proxy* de alta renda e o comportamento de quem tem plano tende a ser semelhante ao das pessoas com mais renda e escolaridade.²⁴

A obesidade resulta em desequilíbrio energético, com alto consumo de energia e redução do gasto energético, sendo a atividade física considerada importante fator etiológico.²⁵ Diversos estudos, tanto no Brasil²⁶ quanto em outros países^{27,28}, também mostraram associação positiva entre obesidade e AF insuficiente. Este estudo obteve menor prevalência de AF entre os obesos. Embora seja amplamente conhecida e recomendada a prática de AF em indivíduos obesos, para a redução do peso e pelos benefícios diretos à saúde, nem sempre é fácil incorporar à prática.⁸ Indivíduos com sobrepeso podem estar mais estimulados e podem apresentar melhor condição física, mais aptidão para incorporar a AF. Entretanto, entre indivíduos obesos, torna-se mais complexo e, na maioria dos casos, falta condicionamento físico, o que pode dificultar a prática.

Entre os limites do estudo, trata-se de corte transversal, tendo-se que a possibilidade de causalidade reversa impede constatações de causa e efeito. Além disso, é um estudo descritivo, não sendo realizadas análises de associação ajustada por outras variáveis sociodemográficas. As medidas foram feitas por meio de informação autorreferida, que poderia superestimar a atividade física por ser esta uma prática considerada desejável.

CONCLUSÃO

Foram apresentadas as prevalências da prática da AF no tempo livre em adultos nas capitais brasileiras e conhecê-las permite melhor planejamento das ações de promoção de saúde para o enfrentamento das DCNTs. As políticas públicas de incentivo à AF ganham relevância nos programas de promoção da saúde.^{23,29} A OMS considera que a redução da inatividade física tem grande impacto na redução das DCNTs, na saúde da população e na redução nos custos dos serviços de saúde.^{8,23}

O Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Enfrentamento de DCNTs e estão inseridas ações para promover ambientes e espaços físicos para promover a AF, como a criação das academias da saúde.² As metas nacionais do plano e as metas globais do plano de DCNT da OMS incluem compromisso para desenvolver planos de ações e políticas para aumentar os níveis de atividade física em suas populações.²³ Entre as diretrizes nacionais propostas, citam-se: introduzir políticas que promovam atividade física nas escolas, nas comunidades; incentivar métodos ativos e seguros de transporte ativo no trabalho e para a escola; adaptar estruturas urbanas para facilitar a atividade física; criar espaços para atividades recreativas.^{2,23}

Os programas de promoção de saúde devem ser como meta estimular a população a desenvolver e manter o hábito de praticar atividade física regular desde as idades mais jovens.⁸ Mais oferta de espaços físicos e propiciar atividades físicas que possam ser desenvolvidas em grupos são estratégias importantes na diminuição da inatividade física, especialmente nos subgrupos populacionais socialmente menos favorecidos.²³

REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Malta DC, Silva Júnior JB. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(4):425-38.
- World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2004.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
- Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010;376(9755):1861-8.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985;100(2):126-31.
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
- Nieman DC. Exercício e saúde. São Paulo: Manole; 1999.
- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
- US Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2008.
- Hallal P, Andersen LB, Bull F, Guthald R, Haskell W, *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):20-30.
- Instituto Nacional de Câncer - INCA. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Stata Corporation. Stata Statistical Software: Release 12.1. USA: College Station TX; 2012.
- Burton NW, Turrell G. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. *Prev Med*. 2000;31(6):673-81.
- Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, *et al.* Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-57.
- Malta DC, Andrade S, Santos M, Rodrigues G, Mielke G. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2015;20(2):141-9.
- Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonseñor IM, Lotufo PA. A epidemiologia descritiva da atividade física de lazer no Brasil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica*. 2003;14:246-54.
- Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. A inatividade física: prevalência e fatores associados em adultos brasileiros. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;38:1894-900.
- Pomerleau J, Mckee, Robertson A, Vaasc S, Kadziauskiene K, Abaravicius A, *et al.* A inatividade física nos Países Bálticos. *Prev Med*. 2000;31:665-72.

23. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva:WHO;2014.
 24. Malta DC, Bernal RTI. Comparison of risk and protective factors for chronic diseases in the population with and without health insurance in the Brazilian capitals, 2011. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17:241-55.
 25. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva:WHO;2000.
 26. Robert B, Bonita R, Horton R, Ezzati M, Bhala N, Amuyunzu-Nyamongo M, *et al.* Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. *Lancet.* 2012;380(9850):1283-5.
 27. Centers for Disease Control. Adult participation in recommended levels of physical activity - United States, 2001 and 2003. *MMWR.* 2005;54(47):1208-12.
 28. Azevedo MR, Araujo CL, Reichert FF Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health.* 2007;52(1):8-15.
 29. Malta DC, Silva JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet.* 2012;380(9838):195-6.
-

A prevenção da violência na concepção dos profissionais da atenção primária à saúde de Belo Horizonte

The prevention of violence according to the conception of primary health care professionals in Belo Horizonte

Taciana Malheiros Lima Carvalho¹, Tatiane Caetano¹, Soraya Almeida Belisário¹, Alzira de Oliveira Jorge¹

RESUMO

A violência é um fenômeno complexo, que tem atingido proporções cada dia mais alarmantes, com impacto devastador na vida do indivíduo, da família ou da coletividade e por isso tem se constituído em um importante problema de saúde pública. No que se refere à saúde, a inserção do tema da violência representa um grande desafio para a organização dos serviços, sobretudo para os profissionais da atenção primária, tendo em vista que esses trabalhadores lidam com a violência em suas múltiplas facetas. Para isso, desenvolvem estratégias de fortalecimento e de apoio às vítimas, ações de autocontrole e imparcialidade para lidarem com o tema - principalmente pelo medo e/ou pelo receio devido à proximidade e vínculo com as famílias - e ações que extrapolam o campo de atuação da APS. Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada "Violência na atenção primária à saúde de Belo Horizonte: o que pensam e fazem os profissionais", que teve como objetivo geral investigar a ocorrência de violência na APS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores de saúde. Neste recorte, será investigada a possibilidade de prevenção da violência. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, que utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. Os resultados revelam a percepção dos profissionais de que é possível prevenir a violência, sendo esta uma atribuição de diferentes atores e propostas - governo, polícia, políticas públicas de combate ao desemprego e às drogas, ações educativas e de conscientização e da melhor relação profissional/usuário.

Palavras-chave: Prevenção e Controle; Violência; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Violence is a complex phenomenon which becomes more alarming every day, with devastating impact on the lives of individuals, families and collectivity. It consists, thus, on an issue of public health. Facing the matter of violence is a major challenge for the organization of health services, especially for primary health care professionals, who have to deal with violence in its multiple facets. In order to face this issue, they develop strategies of strengthening and support for the victims, work on their self-control and impartiality, mainly because of the fear caused by being in proximity with families who face violence, and take on actions which extrapolate the field of Primary Health Care (PHC). This article is part of a dissertation named "Violence in Primary Health Care in Belo Horizonte: the thoughts and actions of health professionals", which aimed to investigate the occurrences of violence in Belo Horizonte's PHC through the perspective of health workers. On its turn, this specific article will discuss the possibilities of preventing such violence. It consists on qualitative and exploratory research in the form of a case study which has utilized semi-structured interviews as its main instrument of data collection. The results show that these professionals perceive this problem as something which can be prevented by the combined efforts of different institutions and initiatives, such as the government and the police, with

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Taciana Malheiros Lima Carvalho
E-mail: tacionamalheiros@gmail.com

implementation of public policies against unemployment and drug abuse, along with educational actions and the effort towards improving the relationship between professionals and users of the health service.

Key words: Prevention and Control; Violence; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, tem múltiplas causas, sofre a interferência de fatores sociais e culturais e tem aumentado tanto em âmbito nacional como internacional.

Para Minayo e Souza^{1:514}:

Qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência pressupõe o reconhecimento da complexidade, polissemia e controvérsia do objeto. Por isso mesmo, gera muitas teorias, todas parciais. Na verdade, só se pode falar de violências, pois se trata de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas. A interpretação de sua pluricausalidade é, justamente, um dos problemas principais que o tema apresenta.

Beato Filho *et al.*² salientam uma relação forte entre a violência e os grandes centros urbanos ao mesmo tempo em que indagam o porquê de a mesma se manifestar com intensidade em alguns bairros e localidades das cidades.

Quanto à saúde, a inserção do tema da violência representa um desafio para a organização dos serviços, em especial a atenção primária à saúde (APS), porta de entrada do sistema, bem como para os profissionais que nela atuam.

No Brasil, observa-se a ampliação gradativa da proposta para a APS, tendendo a uma abordagem mais abrangente de Alma Ata. Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) assumiu a Atenção Básica (AB), denominação brasileira para a APS, como primeiro nível de atenção³, sendo que o modelo organizacional escolhido foi a Estratégia da Saúde da Família. Nesse contexto, o MS criou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual teve sua última versão publicada em 2012^a.

A PNAB definiu as atribuições gerais dos profissionais da ESF e delimitou as ações por categorias profissionais. Contudo, ela não especificou as atribuições da equipe no que se refere à abordagem da

violência, à exceção de algumas ações a serem realizadas no âmbito do Programa de Saúde na Escola. Nele, a PNAB recomendou a atuação integrada das equipes de saúde e da educação no desenvolvimento de ações de promoção da cultura de paz e prevenção das violências, entre outras.⁴

Alguns estudos^{5,6} desenvolvidos no Brasil demonstraram que os trabalhadores da saúde da família compreendem bem seu papel no tratamento das sequelas sofridas pela violência. E demonstraram também uma fragilidade no entendimento do papel preventivo, quer seja pela dificuldade que o tema traz, considerando as multifacetadas que envolvem a violência, quer seja pelo medo ou receio, justamente pela proximidade e vínculo com as famílias.

Entre os desafios para a inserção do tema violência no contexto da saúde, Malta *et al.*⁷ enfatizam a incorporação de sua prevenção na APS e o fortalecimento das respostas às vítimas.

Em consonância com as diretrizes nacionais, o município de Belo Horizonte (BH) também adotou a APS como porta de entrada do sistema e a Saúde da Família como a estratégia de reorganização da atenção básica. Em BH a APS está estruturada em uma rede de centros de saúde (CS) organizada em nove distritos sanitários.⁸

Contudo, segundo Ferreira *et al.*^{9:4}:

[...] a implantação da SF em BH desnudou questões amplas e delicadas como a violência em todos os seus matizes, a pobreza extrema e outras dificuldades da vida familiar. Em muitos casos, o sistema de saúde vem assumindo responsabilidades que extrapolam seu campo de atuação, exigindo cada vez mais a articulação com o conjunto das políticas sociais e urbanas.

Constata-se, portanto, a ocorrência de situações de violência na rede de serviços de BH, em especial na APS/SF, violência esta manifesta em todos os seus matizes e, conseqüentemente, presente na realidade dos profissionais que nela atuam.

Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Violência na atenção primária à saúde de Belo Horizonte: o que pensam e fazem os profissionais”, que teve como objetivo geral investigar a ocorrência de violência na APS de Belo Horizonte na perspectiva dos trabalhadores de saúde. O trabalho integra a pesquisa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária, que elege como objeto de estudo a atenção primária em quatro muni-

^a Neste trabalho os termos APS e AB serão utilizados como sinônimos.

cípios mineiros: Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia.

Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso, que utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados.

A opção pela abordagem qualitativa se justifica, uma vez que a mesma permite a observação de significados, motivos, aspirações e atitudes que não poderiam ser captados em uma pesquisa quantitativa.¹⁰

Segundo Godoy¹¹, o estudo de caso é um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. O estudo de caso possibilita analisar uma unidade social, detalhando um ambiente, um sujeito ou uma situação em particular, em busca de respostas, considerando a multiplicidade de dimensões envolvida no objeto da pesquisa, além das subjetividades e complexidade dos fenômenos.

A pesquisa foi desenvolvida em três centros de saúde (CS) do distrito sanitário leste do município de BH e a seleção dos mesmos se deu por meio do Índice de Vulnerabilidade Saúde (IVS)¹² utilizado pelo município.^b

Foram entrevistados 26 profissionais integrantes das equipes de saúde da família dos três centros de saúde pesquisados. As equipes foram sorteadas de forma aleatória, tendo participado uma equipe de cada unidade.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin¹³, a qual consiste em um conjunto de técnicas para análise e tratamento das comunicações a partir de procedimentos sistemáticos para descrição das mensagens.

As falas foram transcritas na íntegra. Para a garantia do anonimato, os participantes foram designados pela primeira letra de sua profissão e enumerados em sequência. Assim, os médicos identificados pela letra M e enumerados de um a três; as enfermeiras pela letra E, enumeradas de um a três; as auxiliares de enfermagem pelas letras AE de um a seis e as agentes comunitárias pelas letras A e numeradas de um a 12. Os profissionais da saúde bucal foram nomeados como CD1 e ASB1.

^b O IVS é um indicador composto utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de BH (SMSABH), que considera dados como renda, educação, trabalho, lazer e inserção social para estratificar a desigualdade na qualidade e estilo de vida das pessoas e, conseqüentemente, nas condições de saúde, objetivando evidenciar populações com alto risco de adoecer e morrer baseado nas condições de saúde e classificar os setores censitários municipais como elevado, muito elevado, médio e baixo risco. Cada um dos CS escolhidos estava classificado em uma dessas modalidades de risco: muito elevado e elevado, médio e baixo risco. Considerando os aspectos éticos relativos ao tipo de pesquisa escolhida, as unidades não serão identificadas, mas sim nomeadas como CS1, CS2 e CS3.

Após a transcrição das entrevistas, efetuou-se a leitura exaustiva das mesmas de modo a possibilitar sua codificação e categorização. Foram então definidas as seguintes categorias de análise: entendimento de violência, preparo para lidar com violência, abordagem da violência pela equipe, papel do centro de saúde no enfrentamento da violência e possibilidade de prevenção da violência.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer 01140812.1.0000.5149 e pelo COEP da SMSA/BH 01140812.1.3001.5140.

Todos os participantes foram avisados sobre os objetivos da pesquisa e da garantia de sigilo quanto às informações relatadas. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para fins deste artigo serão apresentados os resultados da categoria possibilidade de prevenção da violência.

Possibilidade de prevenção da violência

As respostas dos entrevistados à indagação sobre se é possível prevenir a violência foram classificadas em três grupos: possível, parcialmente possível e impossível. A maioria deles situou-se no primeiro grupo, indicando, contudo, diferentes atores e meios para fazê-lo.

Entre os atores foram destacados as autoridades, o governo e as polícias civil e militar. Interessante notar a não inclusão da saúde entre eles.

Entre os meios foram citados o combate ao desemprego e às drogas, com ênfase para esta última; a realização de ações educativas e de conscientização e a boa relação profissional do usuário. Entenderam, ainda, ser possível a prevenção da violência, na medida em que outros setores estivessem envolvidos, num entendimento de que a mesma não seria restrita à saúde, mas deveria se associar a outras políticas públicas.

É possível sim. [...] as autoridades competentes sabem que têm condição para isto. Nos não temos, né? Mas as autoridades competentes sabem sim (AE2).

É possível. Na verdade, quem pode mesmo combater a violência é a Polícia Militar ou Polícia Civil, mas quando você precisa deles eles não estão prontos a fazer o serviço deles (A6).

Acho que sim, mas não depende da gente. É coisa do governo. Violência tá ligada ao desemprego, a drogas e [...] a gente não tem o que fazer (A8).

Acho que sim, mas falta muita coisa pra chegar lá [...] Estão preocupados com outras coisas em vez de abordar mais o tema. [...] Acho que um dia vai ser possível, mas agora não (A17).

Sim. [...] perante as drogas, com grupos de abordagem, falar sobre as drogas, consequência das drogas. Eu acho que diminuindo isso e conscientizando as pessoas diminui sim a violência (AE6).

Droga está uma epidemia realmente. Falta política pública no geral em todas as instâncias [...]. Você conseguir colocar um drogadito numa clínica pelo serviço público fica muito difícil, quase impossível conseguir. Então, assim, isto é uma coisa que poderia reduzir a violência drasticamente (M1).

Mais investimento e mais capacitação dos jovens de forma a guiá-los para uma profissão e com isso impedi-los de se inserir em atividades ilícitas foram lembradas como sugestões para o combate à violência.

Tem jeito de combater a violência sim, se tivesse investimento melhor ou capacitação melhor nestes jovens, entendeu? Porque o traficante precisa de um menor. Porque o menor não dá nada pra ele, né? (A6).

Tal afirmação está em consonância com a afirmativa de Minayo e Souza¹⁴, que alertam para a preponderância do narcotráfico nas comunidades carentes como um fator relevante para a disseminação da violência.

Contemporaneamente, o principal representante da delinquência nessas comunidades é o narcotráfico que, com características de uma organização totalitária, impõe pelo terror o seu poder, impedindo a organização civil dessa parcela da população. Dessa forma, trata-se, em geral, de uma população privada de direitos básicos, de cidadania moral e sem expectativas de cidadania política^{14:14}.

Foi ressaltada a educação como um importante instrumento para a prevenção e combate à violência. Essa educação é vista como relegada e, para ser efi-

ciente, deveria ser provida desde a infância, ao mesmo tempo em que deveria haver investimento na escola pública no sentido de diminuir as desigualdades.

Com educação, né, nas escolas eu acho que tem que começar desde cedo (A1).

[...] estamos caminhando a passos largos para perder o que temos mais essência, que é a educação. Eu acho que a educação é princípio da pirâmide que vai construir um mundo melhor pra todo mundo. [...] Enquanto não preocuparmos com isto a violência vai ficando mais abundante [...] (A2).

Se é possível? Eu acho que é possível, mas desde que esteja ligado também à base que é a educação. [...] eu acho que é na base, justamente onde está o maior descaso, na educação (CD1).

Acho que com muita educação mesmo. [...] Enquanto tiver essa diferença de favela, classe média, escola pública. Sem fortalecer a escola pública fica difícil (A12).

Ainda no tocante à educação, foi destacada a educação em saúde, presente nos programas educativos desenvolvidos pelos serviços de saúde e nas ações da equipe na unidade e no domicílio.

É um ponto importante pra gente prevenir [...]. No pré-natal, na abordagem de salão, nas visitas domiciliares, na orientação nas escolas das crianças sobre violência em geral. Mas a educação escolar tinha que ter dentro da escola matéria específica (AE4).

É possível prevenir violência sim. A gente previne violência com ações de educação em saúde. [...] os programas que são educativos a gente tem tido muita dificuldade, mas [...] quando consegue fazê-lo a gente vê o resultado (E1).

Esses achados estão em consonância com a discussão travada por Melo¹⁵, a qual afirma que a educação da população é imprescindível para o sucesso das políticas de prevenção da violência.

Apesar da crise do nosso sistema educacional, mudanças no quadro social passam necessariamente pela educação e a escola ainda é uma instituição forte, em que estão projetadas as perspectivas de crescimento de todas as classes

sociais. E os adolescentes estão lá. Estabelecer parcerias no sentido de potencializar os objetivos educacionais da escola é uma das diretrizes desta proposta, que reconhece na educação o terreno propício a uma atuação de caráter preventivo, comprometida com o desenvolvimento do ser humano e a construção de um mundo melhor.^{15:188}

A boa relação com o usuário, seu acolhimento e valorização foram aspectos ressaltados como importantes na prevenção da violência. Como foi dito, os entrevistados relataram ser a violência interpessoal de natureza verbal a mais presente no cotidiano dos centros de saúde. Contudo, para eles, a prevenção poderia se dar por meio do diálogo, da informação, da negociação, de uma postura humilde, da escuta e da valorização do usuário.

Prevenir, eu acho que sim. O jeito que trata o usuário, da forma que trata [...] acho que tudo é conversado. Você tem saber tratar o usuário. O dialogo é a melhor coisa (ASB1).

Eu acho que é possível. É preciso aumentar a informação ao usuário.

Deixar o paciente falar também. Negociar mais. Não fazer pra eles uma resposta restritiva (E3).

Acho que violência é prevenível, a princípio com informação, com atenção. [...] Muitas coisas é prevenível, dentre elas a violência também (M3).

A gente tem que entender por que a gente estudou, temos que ser mais humildes, ter a linguagem dele. Se falarmos com linguagem diferente ele não entende e não estamos tendo competência para falar na linguagem dele. [...] saber o que ele deseja, tem condição de resolver no dia ou tem que ter habilidade para explicar e saber o porquê não pode. Ele tem que sair sentindo que foi valorizado, tratado com consideração. Não é descarte (M2).

Eu acho que sim. [...] saber lidar com ela, controlar a situação, amenizar, conversar com tranquilidade, quando pessoa vier agressiva você está mais calma para receber ela. Ela vai se constranger e vai baixar a guarda, ver que não é assim [...] Acho que desta forma ajuda bastante pelo menos no nosso serviço; [...] Lá fora eu acho que órgãos de polícia, mas aqui dentro eu acho que tem como. É possível (AE1).

Melo¹⁵ destaca que a violência interpessoal reflete a incapacidade das pessoas em solucionarem os próprios conflitos, sendo que a prevenção passa pela equalização dessa situação. Para ela:

[...] a violência interpessoal demonstra uma incapacidade das pessoas em resolverem os conflitos por meio do diálogo e da aceitação das diferenças em relação ao pensar e ao agir. A busca pela solução dos problemas ou das divergências seria o caminho pacífico em contraponto à violência interpessoal.^{16:172}

O segundo grupo de entrevistados entendeu que é parcialmente possível prevenir a violência, relacionando essa parcialidade às características da população vinculada ao CS e à violência presente na comunidade. Destacaram ainda que o que se faz na unidade de saúde é pouco diante da complexidade do problema.

Olha, em alguns casos o sim, outros não. Alguns poucos casos sim, mas a maioria das vezes acho que não pela população que a gente lida (AE5).

Até certo ponto sim, até certo ponto não. Não tem como prevenir com atirador que sai do outro lado ali atirando. [...] Não tem como prevenir, o ACS tá trabalhando na área e aparece o tiroteio, não tem como (E2).

Aqui dentro não tenho como prevenir se estou em situação de estresse e ativa o gatilho do estresse [...] Há como prevenir? Há. Mas o que a gente faz aqui é muito pouco. É dando apoio um ao outro. Um ou outro profissional faz isso. [...] (AE2).

Apenas dois profissionais responderam ser impossível prevenir a violência, compondo o terceiro grupo. Essa impossibilidade foi relacionada à imprevisibilidade da violência e à violência existente na comunidade.

Não [não é possível prevenir] [...] aqui no bairro acho que não. Aqui é muito violento (A11).

Acho que não. A gente nunca sabe quando ela acontece [...]. Não tem como prevenir. A gente nunca sabe o temperamento da pessoa muda de uma hora pra outra (A5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já relatado, a inserção do tema da violência na saúde representa um desafio para a organização dos serviços, em especial a atenção primária à saúde, porta de entrada do sistema, bem como para os profissionais que nela atuam.

A APS, por meio da Estratégia da Saúde da Família, tem a seu encargo, entre outras questões, o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, tratamento e reabilitação de agravos, aí incluídos os decorrentes das situações de violência. Os profissionais atuantes na APS estão diretamente envolvidos no atendimento à violência, envolvendo este oportunizado pela territorialidade, pela sua proximidade com os usuários e pela proposta de implantação de uma atenção integrada e humanizada à população, incluindo-se as vítimas de violência.

Para os profissionais da APS/BH, a prevenção da violência foi entendida como possível, sendo esta uma atribuição de diferentes atores e propostas – governo, polícia, políticas públicas de combate ao desemprego e às drogas, ações educativas e de conscientização e da melhor relação profissional-usuário. Ou seja, a prevenção da violência seria possível num entendimento de que a mesma não se restringe à saúde, mas deve se associar a outras políticas públicas. Não foram identificadas diferenças no que se refere ao índice de vulnerabilidade dos CS estudados, o que indica a existência de violência em todos os estratos sociais.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist Ciênc Saúde*. 1998;IV(3):513-3.
2. Beato Filho CS, Silva B, Figueiredo A, Tavares R. Crime e estratégias de policiamento em espaços urbanos. *Dados*. 2008; 51(3):687-717.
3. Magalhães Jr HM. Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Reichenheim ME, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(4):595-603.
6. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):789-96.
7. Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Morais Neto OL *et al*. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiol Serv Saúde*. 2007;16(1):45-55.
8. Turci MA, organizador. Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
9. Ferreira MJ, Meireles AL, Andrade RMG, Santos MA, Tostes MLEPimenta FG, *et al*. Relato da experiência vivenciada em Belo Horizonte com as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Saúde. 2011. [citado em 2014 jun. 07]. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/ecp/files.do?evento=download...ivsade.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.
11. Godoy AS. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *ERA Rev Adm Empresas*. 1995;35(2):57-63.
12. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). Categorização do IVS 2012. [citado em 2015 jun. 06]. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download...ivsade.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
14. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(1):7-23.
15. Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: OPAS; 2010.
16. Melo EM. Promoção da saúde e prevenção da violência. *Rev Méd Minas Gerais*. 2010;20(2):141-272.

Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase: perfil dos usuários de centro de referência em hospital universitário de Belo Horizonte

Disability prevention and rehabilitation in leprosy: profile of users of referral center in a university hospital in Belo Horizonte

Luciana Miranda Barbosa Mello¹, Cynthia Rossetti Portela Alves¹, Thiago Adriano de Deus Queiroz¹, Nidia Bambirra², Bruna Saldanha Carneiro², Victor Vieira Santos², Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro¹, Marcelo Grossi Araújo¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Hospital das Clínicas, Serviço de Dermatologia. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Introdução: a hanseníase é endêmica no Brasil, tem morbidade importante devido ao seu potencial incapacitante. Deve ser tratada na atenção primária de saúde com ações hierarquizadas na rede de atenção e os centros de referência têm papel relevante para a abordagem das complicações da doença. **Objetivos:** descrever as características sociodemográficas e clínicas de usuários em acompanhamento de hanseníase assistidos no setor de prevenção de incapacidades e reabilitação em um centro de referência inserido em hospital universitário. **Métodos:** estudo transversal de natureza descritiva, que abrangeu todos os pacientes atendidos entre agosto de 2012 /2013, a partir de registros padronizados. **Resultados e discussão:** observou-se clientela com alto nível de vulnerabilidade devido à predominância da classificação clínica multibacilar e de eventos reacionais, elevado percentual de incapacidades instaladas (26%), sendo que, desses, 30% apresentavam mais de um segmento afetado. A baixa escolaridade (65%) e situação trabalhista desfavorável com 10% desempregados e 22% com benefícios temporários do INSS podem agravar as incapacidades. O centro de referência cumpre seu papel no nível regional e estadual, abrangendo regiões que não têm referências próximas. **Considerações finais:** evidenciou-se a vulnerabilidade dos indivíduos atendidos, devendo-se considerar a importância do seguimento pós-alta dos casos de hanseníase, especialmente dos multibacilares e daqueles que apresentam reações.

Palavras-chave: Hanseníase; Reabilitação; Complicações; Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is endemic in Brazil, and has important morbidity due to its incapacitating potential. It should be treated in Primary Health Care with hierarchical actions in the care network and referral centers have a relevant role in approaching the complications of the disease. **Objectives:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics of leprosy patients assisted in the disability prevention and rehabilitation sector in a referral center in a university hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study, covering all patients seen between August 2012/2013, based on standardized records. **Results and Discussion:** A high level of vulnerability was observed due to the predominance of multibacillary clinical classification and reactional events, with a high percentage of installed disabilities (26%), of which 30% had more than one affected segment. The low schooling level (65%) and unfavorable employment situation with 10% unemployed and 22% with temporary INSS benefits may leads to progressive worsening of disabilities. The reference center fulfills its role at the Regional and State level, covering regions that do not have close references. **Final considerations:** The vulnerability of the individuals treated was evidenced, and the importance of post-discharge follow-up of leprosy cases, especially the multibacillary one and those with reactions, should be considered.

Key words: Leprosy; Rehabilitation; Complications; Disabled Persons.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Luciana Miranda Barbosa Mello
E-mail: seupasso@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O advento da poliquimioterapia (PQT) e a reestruturação do programa de controle da hanseníase, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), promoveram melhoria na qualidade da atenção aos doentes e declínio significativo da endemia no Brasil.¹ Apesar da tendência decrescente observada nos coeficientes de detecção de casos novos, a hanseníase ainda se configura entre as doenças infecciosas de notificação compulsória de grande relevância social e econômica, em especial por sua evolução crônica e morbidade relacionada às reações imunológicas, incapacidades e deformidades e ao estigma e preconceito que ainda acompanham as pessoas acometidas pela doença.

A estratégia global preconizada para o controle da hanseníase, compreendida no período de 2016-2020, busca ampliar as ações dos governos para sua eliminação e suas consequências, bem como acabar com a discriminação e promover a inclusão. Para tanto, os governos se dispuseram a trabalhar para garantir diagnósticos sem incapacidades instaladas em crianças (menores de 15 anos) e diminuir para menos de um caso por milhão de habitantes os casos com grau 2 de incapacidade.²

A principal ação para prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas é o diagnóstico oportuno. O tratamento da hanseníase deve ser o mais acessível possível, realizado preferencialmente na atenção primária à saúde (APS), com suporte dos serviços de referência. A Portaria 149/16 reforça a importância do diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância de contatos domiciliares, em razão do potencial incapacitante da hanseníase.³ Para atenção integral à pessoa com hanseníase e suas complicações, os serviços de saúde com incorporação de tecnologias diferenciadas na rede hierarquizada devem se estruturar, organizar e oficializar as referências municipais, estaduais e regionais e o sistema de contrarreferência, conforme as políticas vigentes do SUS. Diante de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hanseníicas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta, o caso deve ser encaminhado para os serviços de referência.³

Durante a PQT e após a alta, em especial, o profissional de saúde deve ter atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, visando ao diagnóstico precoce e tratamento adequado das

neurites e reações.⁴ A prevenção de incapacidades em hanseníase inclui um conjunto de medidas que visam evitar que danos físicos, emocionais e socioeconômicos ocorram ou evitar suas complicações ou sequelas. As ações de prevenção e tratamento das incapacidades físicas devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, para todos os doentes. Podem ser realizadas nas unidades de saúde por meio de técnicas simples como a educação em saúde, exercícios preventivos, órteses, adaptações de calçados e de instrumentos de trabalho e cuidados com os olhos. Os casos de incapacidade física que requererem técnicas complexas devem ser encaminhados aos serviços especializados ou serviços gerais de reabilitação.³

O Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (SD-HC/UFMG) participa, desde 1986, do Programa de Ações e Controle da Hanseníase. Em 1989, ocasião em que a PQT foi implantada no local, passou a atuar como referência clínica para o estado de Minas Gerais. Desde então, conta com uma equipe multiprofissional e vem oferecendo suporte clínico para as dificuldades diagnósticas e terapêuticas encontradas na atenção primária à saúde. Na perspectiva de integralidade, o setor de prevenção de incapacidades/reabilitação (PI/R) desenvolve ações direcionadas para autonomia e reinserção social dos pacientes. O objetivo deste estudo foi descrever as características sociodemográficas e clínicas de usuários em acompanhamento de hanseníase assistidos no setor de PI/R do SD-HC/UFMG.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva. No setor de PI/R do SD-HC/UFMG, no período de agosto de 2012 a agosto 2013, foram atendidos 214 indivíduos que compuseram a população do estudo. Todos estavam em acompanhamento para hanseníase. Foram incluídos todos os pacientes que compareceram no período analisado, com diagnóstico de hanseníase (em tratamento com PQT ou em acompanhamento pós-alta da PQT) e foram excluídos aqueles que, no mesmo período, encontravam-se em propeidética ou apresentavam outras doenças em acompanhamento no mesmo setor.

Os dados foram obtidos por meio de consulta aos prontuários, cujo registro segue o protocolo nacional de Avaliação Neurológica Simplificada e classifica-

ção do Grau de Incapacidade (GI) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Foram explorados os aspectos sociodemográficos (idade, sexo, grau de escolaridade e ocupação), clínicos (comprometimento dos segmentos – olhos, mãos e pés, diagnóstico por forma clínica: paucibacilar (PB) e multibacilar (MB), situação de tratamento e grau de incapacidade – zero, 1, 2). Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 14.0 para a confecção do banco de dados e análise dos resultados. Os resultados obtidos a partir das informações coletadas são apresentados de forma descritiva em tabelas e gráficos com as porcentagens e frequências simples.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFMG – COEP, pelo parecer nº 490.425, CAAE-23450713.2.0000.5149.

RESULTADOS

Dos 214 pacientes, 125 (58,4%) eram do sexo masculino e 89 (41,6%) do sexo feminino. A maior parte estava na faixa etária entre os 20 e 60 anos – 148 (69,2%). A escolaridade foi informada para 213, 50% tinham ensino fundamental incompleto; 15% sem escolaridade; 14% com ensino médio completo; 7,5% com ensino médio incompleto; 6,1% com fundamental completo; 4,2% com superior completo e 2,8% com superior incompleto. A ocupação dos pacientes atendidos foi diversificada: quanto à situação trabalhista predominou a situação de aposentados para 62 (29%) e dos que recebiam benefício do INSS (22,4% – 47 pacientes). Os demais pacientes, 20,1%, estavam empregados, 10,7% eram autônomos, 10,3% desempregados e 7,5% estudantes ou outros.

Quanto à procedência, verificou-se que, das 10 regiões de Minas Gerais, havia pacientes provenientes de sete. A maior parte (68,2%) foi da região central do estado, enquanto que os demais foram provenientes das outras regiões, em percentual semelhante, excetuando-se o Triângulo, Alto Paranaíba e noroeste de Minas, regiões de onde não vieram pacientes. Do sul de Minas apenas um caso (Figura 1). O tempo de doença diagnosticada variou de menos de um ano a mais de 20 anos (1990 a 2013).

A quase totalidade dos pacientes – 202 (94,4%) –, em relação à classificação operacional, era de multibacilares e 192 (89,7%) estavam em alta do tratamento. Do total, 197 (92,4 %) apresentaram reações han-

sênicas no último ano. Observou-se que 79 (37%) dos pacientes apresentavam grau de incapacidade zero, 79 (37%) com grau 1 e 56 (26%) com grau 2 de incapacidade. Dos pacientes com grau 2, 69,6% eram da região central do estado e 41,1% estavam recebendo benefício do INSS ou se encontravam aposentados (26,8%). Dos pacientes com ensino superior completo, 66,7% tinham grau zero de incapacidade.

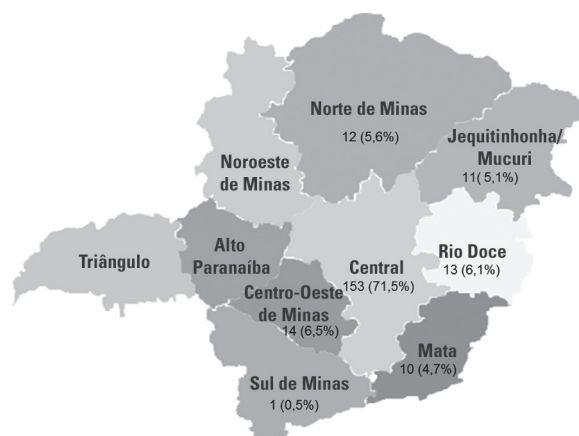


Figura 1 - Distribuição dos pacientes atendidos no setor de PIR/HC/UFMG – agosto de 2012 a agosto de 2013 – por região territorial no estado de MG.

Ao se analisar os principais segmentos corporais acometidos nos pacientes com hanseníase, observou-se que os pés foram os mais acometidos quando em grau 1, seguido por olhos e mãos. Já no grau 2, os segmentos acometidos variaram de forma semelhante entre pés e mãos e os olhos ficaram em último lugar (Figura 2). De acordo com o escore EHF⁵ (OLHO MÃO PÉ), 29,8% (64 pacientes) apresentavam comprometimento em mais de um segmento.

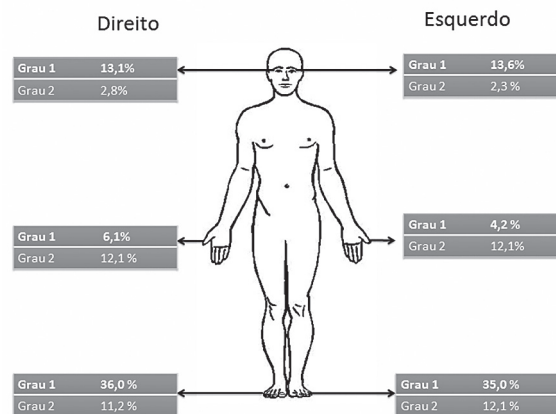


Figura 2 - Comprometimento dos segmentos segundo os graus de incapacidade.

DISCUSSÃO

Os centros de referência de hanseníase (CR) cumprem o papel de atender a casos de maior complexidade, dando suporte ao trabalho desenvolvido na APS. Portanto, é nesse contexto que os dados discutidos devem ser vistos. Trata-se, portanto, de uma limitação do estudo, que analisou casos de um CR. A maior parte das pesquisas mostra discreta predominância da hanseníase no sexo masculino,⁶⁻⁸ embora alguns estudos relatem maior prevalência no sexo feminino.^{9,10} O predomínio da doença entre os homens, verificado neste estudo, poderia ser mais bem explicado pelo fato de que a demanda do setor de PI/R tem relação com a ocorrência de reações/neurites e de tratamento de sequelas, sendo ambas as situações relacionadas ao diagnóstico tardio.^{11,12} O tipo de trabalho e a questão do sexo são fatores relacionados ao diagnóstico tardio.¹² Chama a atenção o fato de quase 70% dos indivíduos estarem numa faixa etária produtiva, do ponto de vista laboral. Isso acarreta representativo ônus social e financeiro para o indivíduo, suas famílias e para o sistema de saúde e previdência social do país.^{10,11} Essa cadeia de infortúnios, por sua vez, reforça o lastro de miséria e preconceito que, muitas vezes, acompanha a doença.

Se, por um lado, teve-se quase um terço dos indivíduos em situação de aposentadoria, de outro lado, 22% deles estavam na dependência de benefícios do INSS. Não se avaliou o motivo de aposentadoria dos casos nessa situação em relação aos casos de afastamento. Sabe-se, pela prática da equipe que atua junto a esses pacientes, que é uma situação de grande tensão para esses indivíduos, considerando o rigor e a grande variação do julgamento dos peritos do INSS. Frequentemente, casos graves e de difícil controle são liberados para o trabalho, o que na prática significa desemprego e redução de ganho financeiro. A questão do trabalho torna-se mais complexa quando se considera a escolaridade desse grupo, 50% com ensino fundamental incompleto e 15% sem escolaridade, situação pior do que a média da população de Minas Gerais.¹³ A literatura confirma a baixa escolaridade dos indivíduos diagnosticados com hanseníase¹⁰ e esse é um fator limitante para a readaptação a outros tipos de trabalho quando da liberação do afastamento previdenciário.

O GI observado no ingresso desses pacientes mostra elevado percentual com o grau 2 (26%), número muito superior à média observada entre os ca-

sos novos diagnosticados no estado.¹⁴ Embora este não seja um estudo prospectivo, esse percentual se assemelha ao que é descrito na literatura como o percentual de pacientes que desenvolverão GI 2 ao longo do curso da doença, mesmo com o tratamento adequado.¹⁵ A vulnerabilidade dos indivíduos com o GI 2 é intrinsecamente maior pela própria característica clínica de sequelas sensitivo-motoras já instaladas, e é exatamente nesse grupo que se verificou maior percentual em situação previdenciária de afastamento temporário (41%). Outro dado preocupante é que 30% dos indivíduos com o GI 2 tiveram escore EHF mostrando comprometimento de mais de um segmento, agravando, portanto, sua situação de incapacidade/vulnerabilidade.

Verificou-se que a abrangência do CR avaliado é bastante ampla para o estado. A localização geográfica na área central coincide com o maior número de casos dessa região. Chama a atenção o número expressivo de casos das regiões da Mata, norte e nordeste de Minas Gerais. Essa última região abriga um dos aglomerados de casos do país e não dispõe de um CR mais próximo. Em contrapartida, as regiões do Triângulo, Alto Paranaíba e noroeste de Minas, que têm o CR da Universidade Federal de Uberlândia próximo delas, não enviaram casos no período estudado. A endemia de hanseníase, excetuando-se o nordeste de Minas, está em declínio no estado de Minas Gerais como um todo.¹⁴ Os CRs são necessários para dar suporte e formação especialmente no momento de declínio da doença, situação que também leva à diminuição do número de profissionais com a expertise necessária para manter essas ações.¹⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que este estudo revelou uma assistência a pacientes com nível de vulnerabilidade elevado devido à classificação clínica multibacilar, a eventos reacionais e ao potencial para desenvolvimento e/ou agravamento de incapacidades. Salienta a necessidade de acompanhamento no pós-alta que, nesta avaliação, demandou grande parte da assistência na rotina no setor de PI/R para a importância da manutenção de CR para a atenção integral; e para a necessidade de mais estudos para avaliar em profundidade a questão trabalhista e previdenciária de pessoas acometidas por hanseníase na nossa região.

REFERÊNCIAS

1. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG. The influence of increased access to basic healthcare on the trends in Hansen's disease detection rate in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Soc Bras Med Trop* 2008;41:6-10.
2. World Health Organization. Global leprosy situation, 2016. *Week Epidemiol Rec*. 2016;35(91):405-20.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 149, de 04 de fevereiro de 2016. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. Brasília: MS; 2016.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília: MS; 2008.
5. Ebenso J, Ebenso BE. Monitoring impairment in leprosy: choosing the appropriate tool. *Lepr Rev*. 2007;78:270-80.
6. Silva AR, Matos WB, Silva CCB, Gonçalves EGR. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(6):691-4.
7. Oliveira FFL, Macedo LC. Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. *SaBios Rev Saúde Biol*. 2012;7(1):45-51.
8. Lastória JC, Marcharelli CA, Putinatti MA. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. *Hansen Int*. 2003;28(1):53-8.
9. Leite KKC, Costa JML, Barral A, Caldas AJM, Corrêa RGCF, Aquino DMC. Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. *Cad Saúde Coletiva*. 2009;17:235-49.
10. Araújo AERA, Aquino DMC, Goulart IMB, Pereira SRF, Figueiredo IA, Serra HO, *et al*. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):899-910.
11. Gonçalves SD, Sampaio RF, Antunes CME. Predictive factors of disability in patients with leprosy. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):267-74.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Princípios e Diretrizes. Brasília: MS; 2008.
13. Fundação João Pinheiro. O Governo do estado de Minas Gerais apresenta dados da pesquisa por amostra de domicílios. [citado em 2016 nov. 11]. Disponível em: <http://fjp.mg.gov.br/index.php/noticias-em-destaque/3110-governo-de-minas-apresenta-dados-da-pesquisa-por-amostra-de-domicilios>
14. Ministério da Saúde (BR). Situação epidemiológica. [citado em 2016 nov. 11]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseníase/11298-situacao-epidemiologica>
15. Sales AM, Campos DP, Hacker MA, Costa Nery JA, Duppre NC, Rangel E, *et al*. Progression of leprosy disability after discharge: is multidrug therapy enough? *Trop Med Int Health*. 2013;18(9):1145-53.
16. Alves CRP, Ribeiro MMF, Melo EM, Araújo, MG. Ensino da hansenologia: desafios atuais. *An Bras Dermatol*. 2014;89(3):454-9.

Profissionais da saúde e cultura machista

Health professionals and male chauvinist culture

Cristiane Savala Rezende Brandão¹, Enylda Motta Gonçalves Antunes¹, Hudson André de Jesus¹, Laudna Maria Pontes Milhioli¹, Marcell Felipe Alves dos Santos¹, Mariana Carla de Freitas¹, Patricia Gonzalez¹, Viviane Nunes Pinto¹

RESUMO

Este artigo trata da análise de dados da pesquisa realizada com profissionais da área da saúde da rede de Belo Horizonte, matriculados no Curso Para Elas de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, da Faculdade de Medicina da UFMG, na modalidade de ensino a distância. O objetivo foi analisar a percepção desses profissionais sobre relações de gênero, especialmente a cultura machista. A metodologia consistiu de realização de entrevistas semiestruturadas, com a utilização de questionários autoaplicáveis, *online*, por meio da plataforma FormSUS. Como resultado, pode-se perceber que ainda persistem valores machistas pautando percepções sobre relações de gênero, mesmo entre profissionais de saúde, entre os quais, era de se esperar, eles não existissem mais. Tal fato reitera a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atendem as mulheres vítimas de violência e serão importantes para o avanço para relações de gênero mais igualitárias.

Palavras-chave: Violência; Identidade de Gênero; Mulheres; Pessoal de Saúde; Violência contra a Mulher.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

This article deals with the data analysis of the research carried out with professionals from the Belo Horizonte network, enrolled in the Update Course for Women, of Integral Attention to Women 's Health in Situation of Violence, Faculty of Medicine / UFMG, in the modality of teaching Distance, with the objective of analyzing the perception of these professionals on gender relations, especially, the macho culture. The methodology consisted of semi-structured interviews, using self-administered questionnaires, online, through the FormSUS platform. As a result, it can be seen that there are still male chauvinist values guiding perceptions about gender relations, even among health professionals, among whom, it should be expected, they did not exist anymore. This fact reiterates the need for training of health professionals who attend women victims of violence. They will be important for the advancement towards more egalitarian gender relations.

Key words: Violence; Gender Identity; Woman; Health Personnel; Violence Against Women.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher tem raízes profundas que se disseminaram por meio da cultura e que ainda perduram na contemporaneidade. Essa violência decorrente do sexo, seja física, moral, sexual, verbal, psicológica ou patrimonial, é a materialização de uma relação de poder que acompanha a história da humanidade. Argumenta Tavares¹ que a violência de gênero não diz respeito ao aspecto biológico, mas sim aos papéis

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Marcell Filipe Alves dos Santos
E-mail: marcell.filipe@hotmail

impostos a homens e mulheres, reforçados por uma sociedade culturalmente patriarcal.

Atualmente a violência passou a ser vista como um problema de saúde pública, contudo, o setor de saúde nem sempre oferece uma resposta satisfatória à questão. Muitas vezes os profissionais se sentem tão despreparados que não identificam as mulheres em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas trazem evidências da violência ocorrida. Tratam as lesões sem adentrarem na causa, quando na verdade deveriam averiguar a situação e procederem à notificação, a qual é uma obrigação legal. Segundo Villela², os espaços e fluxos de trabalho são pouco adequados à tarefa tão sensível e a percepção dos profissionais é permeada por estereótipos de sexo e visões machistas.

Pensando na atuação de profissionais de saúde no atendimento a mulheres em situação de violência, este artigo tem o objetivo de analisar a percepção dos profissionais sobre as relações de gênero, especialmente a presença de valores da cultura machista entre profissionais de saúde que atuam na cidade de Belo Horizonte, inscritos no Curso Para Elas/UFMG.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo-exploratório com abordagem quantitativa cuja amostra está composta de profissionais de saúde que atuam na cidade de Belo Horizonte^a e que efetivaram sua matrícula no curso de atualização em *Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência*.

Todos os profissionais matriculados tiveram acesso ao questionário *online*, que continha perguntas abertas e fechadas. Tal questionário, composto de 66 questões, foi aplicado por meio da plataforma FormSUS (serviço do DataSUS para a criação de formulários na Web), após a aceitação do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Seu preenchimento ocorreu entre os meses de abril 2014 e setembro de 2016. O *link* de acesso ao questionário foi enviado por *e-mail* previamente cadastrado, com *login* e senha individual. Os dados foram colhidos em planilha do *Excel* e exportados para o programa estatístico SPSS 19.0v., com o qual foram feitas as análises que serão apresentadas. Foram estudadas neste artigo as variáveis sociodemográficas e as referentes às relações de gênero.

^a Questionários preenchidos por profissionais que não trabalhavam na cidade de Belo Horizonte-MG foram adotados como critérios de exclusão.

RESULTADOS

Participaram do estudo 230 profissionais, em sua maioria mulheres – 173 (75,2%) – e 57 homens (24,8%), com idade acima de 20 anos (66,1% estão entre os 20 e 39 anos). Na pesquisa, 56,1% dos profissionais afirmaram trabalhar em instituições que fazem atendimentos a mulheres em situações de violências, já 29,6% sugerem o contrário, não trabalham. E, por fim, 14,4% não souberam responder. A Figura 1 mostra o perfil de formação dos profissionais que participaram da entrevista.

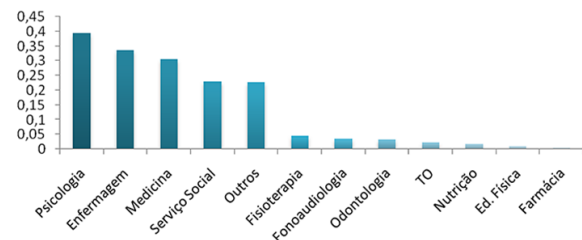


Figura 1 - Perfil de formação dos profissionais. Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 1 mostra os aspectos culturais relativos a relações de gênero, adotados pelos profissionais. Verifica-se que, mesmo para questões de forte ingrediente de poder na relação entre homem e mulher, como é o caso da mulher dever obediência ao marido ou ser obrigada a ter relações com eles, encontrou-se a concordância de alguns profissionais. Embora poucos concordem com o silêncio sobre a violência doméstica, muitos defendem um ponto de vista que chega a ser contraditório, de que problemas familiares devem ficar circunscritos à família. Por fim, e muito importante, é significativo o percentual de profissionais que atribuem a responsabilidade da violência à mulher e muito elevado o percentual de profissionais que acreditam que o sucesso da mulher incomoda o homem.

Entre os entrevistados, 203 (88,3%) têm opinião de que as mulheres também praticam violência contra os homens.

Sobre os principais obstáculos dos profissionais que fazem algum tipo de atendimento a mulheres, os profissionais relatam estrutura física inadequada (57%); equipe multiprofissional incompleta (61,3%); ausência de redes que possam ser referência para casos de encaminhamento (53%); e capacitação insuficiente (61,8%).

Tabela 1 - Aspectos culturais, segundo sexo, entre profissionais que atuam na cidade de Belo Horizonte matriculados na disciplina a distância oferecida pelo projeto Para Elas - abril de 2014 a setembro de 2016

Aspectos culturais envolvidos em relações de gênero	Concordam com a afirmação		Total Machismo
	Mulheres N=173	Homens N=54	
Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele.	7 (4%)	3 (5%)	10 (5,4%)
Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família, ou seja, “a roupa suja deve ser lavada em casa”.	40 (23%)	13 (24%)	53
É importante para o homem mostrar à sua parceira quem é que manda.	5 (3%)	2 (3%)	7(3,8%)
Uma mulher deve escolher seus próprios amigos, mesmo quando seu marido não concorda.	29 (17%)	16 (30%)	55(24,2%)
É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido/parceiro mesmo quando não estiver com vontade.	2 (1%)	2 (3%)	4(2,2%)
Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família não devem intervir, ou seja, “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”.	5(3%)	3 (5%)	8(4,3%)
As formas como as mulheres se vestem e/ou se comportam justificam a violência sexual.	15 (9%)	7(13%)	22(11,8%)
O sucesso financeiro da mulher incomoda o homem.	133 (77%)	31 (57%)	164 (22%)

Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Segundo Lettiere³, a violência contra a mulher, embora presente na maioria das sociedades, continua sendo considerada um fenômeno quase invisível e muitas vezes aceito socialmente como “normal”; uma situação esperada e costumeira, o que pode explicar por que ainda há profissionais, inclusive do sexo feminino, que concordam que as mulheres devam obedecer ao marido mesmo que discorde dele. Mais importante ainda é o fato de muitos profissionais adotarem o ditado de que a roupa suja se lava em casa, principalmente porque os motivos que dificultam o rompimento da relação violenta são atos e sentimentos apreendidos socioculturalmente como a censura da família e da comunidade, a dependência afetiva e econômica; e assim as vítimas buscam não expor os problemas internos familiares⁴.

Os resultados mostram que ainda há profissionais da saúde que lidam com a questão da violência contra as mulheres e possuem uma visão completamente distorcida, entendendo que a mulher deve se submeter às vontades dos homens. Nesse sentido, enfatiza Falcke⁵ que, em nossa sociedade tradicional, esperava-se da mulher delicadeza, subordinação e obediência: era vista como a principal responsável pelo cuidado da casa, do marido e dos filhos. Os homens, por sua vez, eram educados de modo proativo. Considerados os principais provedores e chefes de família, tinham a obrigação de serem fortes e corajosos. As culturas patriarcais, durante muito tempo, reforçaram as diferenças entre homens e mulheres, colocando os primeiros em posição hierárquica superior, fato favorecedor da violência e que prevalece nos dias atuais.

Argumenta, ainda, Tavares⁶ que a violência de gênero não está pautada nas diferenças biológicas entre

homens e mulheres e sim os papéis que lhes são impostos, reforçado por culturas patriarcais que estabelecem relações de violência entre os sexos. Segundo Gomes e Diniz⁷, nessas sociedades, homens e mulheres encontram-se ancorados em papéis sociais de gênero, nos quais o homem tem o direito de controlar os desejos e as vontades de suas parceiras.

Importante proporção de profissionais concorda que a forma de a mulher se vestir justifica a violência, encontrando-se, portanto, uma percepção machista em que se espera que ela não deva existir, o que é corroborado pelo trabalho de Franzoi⁸, no qual o autor notifica a influência da cultura de dominação masculina na perspectiva pessoal, independentemente da formação e da profissão exercida.

Bourdieu⁹ mostra que a cultura opressora está sólida em todos nós e que “a força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificção: a visão androcêntrica se impõe como neutra e não tem necessidade se enunciar em discursos que visem a legitimá-la”. Segundo ele, os homens se sentem incomodados a partir do momento em que a diferença biológica entre os sexos não é mais vista como “justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho”. É compreensível, pois, o incômodo frente ao *sucesso financeiro da mulher, pois ele é exemplo concreto que se contrapõe à naturalização biológica da dominação*.

Como conclusão, reitera-se a necessidade de investimento nos profissionais de saúde, para que eles possam ser capazes de identificar a cultura machista e refletir sobre ela, criando condições de enfrentá-la de forma diferente e não pela ótica do senso comum, que estaria

mais propensa, pela força da cultura vigente, a reproduzir a dominação masculina.

REFERÊNCIAS

1. Tavares DMC. Violência contra mulher: um problema de saúde pública [dissertação]. São Paulo: Departamento de Prática de Saúde, Universidade de São Paulo; 2000. 113f.
2. Villela W, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):471-5.
3. Lettiere A, Nakano AMS, Rodrigues DT. Violence against women: visibility of the problem according to the health team. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 [citado em 2016 fev. 20]; 42(3):467-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300008&lng=pt.
4. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Rev Soc Estado*. 2014; 29(2):20-4.
5. Falcke D. Violência conjugal: um fenômeno interacional. *Contextos Clínicos*. 2009; 2(2):81-90.
6. Tavares DMC. Violência doméstica uma questão de saúde pública. São Paulo: USP; 2000.
7. Gomes NPG, Diniz NMF. Homens desvelando as formas da violência conjugal. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(2):262-7.
8. Franzoi NM, Fonseca RMGS, Guedes RN. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011 [citado em 2016 out. 15]; 19(3):589-97. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_19.pdf
9. Bourdieu P. A dominação masculina. 13ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.

Promoção de saúde e a situação de violência entre os usuários da atenção primária à saúde

Health promotion and the violence among users of primary health care

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro¹, Elza Machado de Melo², Ricardo Tavares², Victor Hugo Melo²

RESUMO

Objetivos: o estudo visa analisar a relação entre a promoção de saúde e a situação de violência entre os usuários das unidades de saúde da atenção primária no município de Ribeirão das Neves-MG. **Métodos:** trata-se de estudo de abordagem quantitativa cuja metodologia consiste de entrevistas semiestruturadas com usuários da atenção primária do referido município. **Resultados:** foram entrevistados 628 usuários de 58 unidades básicas de saúde. Observou-se que as violências mais frequentes foram: verbal, psicológica e tentativa de suicídio e que o desenvolvimento de ações de prevenção à violência na atenção primária é baixo. **Conclusão:** a não realização de ações de promoção de saúde na atenção primária à saúde do município favorece a violência, enquanto a existência delas poderia ter grande potencial para a prevenção da violência.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Violência.

¹ Prefeitura Municipal de Ribeirão das Neves, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Ribeirão das Neves, MG – Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Objectives: The study aims to examine the relationship between health promotion and the violence among users of the Health Units Primary, in Ribeirão das Neves (MG). **Methods:** this is a quantitative approach study whose methodology consists of semi-structured interviews with users of Primary Care of the municipality. **Results:** a total of 628 users of 58 Basic Health Units was observed that the most frequent violence were. Verbal, psychological and attempted suicide, and that the development of actions to prevent violence in Primary Care is low. **Conclusion:** failure to carry out health promotion activities in primary municipal health favors violence, while their existence could have great potential for the prevention of violence.

Key words: Health Promotion; Primary Health Care; Violence.

INTRODUÇÃO

Refletir sobre a relação da promoção de saúde com a situação de violência entre usuários da atenção primária é evidenciar a importância da abrangência de possíveis intervenções que a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) pode englobar. Dessa forma, a atenção primária de saúde, concepção fundamentada em um novo modelo de atenção com uma nova estruturação ética social e cultural, apresenta-se como um campo fértil para o desenvolvimento de promoção de saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro.¹

Entende-se que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Márcia Maria Rodrigues Ribeiro
E-mail: marciapsico2004@yahoo.com.br

risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. A estratégia em questão visa à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defende radicalmente a equidade e incorpora a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.²

O compromisso do setor saúde na articulação intersectorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos. Portanto, compreende-se a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. Assim sendo, é tarefa do setor saúde, nas várias esferas de decisão, convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.²

A sociedade contemporânea se depara com o desafio de enfrentar o fenômeno da violência, que se apresenta multifacetado com raízes biológicas, psicológicas, sociais, culturais e ambientais; desse modo, apostar no desenvolvimento de ações de promoção de saúde sinaliza uma possível brecha de encaminhamento para encontrar solução para o problema.³ O presente estudo, realizado nas unidades básicas de saúde da atenção primária na cidade de Ribeirão das Neves-MG, teve por objetivo investigar se a promoção de saúde, voltada para a atuação sobre determinantes sociais, poderia contribuir para o enfrentamento e prevenção da violência.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal cuja metodologia foi constituída de entrevistas estruturadas com usuários das 58 unidades básicas de saúde (UBS) do município de Ribeirão das Neves-MG. A amostra de usuários foi calculada com margem de erro de 3,7% para mais ou para menos, sendo seu recrutamento distribuído entre as unidades, 10 a 12 usuários em cada uma delas, escolhidos aleatoriamente. Os critérios de inclusão foram: ser morador do local há mais de um ano e ter sido atendido pelo menos uma vez na UBS a que está vinculado. O questionário utilizado como instrumento das entrevistas foi objeto de discussão de disciplina metodológica do Programa de

Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência durante um semestre e, posteriormente, foi submetido à apreciação de especialistas em duas oficinas e, por fim, testado com usuários e profissionais no próprio município. As entrevistas foram realizadas nas UBS, em local apropriado para garantir a privacidade dos usuários. Uma vez respondidos, os questionários foram codificados e digitados com dupla entrada de digitação, em bancos de dados, utilizando-se o *software* SPSS.

Para a execução desta pesquisa foram observadas as orientações preconizadas na Resolução nº 196/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que envolve pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), sob o número 01140812.1.0000.5149. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após serem informados a respeito do estudo e da confidencialidade dos dados colhidos durante sua realização.

RESULTADOS

Do total de 628 questionários analisados, predominaram as seguintes características sociodemográficas da população estudada: sexo (feminino: n=426; 73,6%); raça/cor (parda: n=361; 57,8%); estado civil (casado/união estável: n=394; 62,7%); grau de instrução (ensino fundamental incompleto: n=296; 48,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Com início de ação e meia-vida dos opioides

Características	N	%	Valor p
Sexo			
Homem	166	26,4	<0,0001
Mulher	426	73,6	
Faixa etária (anos)			
Até 24	104	16,7	<0,0001
25 a 29	62	10,0	
30 a 39	150	24,1	
40 a 49	107	17,2	
50 a 59	83	13,3	
60 ou mais	116	18,6	
Raça/cor			
Branca	119	19,0	<0,0001
Preta	112	17,9	
Parda	361	57,8	
Amarela	33	5,3	

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Com início de ação e meia-vida dos opioides

Características	N	%	Valor p
Estado Civil			
Casado/União estável	394	62,7	<0,0001
Solteiro	160	25,5	
Separado/Divorciado	41	6,5	
Viúvo	33	5,3	
Grau de instrução			
Analfabeto	1	2,0	0,1625
Ensino fundamental incompleto	296	48,1	
Ensino fundamental completo	80	13,0	
Ensino médio incompleto	79	12,8	
Ensino médio completo	142	23,1	
Ensino superior incompleto	9	1,5	
Ensino superior completo	8	1,3	
Especialização	1	0,2	
Renda Familiar			
Até um salário mínimo	178	30,1	0,4483
2 a 3 salários mínimos	324	54,7	
4 a 5 salários mínimos	68	11,5	
Acima de 5 salários mínimos	22	3,7	
Trabalho			
Trabalha e está em atividade	222	35,4	<0,0001
Trabalha, mas não está em atividade no momento	94	15,0	
Já trabalhou, mas não trabalha mais	267	42,6	
Nunca trabalhou	44	7,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

A respeito da percepção da população sobre a situação da violência no município, foi contatado que a violência verbal foi a mais frequente (n=164; 26,1%), seguida da violência psicológica ou moral (n=134; 21,3%), violência física (n=51; 8,1%) e violência sexual (n=12; 2,0%). Observou-se elevado número de usuários que conhecem alguém que foi assassinado no bairro (n=414; 66,0%), além dos que afirmaram terem algum familiar ou parente que foi assassinado (n=206; 33,0%). Acerca da violência autoinfligida (n=84), 13,4% dos usuários admitiram já haver tentado o suicídio.

Verificou-se que existe predominância entre os usuários da não identificação do desenvolvimento de ações de prevenção à violência da unidade básica de saúde (n=500; 80,0%) e que apenas uma minoria deles afirma que a UBS realiza ações de prevenção (n=86; 14,0%). Ao serem perguntados sobre quais seriam essas ações, a maioria dos usuários não sabia responder quais delas eram desenvolvidas (n=575;

92,0%). Notou-se também que apenas 3% dos entrevistados identificaram a existência de ações de prevenção nas unidades de saúde. Aproximadamente 1% dos usuários citou a colocação de cartazes e faixas como ações de prevenção à violência. Esse mesmo percentual de usuários acredita ser função da polícia o desenvolvimento de ações de prevenção à violência (Figura 1).

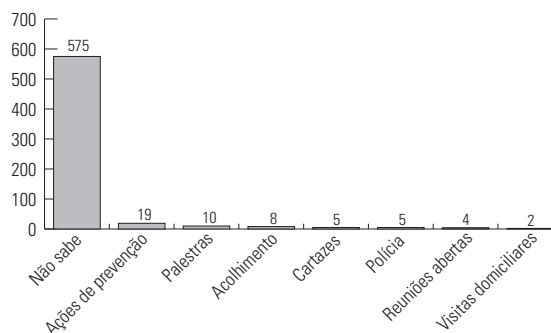


Figura 1 - Ações de prevenções desenvolvidas pela UBS, Ribeirão das Neves, 2012.

Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

Diante dos dados, infere-se que a maioria do público que frequenta as unidades de saúde são mulheres, com ensino fundamental incompleto, em idade produtiva, mas que, no momento, encontrava-se afastada do mercado de trabalho. Esse é um cenário que maximiza uma situação desafiadora para a gestão do município, considerando que a renda *per capita* disponível para a administração local é insuficiente para atender às demandas sociais e econômicas.⁴

Existe um entendimento de que as causas da violência são multifatoriais e que, no nosso meio, são resultantes de fatores econômicos – desemprego, pobreza, desigualdades – e de precárias condições de moradia e de acesso a serviços essenciais tais como escola, saúde, transporte coletivo, assistência social, lazer e segurança pública.⁵ Dessa maneira, compreender a violência implica considerar todos esses fatores, identificar e respeitar as características do território e dos determinantes sociais.

Outro dado importante que se destaca no campo de estudo é o fato de que existem cinco unidades do sistema prisional no município, sendo quatro públicas e uma público-privada, esta última ainda operando parcialmente, sendo a primeira do gênero no Brasil. É interessante notar que a população presidiária repre-

sentará, até a finalização do presídio privado, cerca de 30,0% da população carcerária do estado. Tal situação é potencializada pela chegada de familiares que vêm acompanhando seus entes e trazendo consigo novas demandas e necessidades das mais diferentes naturezas, influenciando, assim, os determinantes sociais.

A violência pode ser classificada em: autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva, em que se categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas. Segundo Minayo (2005, p. 24)⁶: “[...] à classificação criada pelo Relatório da OMS⁷ acrescenta-se um tipo de violência que aqui se denomina estrutural. Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia [...]. Difícil de ser quantificado, aparentemente, sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos [...]”. Desse modo, a violência estrutural se instala e sinaliza um tipo de violência enraizada e silenciosa, que acaba sendo propícia a outros atos de violência, tais como a verbal, a psicológica, a física e a sexual. No que diz respeito à natureza dos atos violentos, o estudo demonstrou a maior prevalência dos seguintes tipos, em ordem decrescente: violência verbal, psicológica ou moral, física e sexual. Os dados, portanto, revelam que 57,4% da população afirmam terem sofrido algum tipo de violência. São resultados que fazem pensar nas possibilidades de superação, viabilizando e ampliando ações de promoção de saúde como estratégia de enfrentamento ao fenômeno da violência.

O presente estudo demonstrou que em Ribeirão das Neves-MG, em 2012, aproximadamente 66,0% dos entrevistados afirmaram conhecer alguém que foi assassinado no bairro e/ou na vizinhança e 33,0% responderam ter algum familiar ou parente que foi assassinado nos últimos 12 meses. Isso demonstra a exposição e convivência mais frequente dessa população com a violência, uma vez que habitam em local onde essa prática é recorrente e, por conseguinte, vivenciam-nas em seu núcleo familiar.

Outro aspecto a se considerar no estudo é o elevado número de entrevistados que afirmaram terem tentado suicídio em algum momento de suas vidas. O Ministério da Saúde reconhece o suicídio como uma grave questão de saúde pública. A cada hora uma pessoa morre por suicídio no Brasil.^{7,8} Tal prática não possui uma única causa ou razão; ela resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.⁸ O fato

de 13,4% dos entrevistados já terem praticado alguma tentativa de suicídio ressalta a necessidade de existir uma atenção diferenciada para se conhecer os possíveis fatores de risco, a fim de que sejam desenvolvidas ações preventivas na população.⁹

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) – porta de entrada da saúde – está sendo vista como modelo inovador, embasado em uma nova ética social e cultural, efetivando o modelo de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida da população¹. Assim, promover a reflexão, discussão e formação com os profissionais e usuários sobre a estratégia de promoção de saúde e prevenção à violência assinala uma imprescindibilidade basilar, principalmente diante dos dados encontrados nos estudos, em que 92% da população desconhecem as práticas de promoção de saúde desenvolvidas na atenção primária de saúde municipal. Entende-se, portanto, que as estratégias propostas pela promoção da saúde devem se apoiar na democratização das informações e no desenvolvimento de ações conjuntas de toda a sociedade (população, governo, instituições privadas, universidades, etc.), para que as dificuldades sejam superadas.¹⁰ Talvez esse seja mais um desafio a ser superado, quando se propõe a buscar, na atenção primária de saúde, o apoio ao enfrentamento e prevenção à violência em todos os seus aspectos.

Considerando que a ESF possibilita a integração e promove a organização de ações e serviços com a finalidade de enfrentar e resolver os problemas identificados na comunidade, acredita-se que esse nível de atenção constitui um dos meios pelo qual é possível estimular as redes de atuação em prol da redução das violências e vulnerabilidades associadas.¹¹ É importante que sejam viabilizadas e desenvolvidas ações de promoção de saúde, atentando para os determinantes sociais, com o objetivo de reduzir as desigualdades relacionadas às diferenças sociais. Ademais, é pertinente que se estimulem ações intersetoriais entre os diversos níveis da administração pública, as quais devem estar acompanhadas por políticas mais amplas de caráter transversal. Assim, será alcançada a finalidade de fortalecer a coesão e ampliar a participação das comunidades vulneráveis, além de viabilizar a participação social no traçado e na efetivação de políticas e programas.¹²

Segundo Santos *et al.*^{13:347}, “a estratégia dos grupos de promoção de saúde” é organizada por meio de mútuas representações internas e sob a influência de micro e macrodeterminantes”. Desse modo, a estratégia

de promoção de saúde vai subordinar-se também ao envolvimento e à transformação dos indivíduos técnicos, principalmente os trabalhadores ligados à saúde, o que sinaliza uma reflexão ligada a mudanças estruturais que permeiam a área do ensino e se estende até a vida profissional, com formação permanente dos que nela estão inseridos.¹⁴ Portanto, a existência da formação continuada, oferecida como uma política permanente na rotina das ações de saúde, muito contribuirá para que mudanças na estruturação de serviços públicos possam acontecer e, assim, provocar um novo diálogo, uma nova *práxis* na comunidade onde estão inseridos.

A análise dos nossos resultados sugere a necessidade de se obter mais informação sobre a política de atenção primária no que diz respeito à violência, como também de se avançar no desenvolvimento de mais interlocução e diálogo entre os trabalhadores da saúde com seus usuários. Faz-se necessária, ainda, a ampliação no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da violência nas unidades básicas de saúde de Ribeirão das Neves, de forma a tornar mais eficaz esse dispositivo de saúde e, por fim, ocupar um papel de intervenção mais relevante na comunidade. Segundo Concha-Eastman,^{15:347} *“o setor de saúde é obrigado a tomar sob a sua responsabilidade a abordagem da questão da violência, começando pela devida assistência às vítimas [...] e participação conjunta com outros setores para definir e executar políticas públicas de prevenção da violência e promoção de saúde”*. Acredita-se que é preciso estar atento a esse desafio, mas consciente de que somente poderá ser concretizado em longo prazo, pois necessita não somente da participação dos profissionais do setor de saúde, mas, fundamentalmente, da sociedade civil como um todo.

Destaca-se, ainda, que o elemento fundamental é a ideia de prevenção aliada à possibilidade de identificar fatores de risco ou mecanismos causais e fatores de proteção, sem os quais a operacionalização de qualquer medida antecipatória constituiria um experimento às cegas.⁵ A fim de que tal situação não aconteça, a participação da equipe de ESF e o envolvimento da comunidade são primordiais.

REFERÊNCIAS

1. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):335-42.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema mundial de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:1163-78.
4. Viegas APB. Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. Belo Horizonte: UEMG; 2012.
5. Silveira AM. A prevenção comunitária da violência: uma proposta de trabalho. In: Melo EM. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. 278p.
6. Minayo MC. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros Brasil. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 340 p.
7. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002. [citado em 2012 maio 15]. Disponível em: script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500019
8. Organização Mundial de Saúde. Temática prevenção da violência e cultura de paz III. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
9. Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):2064-74.
10. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não. *Saúde Soc*. 2004;13(1):14-24.
11. Budó MLD, Schimith MD, Silva DC, Silva SO, Rosa AS, Almeida PB. Percepções sobre a violência no cenário de uma Unidade de Saúde da Família. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):12-8.
12. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS*. 2007;17(1):77-93.
13. Santos LM, Da ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):346-52.
14. Molinos BG, Coelho EBS, Pires ROM, Lindner S. Violência com profissionais da Atenção Básica: estudo no interior da Amazônia Brasileira. *Cogitare Enferm*. 2012;17(2):239-47.
15. Concha-Eastman A, Malo M. From repression to prevention against violence: a challenge posed to civil society and the health sector. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(2):339-48.

Rede de atenção à mulher em situação de violência no município de Belo Horizonte: uma primeira abordagem

Women's attention network in the situation of violence in the municipality of Belo Horizonte: a first approach

Ana Paula Chaves de Miranda¹, Bruno Hudson Coutinho¹, Elza Machado de Melo¹, Fabiana Goulart Rabelo², Gesiene Aparecida Cordeiro Reis³, Josimara Cordeiro Ferreira⁴, Lorena de Oliveira Castro⁵, Mateus Figueiredo Martins Costa⁵, Simone de Morais⁵

RESUMO

Trata-se de estudo descritivo exploratório com o objetivo de descrever a rede de atenção à mulher em situação de violência de Belo Horizonte a partir do relato de profissionais que nela atuam. A metodologia consistiu de realização de entrevistas por meio de questionários semiestruturados, autoaplicáveis e *online*, com profissionais da Rede de Atenção à Saúde de Belo Horizonte que estão inscritos no curso de Atualização Para Elas, de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, modalidade de ensino a distância da Faculdade de Medicina da UFMG, no período de julho de 2014 a setembro de 2015. Resultados: 230 profissionais responderam o questionário *online*; a análise revelou que os profissionais utilizam praticamente toda a rede de atenção disponível para encaminhar as mulheres, no entanto, relevante número de profissionais demonstra ainda desconhecer essa rede, o que pode comprometer a abordagem de qualidade integral e longitudinal à mulher em situação de violência.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência.

ABSTRACT

It is an exploratory descriptive study with the purpose of describing the Network of Attention to women in situation of violence of Belo Horizonte from the report of professionals who work in it. The methodology consisted of conducting interviews, through semi-structured, self-administered and online questionnaires, with professionals from the Belo Horizonte Care Network who are enrolled in the Update Course for Women of Integral Attention to Women's Health in Situation of Violence, Mode of distance education, from the Faculty of Medicine of UFMG, from July 2014 to September 2015. Results: 230 professionals answered the questionnaire online; The analysis revealed that professionals use practically the entire Attention Network available to refer women, however, a significant number of professionals still demonstrate that they are unaware of this Network, which may compromise the quality, integral and longitudinal approach to women in situations of violence.

Key words: Violence Against Women; Domestic Violence; Network of Attention to Women in Situation of Violence

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, atingindo importantes parcelas da população do Brasil e do mundo. Estudo multicêntrico realizado pela OMS¹ mostra que a violência contra a mulher varia de 13%, no Japão, a 61% no Peru. No

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Ana Paula Chaves de Miranda
E-mail: anapaulachavesdemiranda@yahoo.com.br

Brasil, em torno de 40% das mulheres já foram forçadas a ter relações sexuais contra a vontade.² O principal agressor à mulher em situação de violência doméstica e sexual é o companheiro, evidenciando as desigualdades de sexo.³ Logo, a prevenção e o enfrentamento da violência contra a mulher passam necessariamente pela redução das desigualdades de sexo e requerem o engajamento de diferentes setores da sociedade, para se garantir que todas as mulheres e meninas tenham acesso ao direito básico de viver sem violência.⁴

Os serviços de saúde desempenham papel fundamental na resposta à violência contra as mulheres, pois muitas vezes são o primeiro local onde as vítimas buscam atendimento. Assim, os serviços precisam estar organizados de maneira a contemplar as reais necessidades das usuárias, que extrapolam o poder de resolutividade de um único setor, o que requer um conjunto articulado de ações intersetoriais,⁵ ou seja, requer o trabalho em rede capaz de produzir o cuidado integral, humanizado e de qualidade, fundado na práxis de autonomia da mulher e voltado para a garantia dos seus direitos.⁶ O objetivo deste trabalho é descrever a rede de atenção à mulher em situação de violência, de Belo Horizonte, a partir do conhecimento e utilização dos profissionais nela inseridos.

MÉTODOS

Estudo de caráter descritivo-exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado a partir de questionário *online*, autoaplicável e semiestruturado, respondido por profissionais atuantes no município de Belo Horizonte-MG e inscritos no curso de atualização a distância em Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência – Curso Para Elas, da Faculdade de Medicina da UFMG, no período de julho de 2014 a setembro de 2016.

O questionário foi preenchido na plataforma FormSUS, um serviço do DataSUS para a criação de formulários na *web*. Os critérios de inclusão para a participação da pesquisa foram: estar inscrito no curso, aceitar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e preencher todo o questionário. Foram excluídos os questionários incompletos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, Projeto CAAE 14187513.0.00005149.

Para este trabalho, foram utilizadas as seguintes variáveis: sociodemográficas; tipos de violência mais atendidos nos serviços de saúde; pontos de atenção da rede; percentual de profissionais que já atenderam mulheres em situação de violência; serviços que prestam atendimento às mulheres em situação de violência; e violência sexual. Foi realizada a análise descritiva com apresentação de tabelas e gráficos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Responderam ao questionário 230 profissionais, sendo a maioria deles psicólogos (49), enfermeiros (45), médicos (43) e assistentes sociais (29). As demais profissões eram Fisioterapia (7), Odontologia (5), Terapia Ocupacional (3), Farmácia (3), Nutrição (3) e Educação Física (3), Fonoaudiologia (2), Administração (1) e outras (29), não informado (8). Em relação ao local de trabalho, 38,7% dos profissionais trabalhavam em instituição pública municipal, 20% em instituição pública estadual, 19,1% em instituição pública federal, 11,7% em instituição privada, 3,9% em instituição privada filantrópica e 6,5% em outras instituições – todas ligadas direta ou indiretamente à assistência à saúde. A Figura 1 mostra os gráficos com o número de horas trabalhadas pelos profissionais e o percentual dos que atendem a mulher.

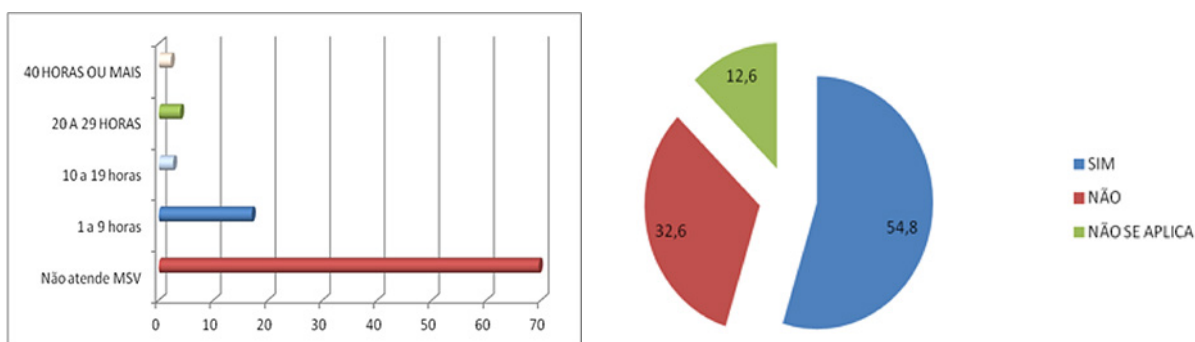


Figura 1 - Perfil dos profissionais quanto ao número de horas trabalhadas (A) e atendimento ou não de violência (B).

Estudo realizado em Unidade Básica de Saúde de São Paulo mostra a ausência de uma rede articulada e de referência para casos de violência contra a mulher, ficando o encaminhamento das mulheres aos serviços por conta das iniciativas dos profissionais. Por um lado, isso indica a falha do serviço, por outro, enfatiza o papel do profissional.⁷ Considerando tal afirmação, há de se preocupar com os dados do presente trabalho, mostrados na Figura 1, pois apesar de a maioria dos profissionais relatar que já atendeu mulheres em situação de violência, 70% deles não dedicaram hora alguma de seu trabalho para esse fim.

A Figura 2 mostra o gráfico com os tipos de violência mais atendidos nos serviços de saúde onde os entrevistados estão lotados. É importante ressaltar que, em geral, a violência sexual é acompanhada da violência física e violência psicológica.

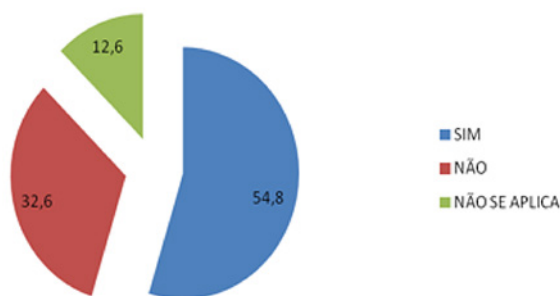


Figura 2 - Tipos de violência mais atendidos nos serviços de saúde dos entrevistados.

Estudiosos em pesquisa multicêntrica realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005, conduzida em 10 países, identificaram elevadas prevalências de violência física (12,9 a 61,0%), psicológica (19,6 a 75,1%) e sexual (6,2 a 58,6%) perpetradas por parceiros íntimos contra as mulheres.⁸

Na Figura 3 é mostrado o gráfico de barras horizontais com os pontos da rede de atenção à mulher em situação de violência, relatados pelos profissionais

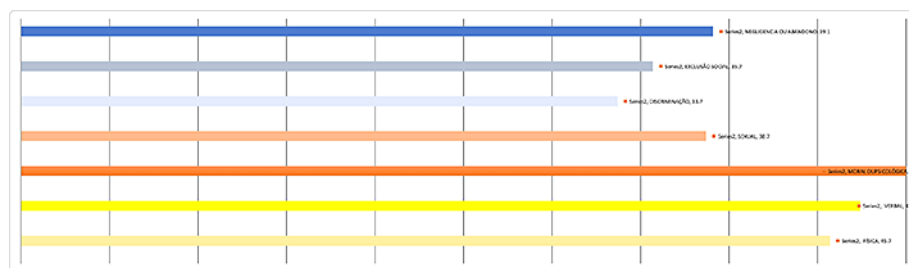


Figura 3 - Percentual de pontos da Rede de Atenção com atendimento para a mulher em situação de violência, relatados pelos profissionais.

e categorizados como atenção primária, atenção secundária, demais serviços ambulatoriais da rede de enfrentamento, hospitais de referência e serviços de urgência. Os serviços de urgência se destacaram com 47,4% como espaço de atendimento a mulheres em situação de violência; e a atenção primária apareceu com 44,3%. Chama a atenção a expressiva proporção de profissionais que, apesar de estarem ligados direta ou indiretamente ao setor saúde, não citaram os serviços, nos diferentes níveis de atenção: 68% dos entrevistados não souberam citar serviços ambulatoriais; 56% não souberam citar hospitais de referência; e 48% não souberam citar serviços de urgência e emergência.

Esse dado é preocupante e sugere a existência de lacunas na rede de atenção à mulher em situação de violência. Em estudos realizados no estado do Rio Grande do Sul, há evidências de que as práticas e as posturas dos profissionais dos diversos setores são diversas e desagregadas e essa configuração fragmentada da rede pode fragilizar a mulher quanto à busca pelo apoio institucional, fazendo com que ela enfrente a situação solitariamente. Constatam que há despreparo e falta de qualificação dos profissionais para lidar com a questão. E a justificativa para esse quadro é a falta de qualificação e educação permanente pelas instituições da rede.⁹ Outros estudos realizados em Porto Alegre¹⁰ e em Ribeirão Preto¹¹ chegaram a essa mesma conclusão.

As Figuras 4, 5 e 6 mostram gráficos de barra nos quais é mostrada a proporção de profissionais que citaram cada serviço da rede de urgência e emergência, da rede de enfrentamento e da rede de atenção à mulher em situação de violência sexual.

O gráfico da Figura 4 mostra predominância das UPAs e hospitais públicos de referência entre os serviços de urgência e emergência. Porém, são observadas citações de serviços que não estão presentes na rede de atendimento do município de Belo Horizonte-MG, além de considerável número de respostas em branco e inválidas.

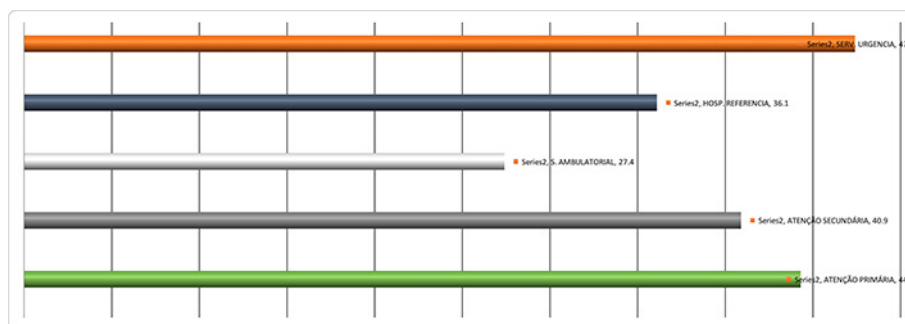


Figura 4 - Serviços de Urgência que prestam atendimento à mulheres em situação de violência, relatados pelos profissionais.

O gráfico da Figura 5 demonstra um leque de serviços presentes na rede de enfrentamento da violência contra a mulher, relatados pelos profissionais. Tal resultado indica o reconhecimento dessas instituições, o que é fundamental na garantia da captação e atenção às mulheres, mas da mesma forma que no anterior, as citações são vagas, não constando o nome da instituição, havendo também grande número de inválidas ou em branco.

O gráfico da Figura 6 mostra a posição estratégica dos hospitais públicos de referência no atendimento à mulher em situação de violência. Apesar disso, há dificuldades para os demais serviços: não há equilíbrio quanto ao percentual de profissionais que cada instituição relata; citação de instituições que não pertencem à rede de Belo Horizonte; e relevante número de respostas inválidas e em branco.

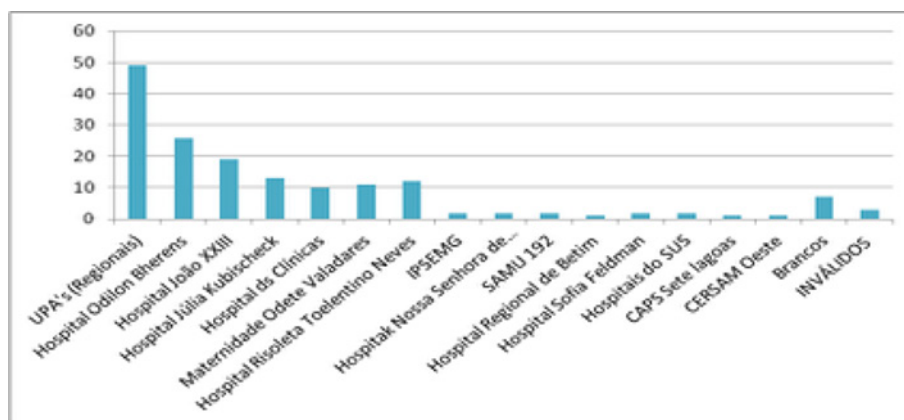


Figura 5 - Serviços da Rede de Enfrentamento da violência contra a mulher, relatados pelos profissionais.

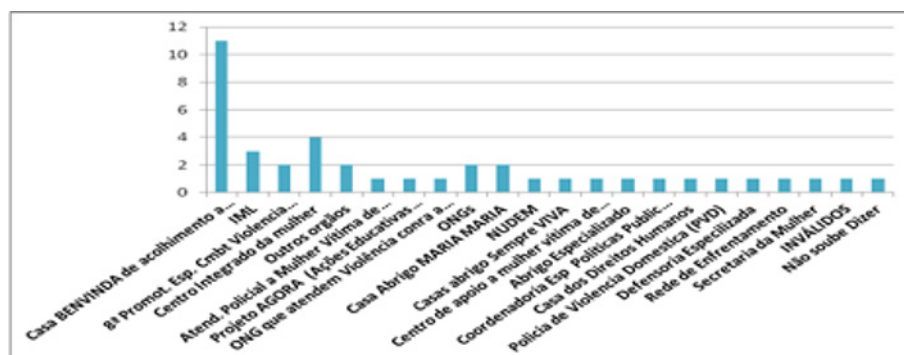


Figura 6 - Serviços de atenção à mulher em situação de violência sexual, relatados pelos profissionais.

Considerando o conjunto dos serviços mencionados, observa-se que praticamente todos os serviços existentes na rede de Belo Horizonte foram citados pelos profissionais. Por outro lado, merece destaque o fato de que, se todas as instituições foram citadas, nenhuma delas atingiu proporção de citação de 50% dos profissionais, o que, somado aos problemas descritos antes para cada rede, revela inequivocamente o desconhecimento por parte dos profissionais sobre a rede de serviços de atendimento à mulher em situação de violência. Essa realidade impõe um grande desafio a gestores e trabalhadores dos diferentes setores ligados a atenção à mulher, sendo necessário considerar esse diagnóstico quando se pensa na elaboração de estratégias voltadas para as mulheres em situação de violência ou vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos, com importante repercussão sobre sua saúde. É um fenômeno complexo, com grande impacto social e também sobre a saúde pública, exigindo para sua prevenção e enfrentamento ações articuladas para atender a mulher na sua integralidade. O reconhecimento da violência contra a mulher como um problema de saúde pública no Brasil e a elaboração de políticas públicas que vão ao encontro da realidade e das necessidades vivenciadas na sociedade são fundamentais para que se promovam ações de prevenção e cuidado, além da conscientização da população quanto a essa problemática. O problema é real, porém obscuro e camuflado pelo preconceito e barreiras institucionais, condição agravada por uma rede fragmentada, com profissionais sem a devida qualificação. É necessário construir espaços que possibilitem um diálogo contínuo entre os profissionais, serviços e população, rumo à articulação de uma rede efetiva e de qualidade. Sem isso, continuaremos “apagando fogo” e favorecendo a impunidade dos agressores e a invisibilidade da violência, enfim, deixando as mulheres cada vez mais reféns dessa doença social.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response. Geneva: World Health Organization; 2005. [citado em 2016 out. 16]. Disponível em: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf
2. Vale SLL, Medeiros CMR, Cavalcanti CO, Cavalcanti CCS, Souza LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. *Rev Rene*. 2013;14(4):683-93.
3. Oliveira PS, Rodrigues VPR, Morais RLGL, Machado JC. Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE online*. 2016 [citado em 2016 out. 27];10(5):1828-39. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/8288/pdf_10244
4. Garcia LP. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 [citado em 2016 out. 26];25(3):451-4. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300451&lng=pt <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300001>
5. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc*. 2014;23(3):778-86.
6. Presidência da República (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Rede de enfrentamento: a violência contra as mulheres. Brasília; 2011. [citado em 2016 nov. 06]. Disponível em <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/rede-de-enfrentamento>
7. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1037-50.
8. Vieira CRD, Marcolino EC, Correio ALC. Violência doméstica contra a mulher e atenção à saúde: Uma revisão sistematizada da literatura. *Rev Unimontes Científica*. 2014;16(2):16-22.
9. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(1):249-58.
10. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Colla-ziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):743-52.
11. Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(36):93-108.

Reflexões sobre o papel do docente no sofrimento psíquico do estudante de Medicina da UFMG

Reflections on the role of the teacher in the psychic suffering of the medical student of UFMG

Maria das Graças Santos Ribeiro¹, Maria Aparecida Miranda da Silva¹, Cristiane de Freitas Cunha¹, Cristina Gonçalves Alvim¹, Marcelo Grossi Araújo¹, Maria Mônica Freitas Ribeiro¹

RESUMO

Introdução: no processo de aprendizagem o professor é percebido como um modelo para os alunos. Contudo, a relação entre eles pode carregar implicações que agregam ou desagregam o conhecimento e podem interferir na saúde psíquica dos estudantes. **Objetivo:** este trabalho objetiva apresentar resultados obtidos em duas pesquisas realizadas na Faculdade de Medicina da UFMG que abordaram o sofrimento psíquico dos estudantes de duas formas: o que é conhecido por meio de demandas acadêmicas apresentadas por eles à Assessoria de Escuta Acadêmica e o que é percebido pelo professor. **Métodos:** foram estudos qualitativo e quantitativo, transversais, que utilizaram registros de atendimentos a alunos, com amostragem proposital, trabalhando análise de conteúdo de 157 registros em um período de dois anos e questionário autoaplicativo, utilizando escala de Likert, realizado com amostra de 102 docentes do ciclo profissional do curso de Medicina, com análise descritiva. **Resultados e discussão:** existem queixas recorrentes, por parte dos alunos, de situações agressivas e não éticas, de professores; mas também há interesse e preocupação com o cuidado para com os alunos por parte de alguns professores. Na pesquisa com professores, 84,8% relataram perceber dificuldades emocionais em seus alunos, porém apenas 44,3% perceberam abusos nas relações professor/aluno ou aluno/aluno e 27,8% acreditam que seus atos/atitudes possam desencadear dificuldades emocionais nos estudantes. **Conclusões:** há evidências de sofrimento psíquico entre os estudantes de Medicina e de que isso é percebido pelos professores. Entretanto, as situações de assédio moral e suas consequências não são muito reconhecidas pelos docentes. **Palavras-chave:** Estresse Psicológico. Estudantes de Medicina, Docentes de Medicina.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Introduction: In learning process, the professor is seen as a model by his students. However, the relationship between them may sustain implications that aggregate or disaggregate knowledge and may interfere with mental health of the students. **Objective:** This paper presents results from two studies carried out at Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais which discuss students psychological distress in two ways: what is known through demands presented by them to the advice and support service and what is perceived by professors. **Methods:** Cross-sectional, quantitative and qualitative studies were accomplished. Content analysis has been used to analyse 157 records from the students registration in the advice and support service in a period of two years, chosen by purposive sample. Descriptive analysis has been done from 102 self-administered questionnaires, made by Likert scale, answered by professors from professional medical school cycle. **Results and discussion:** There are recurrent complaints from students of aggressive and unethical situations committed by professors; but there is also interest, concern and care for students by some professors. In the survey with professors, 84,8% notice the perception of emotional

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Maria das Graças Santos Ribeiro
E-mail: ribeiromgs@gmail.com

difficulties in their students. Though, only 44.3% perceived abuses in teacher/student and student/student relations and 27.8% believe that their actions/attitudes may trigger emotional difficulties in their students. Conclusions: There is evidence of psychological distress among medical students and evidence that it is perceived by professors. However, bullying situations and its consequences are not mostly recognized by professors.

Key words: Stress Psychological; Students, Medical; Faculty, Medical.

INTRODUÇÃO

O ingresso no curso de Medicina é considerado uma vitória tanto para o estudante quanto para a sua família, porém, além de novas responsabilidades, são exigidas dos estudantes eficácia e adaptação ao novo ambiente e aos novos saberes. Essas questões podem contribuir para o aparecimento de dificuldades emocionais que podem afetar-lhes a saúde física e mental.^{1,2}

O professor, ao exercer o papel de educador que também compreende e acolhe os alunos, pode ter importante papel na prevenção e detecção precoce do sofrimento psíquico do estudante de Medicina.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina³ definem a presença de conteúdos humanísticos e éticos nos currículos médicos brasileiros. Mas a operacionalização dessa determinação, de acordo com Castro Filho⁴, passa também pela aprendizagem que se dá por meio de um modelo, o docente. Rios e Schraiber⁵ reforçam que a construção de postura ética, pensamento crítico e reflexivo e o desenvolvimento de competências ético-relacionais é feita de forma processual, com as diversas interações das pessoas no ambiente acadêmico e, sobretudo, na observação da conduta de professores.

A dúvida sobre se o que exerce mais influência nos estudantes é o aprendizado das ciências ou a personalidade dos mestres é levantada por Freud⁶ em suas reflexões sobre a Psicologia do escolar. Ele argumenta sobre os ambivalentes sentimentos ocultos e constantes de estudantes em relação a seus professores, sendo, de acordo com ele, por meio desses sentimentos que o aprendizado é franqueado ou interdito para muitos. Por isso, posicionar-se como professor remete a uma grande responsabilidade e à necessidade de treinamento e espaços de diálogo na comunidade acadêmica.

Este trabalho objetiva apresentar os resultados de aspectos relacionados ao papel do docente no sofrimento psíquico do estudante, obtidos em duas pesquisas realizadas na Faculdade de Medicina da UFMG: a

primeira analisou o sofrimento psíquico conhecido por meio de demandas de cunho acadêmico/administrativo apresentadas à Assessoria de Escuta Acadêmica da Faculdade de Medicina⁷ e a segunda levantou questões sobre a percepção do professor do ciclo profissional a respeito do sofrimento psíquico dos estudantes.⁸

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa de Ribeiro⁷ foi uma análise qualitativa e quantitativa de registros digitados de atendimentos (sem objetivo prévio de pesquisa) realizados no serviço de Assessoria de Escuta Acadêmica do Centro de Graduação da Faculdade de Medicina, com estudantes de graduação em Medicina (do 1º ao 12º períodos) e dos requerimentos de trancamentos de matrícula recebidos desse mesmo público. É uma pesquisa retrospectiva e transversal, que utilizou falas isoladas dos alunos, fora do contexto discursivo, para preservação da identidade, ocorridas em dois anos dentro do período de julho de 2007 a julho de 2013. Foi utilizada a análise de conteúdo para o tratamento e discussão dos dados. A amostragem foi proposital, com o critério de saturação, buscando as falas que respondiam aos objetivos do estudo sobre o sofrimento psíquico. Foram analisados 235 registros, contudo, considerando que se repetem registros do mesmo aluno em cada semestre, para efeito da pesquisa estes foram acoplados semestralmente, gerando 157 registros. Além desses, foram analisados 141 requerimentos de trancamentos totais de matrícula do período de julho de 2007 a julho de 2013. Neste texto são relatados apenas os resultados referentes ao professor de Medicina.

A pesquisa de Silva⁸ foi um estudo transversal, quantitativo, com docentes do ciclo profissional do curso de Medicina da UFMG atuantes em janeiro de 2015. O tamanho da amostra foi calculado considerando-se um total de 335 docentes de Medicina, 178 professores e 157 professoras. Para o cálculo foi admitido erro máximo de 8% para mais ou para menos e um grau de confiança de 95%, o que resultou na amostra total de 102 docentes. Para o sorteio aleatório, realizado de forma proporcional, foram considerados quatro estratos de acordo com o sexo e tempo de docência: feminino, com até 10 anos e com mais de 10 anos de docência; e masculino, com até 10 anos e com mais de 10 anos de docência. A pesquisa baseou-se em um questionário autoaplicativo de 28 itens, com cinco opções, utilizando a escala

de Likert. São relatados neste texto os resultados de apenas três questões relacionadas diretamente à percepção das vivências pessoais do professor em relação ao sofrimento psíquico dos estudantes. A análise para essas questões foi descritiva.

Os projetos foram aprovados pelo COEP-UFMG sob os números CAAE 43313715.2.0000.5149 e CAAE: 16365113.0.0000.5149, respectivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ribeiro⁷ relata em sua pesquisa a existência, frequente e recorrente, de queixas por parte dos alunos sobre professores e disciplinas. São situações graves de assédio moral e sexual, de atitudes não éticas, desrespeitosas com alunos e pacientes. Na maioria das vezes, o aluno não fez registro formal por medo de represálias ou de se deparar novamente, em outro momento da vida profissional, com aquele professor.

“Senti-me totalmente desrespeitada pelo Professor ‘X’, que me chamou de ignorante, quando não soube responder a uma de suas perguntas e nos fez perguntas relacionadas às nossas vidas sexuais, que foram seguidas de deboche quando me recusei a responder” (aluna)

Por outro lado, percebeu-se a importância do olhar atento do professor para as situações de excepcionalidade e fragilidade dos alunos, embora apenas reduzido número de docentes tenha procurado a Escuta Acadêmica ou o Colegiado para esse diálogo: em um dos anos pesquisados, houve registro de 14 professores e no outro ano foram 16 professores. As demandas eram relacionadas à infrequência de alunos, desinteresse, descompromisso, sinais de adoecimento psíquico, uso abusivo de drogas, risco de suicídio, situações de luto, queixas sobre condutas antiéticas de professor e de aluno, dificuldades de socialização e agressividade. Há professores que procuram o diálogo com os serviços de apoio e acolhimento aos estudantes, informando a existência de dificuldades de alunos na afetividade e socialização com colegas e pacientes, dificuldades de manter frequência às atividades acadêmicas e em acompanhar o ritmo da turma. Destaca-se também crescente número de alunos em sofrimento que procuram essas instâncias com a indicação de professores.

As questões analisadas da pesquisa de Silva⁸ tiveram como objetivo avaliar a frequência com que os professores percebem sofrimento psíquico entre seus alunos, de abusos entre professores e alunos e se seus atos poderiam ter desencadeado sofrimento no estudante. Os resultados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência de respostas de docentes de medicina, por sexo e tempo de docência em anos, às questões relacionadas na tabela

	Fem. até 10		Masc até 10		Fem >10		Masc > 10		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já teve a experiência de ter alunos com dificuldades emocionais?										
Não respondeu	1	5,3	1	8,3	0	0,0	1	3,4	3	3,8
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	1,3
Indiferente	2	10,5	2	16,7	0	0,0	4	13,8	8	10,1
Sim	16	84,2	9	75,0	19	100,0	23	79,3	67	84,8
Já teve a experiência de ter alunos que sofreram bullying ou abusos de professores/alunos?										
Não respondeu	1	5,3	1	8,3	1	5,3	1	3,4	4	5,1
Não	4	21,1	2	16,7	4	21,1	7	24,1	17	21,5
Indiferente	6	31,6	6	50,0	1	5,3	10	34,5	23	29,1
Sim	8	42,1	3	25,0	13	68,4	11	37,9	35	44,3
Acredita que seus atos/atitudes desencadearam dificuldades emocionais em estudantes?										
Não respondeu	1	5,3	1	8,3	0	0,0	1	3,4	3	3,8
Não	6	31,6	7	58,3	11	57,9	10	34,5	34	43,0
Indiferente	4	21,1	3	25,0	3	15,8	10	34,5	20	25,3
Sim	8	42,1	1	8,3	5	26,3	8	27,6	22	27,8
Total	19	100,0	12	100,0	19	100,0	29	100,0	79	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

Do total de professores, 84,8% afirmaram já terem se deparado com alunos com dificuldades emocionais, chamando a atenção o fato de 100% das professoras com mais tempo de docência terem respondido afirmativamente. Embora não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,17$), um dado relevante foi que 10,1% do total dos professores e 16,7% daqueles com menos tempo de docência responderam não saberem se já tiveram alunos com dificuldades emocionais. Sobre alunos que sofreram abusos, seja por pares ou por professores, 44,3% responderam que já tiveram alunos nessa situação. As professoras tiveram porcentagem maior de respostas afirmativas: 68,4% das com mais tempo de docência e 42,1% das com até 10 anos de docência. Entre os professores, houve menor porcentagem de respostas afirmativas, sendo que a menor foi dos homens com menos tempo de docência.

A respeito de seus atos/atitudes terem desencadeado dificuldades emocionais nos estudantes, 27,8% dos professores responderam afirmativamente. A maior porcentagem de respostas negativas (58,3%) foi dos professores com até 10 anos de docência e das professoras com mais de 10 anos de docência (57,9%). Não houve diferença entre os grupos ($p=0,23$). Importante ressaltar o fato de 25,3% dos professores terem respondido não saber se seus atos/atitudes desencadearam dificuldades emocionais nos estudantes.

É interessante que, apesar dos dados de Silva⁸ terem mostrado que elevado percentual de professores tenha relatado a percepção de sofrimento psíquico entre seus alunos, ainda é tímido o número de professores que procuram o serviço de Escuta Acadêmica para conversar a respeito de dificuldades vivenciadas por eles, como refere Ribeiro.⁷

Embora as duas pesquisas tenham utilizado metodologias diferentes e tenham sido realizadas em momentos diferentes, apesar de temporalmente próximos, elas alertam para a necessidade de o professor conhecer e se envolver com o sofrimento mental do estudante. Na opinião de Nogueira-Martins *et al.*⁹, a maioria dos problemas enfrentados pelos estudantes pode ser superada com a ajuda de um “tutor”, um indivíduo mais experiente ou mais bem adaptado que poderá dar suporte ao outro. Sabe-se que há estigma associado a questões de saúde mental, o que pode dissuadir quem sofre de procurar ajuda. Por isso, os autores reforçam a importância e a necessidade de tentar criar durante a graduação uma atmosfera de aprendizagem e de trabalho que possa facilitar a comunicação entre estudantes e professores.

Diante das pressões impostas pela formação em Medicina, De Marco, Rossi e Millan¹⁰ acreditam que, além da tarefa informativa de conteúdos, é também delegado ao corpo docente estar atento ao momento emocional pelo qual passam os estudantes. Para Fonseca¹¹, o ideal seria uma relação entre professor e aluno na qual a sinceridade e a confiança mútua pudessem se destacar. Nessa relação, o “professor ideal” seria comprometido com o ensino e poderia franquear seus pensamentos e sentimentos para que as experiências de professor e aluno fossem valorizadas. Assim, a produtividade e a criatividade encontrariam terreno fértil e de segurança, no entanto, o que se encontra, com frequência, é um clima de competição, tornando o ambiente desfavorável para o diálogo entre professor e aluno.

Arruda¹² argumenta que uma boa relação entre professor e aluno pode ser um fator de atenuação para as crises vivenciadas pelos estudantes durante a graduação e uma oportunidade de desenvolvimento de suas potencialidades. Isso é percebido por Ribeiro⁷, que indicou haver uma interlocução de cuidado e interesse entre professor e aluno que propicia encaminhamentos e diálogo nos momentos de sofrimento psíquico.

A respeito das situações de abuso, seja entre pares ou entre professores e alunos, as duas pesquisas mostram sua ocorrência no curso médico. Embora o percentual de professores que relataram sua ocorrência possa parecer pequeno, ele é muito expressivo, principalmente quando o que é descrita, na literatura, é sua negação. Villaça e Palácios¹³, em estudo sobre assédio moral em uma escola médica, esclarecem que as vítimas identificam como agressores, na maioria das vezes, os docentes e os colegas. Sugerem como fatores dinamizadores dessa situação a competição e as relações interpessoais frágeis e hierarquizadas. As autoras relatam que existe uma tendência dentro da academia, tanto dos alunos como dos professores, a não reconhecerem essas situações de assédio moral como violência e, muito menos, de reconhecerem o sofrimento ocasionado por elas. E completam que percebem, no discurso dos professores e alunos entrevistados, certo grau de legitimidade, justificativa e entendimento para com essas situações de abuso e violência.

Paredes *et al.*¹⁴ indicam os docentes homens como principais causadores do assédio moral para com os estudantes, contribuindo para o aparecimento de sofrimento psíquico entre os alunos. Constatam existir tendência a diminuir ou negar as consequências dessa situação, parecendo haver um entendimento den-

tro da comunidade acadêmica de que para o aluno se tornar “forte emocionalmente” e, assim, um “bom médico”, sofrer assédio deveria fazer parte de sua formação profissional, deveria ser considerado “normal”.

Bellodi¹⁵ relata situações traumáticas vivenciadas na graduação de Medicina e denunciadas por estudantes aos serviços de apoio que envolvem situações de abuso caracterizadas por humilhações, ataques verbais diretos sobre o desempenho do aluno ou sobre o seu comportamento e que, muitas vezes, terminam com o professor questionando o aluno: “*e você ainda quer ser médico?!?*”^{15:86} A mesma autora cita estudos que evidenciam que esses abusos são ignorados e negados pela direção das escolas médicas ou considerados como eventos isolados, fruto da percepção ingênua de estudantes emocionalmente imaturos. Esse silêncio possibilita o agravamento do trauma, a impossibilidade de elaboração da situação vivida. Assim, principalmente, os estudantes começam a apresentar sintomas depressivos, ideação suicida, abuso de álcool, redução na concentração, na memória e na capacidade de tomar decisões, além de distúrbios psicossomáticos.

Há também outros desdobramentos psíquicos, danosos para a vida emocional, de acordo com Bellodi¹⁵: a identificação com o agressor, como ocorre nos trotes e na repetição de situações violentas que passam a não serem percebidas como tal; a impossibilidade de simbolização, característica do trauma, prejudicando o próprio desejo de aprender; o estado de desamparo e a falta de esperança que podem levar o estudante a um comportamento passivo, à espera de resultados semelhantes. A solução proposta pela autora para superar o trauma e suas cicatrizes é “*ter para quem contar e com quem contar*”^{15:89}, considerando os serviços de apoio e também todos os sujeitos presentes no processo educacional.

A percepção de que suas atitudes ou atos possam desencadear sofrimento psíquico no estudante por menos de 30% dos professores é preocupante. Na interação entre pessoas essa é uma possibilidade sempre presente. Freud⁶ considera a importância da influência exercida pelo professor sobre os seus alunos, prelecionando que é por meio dos sentimentos ambivalentes que existem nessa relação que o caminho do conhecimento pode se tornar possível ou interdito. Essa visão é também compartilhada por Garcia, Ferreira e Ferronato¹⁶, que percebem o professor como o modelo pedagógico mais enfatizado pelos estudantes como instrumento de aprendizado.

Arruda¹² manifesta preocupação com a relação professor-aluno, que se encontra adoecida, afirmando ser preciso resgatá-la, resgatando também a relação médico-paciente igualmente adoecida. Benfatti¹⁷ reforça essa percepção quando argumenta que, juntamente com as experiências vividas no ensino médio, educação, exemplos e valores recebidos na família, o exemplo do professor se torna fundamental para a consolidação do perfil do estudante. Com tanta complexidade, sugere que o currículo pode inserir formas de cultivar novas mentalidades das quais se beneficiem professores, estudantes e, conseqüentemente, os pacientes. Sensibilidade, acolhida e respeito à singularidade são compromissos daquele que cuida e ensina. Para Rocha e Pedroso¹⁸, o exercício da medicina e o exercício da docência são impossíveis sem humanismo e senso humanitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os dois estudos tenham abordado a existência de professores interessados no cuidado ao aluno, no encaminhamento para possibilidades institucionais e na parceria para o diálogo, esses professores não são a maioria. Identifica-se a necessidade de mais investimentos em relações pessoais mais cuidadosas entre os membros da comunidade acadêmica, sobretudo entre professores e alunos, que mantêm um vínculo mais estreito e próximo. A acolhida e oportunidades de diálogo podem diminuir o sofrimento psíquico e mostrar outras possibilidades para quem esteja vivenciando momentos de fragilidade. A divulgação de estudos a respeito do tema e a busca de alternativas para inibir e conter as situações de violência podem ajudar na reflexão e modificação de atitudes.

REFERÊNCIAS

1. Millan LR, Rossi E, De Marco OLN. A psicopatologia do estudante de medicina. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PCV. O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p.85-101.
2. Tempski PZ, Martins MA. A responsabilidade da Escola Médica na manutenção da saúde e da qualidade de vida do estudante. In: Baldassin S. Atendimento psicológico aos estudantes de medicina. São Paulo: Edipro; 2012. p.51-8.
3. Ministério da Educação (BR). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras provi-

- dências. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.
4. Castro Filho I. O humanismo e a tecnologia: um conflito do curso médico? *Rev Méd Minas Gerais*. 2012;22(4):421-4.
 5. Rios IC, Schraiber LB. A relação professor-aluno em medicina – um estudo sobre o encontro pedagógico. *Rev Bras Educ Méd*. 2012;36(3):308-16.
 6. Freud S. Algumas reflexões sobre a psicologia do escolar. In: Freud S. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 243-50.
 7. Ribeiro MGS. Sofrimento psíquico entre estudantes de medicina da UFMG: uma contribuição da Assessoria de Escuta Acadêmica [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2014.
 8. Silva MAM. Percepção dos professores do curso de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais em relação ao sofrimento psíquico de seus alunos [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; Faculdade de Medicina; 2016.
 9. Nogueira-Martins LA, Fagnani Neto R, Macedo PCM, Cítero VA, Mari JJ. The mental health of graduate students at the Federal University of São Paulo: a preliminary report. *Braz J Med Biol Res*. 2004 [citado em 2013 set. 2013];37(10). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2004001000011&lng=en&nrm=iso
 10. De Marco OLN, Rossi E, Millan LR. Considerações acerca do “erro médico” e de suas implicações psicológicas. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PVC. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 143-8.
 11. Fonseca JGM. As relações interpessoais na escola: a dimensão não musical das escolas de música. Belo Horizonte, maio/1988. “I Seminário de Ensino” da Escola de Música da UFMG, 1988). [citado em 2017 maio 29]. Disponível em http://www.atravez.org.br/ceem_2_3/relacoes_interpersonais.htm
 12. Arruda PCV. As relações entre alunos, professores e pacientes. In: Millan LR, De Marco OLN, Rossi E, Arruda PVC. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 43-73.
 13. Villaça FM, Palácios M. Concepções sobre assédio moral: bullying e trote em uma escola médica. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(4):18-34.
 14. Paredes OL, Sanabria-Ferrand PA, González-Quevedo LA, Rehalpe SPM. Bullying em las facultades de medicina colombianas, mito o realidade. *Rev Med*. 2010;18(2):20-9.
 15. Bellodi PL. Tragédias, violência e trauma no curso médico – ecos nos serviços de apoio ao estudante de Medicina. In: Baldassin S. *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina*. São Paulo: Edipro; 2012. p. 81-90.
 16. Garcia MAA, Ferreira F, Ferronato FA. Experiências de humanização por estudantes de medicina. *Trab Educ Saúde*. 2012;10(1):10-2.
 17. Benfatti CA. O papel da família como modificador da formação do médico. *Rev Méd Minas Gerais*. 2012;22(4):418-20.
 18. Rocha MOC, Pedroso ERP. Limitações do professor no desenvolvimento do currículo na graduação em medicina. *Rev Méd Minas Gerais*. 2012;22(4):411-7.

Resultados do estudo sobre o processo de desenvolvimento do projeto qualificação do cuidado ao idoso frágil em Belo Horizonte

Results of the study on the development process of the project qualification of care for the frail elderly in Belo Horizonte

Patrícia Guimaraens Ferreira¹, Mônica de Assis Fontes Silva¹, Paula Ferreira Chacon¹, Elizabeth Costa Dias², Maria Conceição Juste Werneck Cortes², Karla Cristina Giacomini³, Eliane Dias Gontijo²

RESUMO

Introdução: o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF), implantado em 2009, na rede pública de saúde de Belo Horizonte-MG, visa qualificar a atenção prestada às pessoas idosas pelos profissionais de saúde, apoiar e orientar familiares cuidadores. **Objetivos:** analisar a implementação do PQCIF entre os gestores, profissionais e cuidadores. **Metodologia:** estudo descritivo utilizando múltiplas abordagens de análise sobre o PQCIF. Realizada análise documental das atas das reuniões das equipes de saúde da família sobre a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), buscando identificar a frequência e o teor das discussões trazidas pelos ACS sobre o cuidado ao idoso. Na abordagem aos cuidadores participantes, utilizaram-se questionário e entrevista buscando identificar o perfil dos participantes e mudanças no cuidado. Para conhecer a percepção dos gestores e facilitadores sobre a implementação dos grupos de cuidadores, foi utilizado questionário, por meio físico e eletrônico. **Resultados:** das 264 atas lidas e 4.129 pautas identificadas, apenas 80 (1,9%) relacionavam-se à “saúde do idoso”. ACS capacitados pelo PQCIF levaram 11,4% pautas de idosos. A capacitação dos profissionais, a organização, o matriciamento dos grupos e o envolvimento dos gestores e profissionais foram determinantes para a implantação dos grupos. Atividades coletivas para cuidadores possibilitam o sentimento de inclusão e segurança, permitem troca de experiências, refletindo positivamente no cuidado e mais vinculação com o serviço. **Conclusão:** a implantação desse projeto representou um avanço na política de saúde da pessoa idosa em Belo Horizonte, quanto à educação permanente em saúde e à atenção às pessoas idosas e seus cuidadores.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Assistência a Idosos; Educação em Saúde; Idoso Fragilizado.

ABSTRACT

Introduction: In 2009, public health service of Belo Horizonte - Minas Gerais started Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF; Qualified Care of Fragile Elderly Project). It is aimed at improvement of care, given by health care personnel to elderly as well as giving support and advice to caregiving family members. **Aims:** to analyse the implementation of PQCIF, together with managers, personnel and caregivers. **Methods:** descriptive study of PQCIF using several types of analysis. Questionnaires and interviews were used to assess profiles of participating caregivers and of changes in care giving. Printed and computerised questionnaires were used to assess opinions of managers and facilitators, regarding the implementation of caregiver groups. **Results:** of the 264 minutes and 4,129 agendas studied, only 80 (1.9%) were related to “Health of the Elderly”. Among ACS (Community Health Agents) trained as part of PQCIF, elderly was in 11.4% of the agendas. Training of personnel, organising, matrix support for groups, the participation

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Medicina-FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Fiocruz-MG, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento – Nespe. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Patrícia Guimarães Ferreira
E-mail: patriciaidoso@pbh.gov.br

of managers and personnel were important for group formation. Collective activities for caregivers caused a sense of belonging and safety, allowing exchange of experiences, having a positive effect on elderly care and better integration with the service. Conclusion: implementation of this project brought improvement to Política de Saúde da Pessoa Idosa (Elderly Health Care Policy) of Belo Horizonte, in terms of ongoing training, geared to health care and general care for the elderly and their caregivers.

Key words: Community Health Agents; Old Age Assistance; Health Education; Frail Elderly.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional no Brasil teve início na década de 40, com a redução das taxas de mortalidade e de fecundidade. O aumento da longevidade associado aos multifatores que condicionam o idoso à dependência e à necessidade de apoio àqueles que cuidam se estabelece como desafio para as políticas públicas.¹

Em Minas Gerais, segundo estado no país com maior número de idosos, em 2011 havia cerca de 2,6 milhões de pessoas idosas², sendo que, na capital, Belo Horizonte, residiam quase 300 mil habitantes, representando em torno de 11% da população. Desse, 60% eram mulheres, aproximadamente 4% encontravam-se restritos em seus domicílios e em 16% dos casos existia algum grau de incapacidade para o autocuidado, dependendo mais dos serviços sociais, de saúde³ e da presença de um cuidador.⁴

Assim, evidencia-se a demanda por intervenções públicas que deem resposta à necessidade de assistência qualificada à população idosa e seus cuidadores. Nesse sentido, o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, apoiado pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo qualificar profissionais da atenção à saúde, para melhoria da assistência ao idoso e desenvolvimento de ações de promoção da saúde, entre elas a instituição de grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis.⁵

No período de novembro de 2009 a dezembro de 2013 foram capacitados 4.395 profissionais de saúde. Entre eles, até maio de 2011 foram capacitados 310 profissionais como facilitadores. Após essa segunda etapa da capacitação, os facilitadores iniciaram os grupos de cuidadores familiares, com o objetivo de informar e cuidar do cuidador. Entre dezembro de 2010 e dezembro de 2013 foram realizados 118 grupos.⁵

Portanto, com o objetivo de avaliar o PQCIF o presente estudo buscou analisar o seu desenvolvimento e sua implantação na rede de atenção à saúde, a fim de conhecer se o profissional agente comunitário de saúde (ACS) que participou do referido projeto lida com o cuidado ao idoso de maneira diferente daquele que não participou; analisar o processo de implantação de grupos de cuidadores familiares, discutindo os limites e possibilidades dos grupos; e compreender como os cuidadores familiares percebem sua maneira de cuidar e sua participação no projeto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo utilizando múltiplas abordagens. O estudo foi realizado em Belo Horizonte com ACS, gestores, profissionais de saúde que facilitaram os grupos e com cuidadores familiares participantes do projeto.

No estudo sobre a atuação dos ACS foi realizada análise documental das atas das reuniões das ESFs pelo período de três meses. Foram organizados dois conjuntos de UBS – 104 (70,75%) com e 43 (29,25%) sem a realização desses grupos dentro do projeto. Foram sorteadas 48 UBS (30% do total de UBS), sendo 24 de cada conjunto, e localizados registros de reuniões em 47 UBS. Todos os registros de reuniões das equipes foram lidos, codificados, quantificados, categorizados e analisados, buscando identificar a frequência e o teor das discussões trazidas pelos ACS sobre o cuidado ao idoso. Na coleta de dados, os pesquisadores desconheciam se o ACS participava ou não do referido projeto.

Para conhecer a percepção dos nove gestores distritais foi utilizado formulário autoaplicativo contendo 10 assertivas, cada uma com cinco alternativas de respostas, organizadas em escala *Likert*. Utilizou-se questionário eletrônico para os gerentes de UBS e facilitadores de grupos de cuidadores. As variáveis referiram-se às estratégias metodológicas construídas para a implantação, funcionamento e continuidade dos grupos de cuidadores.

Na abordagem dos cuidadores familiares utilizou-se questionário para caracterizar o perfil dos 37 participantes. Os dados foram organizados nas seguintes categorias: identificação e informações sociodemográficas dos cuidadores; dados sobre o cuidado e atividades avançadas de vida diária realizadas por eles.

As entrevistas foram utilizadas para conhecer a percepção dos cuidadores sobre o modo de cuidar

e sua participação nos grupos. O número de entrevistas foi definido segundo o critério de saturação⁶, sendo analisados com base na análise de conteúdo de Bardin⁷. As variáveis dessa etapa foram: “como se sente cuidando de alguém idoso”; “o que é cuidar”; sobre a participação no grupo, se o grupo ajudou ou não; e se teria sugestões para aprimorá-lo.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, CAAE: 32588214.7.3001.5140. Os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na análise documental foram examinadas as atas de 264 reuniões de equipes de saúde da família, com a participação de ACS, que mostrou 4.129 pautas. Participaram dessas reuniões 250 profissionais das equipes de saúde da família, sendo 130 (52%) ACS. O item “Saúde do Idoso” apareceu em apenas 1,9% dos casos, ocupando o 12º lugar. Ressalta-se que em mais da metade (26) das 47 UBS investigadas não havia quaisquer registros de temas relacionados à pessoa idosa nas atas. Quanto às pautas relativas à “Saúde do Idoso”, 23 foram levadas para as reuniões por 16 ACS. Destes, 12 (75,0%) haviam participado do PQCIF, sendo que nove (56,3%) atuavam em UBS que realizaram grupos com cuidadores promovidos pelo referido projeto.

A realização de grupo de cuidadores familiares de idosos frágeis se deu pelo empenho dos envolvidos e, em alguns casos, quando houve a retaguarda para facilitar a saída do cuidador e sua participação nos grupos.

A avaliação das estratégias metodológicas significativas para a implementação dos grupos de cuidadores foi feita com a participação de nove gerentes de assistência saúde dos distritos sanitários (GERASAs), 26 gerentes e 26 facilitadores, dos quais 42 (40,38%) eram duplas lotadas na mesma UBS. Verificou-se que foram determinantes para a implantação dos grupos de cuidadores de idosos frágeis: a participação de profissionais de saúde na capacitação ofertada pelo projeto, o envolvimento nas ações de mobilização, organização e matriciamento dos grupos, de gestores e profissionais, em especial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ACS, e infraestrutura organizada.

A realização de grupo de cuidadores familiares de idosos frágeis se deu pelo empenho dos envolvidos e em alguns casos quando houve a retaguarda para facilitar a saída do cuidador e sua participação nos grupos. Cabe registrar que houve associação significativa para a realização de grupos nas UBS onde houve similaridade de respostas entre gestor e facilitador.

Para os cuidadores, a participação no grupo significou troca de experiência, aproximação da saúde, segurança, inclusão, socialização, valorização, aprendizado e apoio, além de despertar o cuidado de si. Foram favoráveis para a realização dos grupos o horário, local e tempo de reunião, atividades variadas e disponibilidade da equipe. No entanto, os cuidadores citaram como lacuna a falta de apoio no domicílio para que pudessem participar dos encontros.

Nesse curso se abordar esse tema de aceitação [das mudanças trazidas pelo envelhecimento] é muito importante. Porque nesse ponto aí é cuidar de quem cuida (M, 53 anos, separada).

Ela precisa de cuidados 24 horas... Eu não estava dando conta... Eu já tinha extrapolado meu limite (M, 53 anos, separada).

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chama a atenção o reduzido número de registros nas atas relativo à população idosa, visto que se trata de um contingente crescente e que 75% deles dependem exclusivamente do SUS⁸. Apesar disso, o estudo mostra que os ACS capacitados levaram mais questões de idosos para as reuniões, o que reflete o seu papel na equipe: o de voz da comunidade na unidade de saúde.⁹

A análise das pautas reforça a impressão de Magalhães *et al.*¹⁰, que questionam a efetiva mudança de modelo de atenção pretendida pela implantação da Estratégia Saúde da Família. Não foram observadas a desejada reorientação do modelo assistencial, a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), nem ações específicas de cuidado à saúde em uma dimensão biopsicossocial ou às famílias com idosos frágeis.

O estudo demonstra que o PQCIF contribuiu para a qualificação dos profissionais – em sua vertente da educação em saúde¹¹ e na oferta de uma metodologia para o cuidado ao idoso frágil – na sua vertente assistencial¹². É uma prática educacional que se coloca na perspectiva libertária, com um sentido claro de impi-

mir transformações nos sujeitos e no SUS por meio da implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis. No entanto, o sucesso dessa prática depende da atuação sinérgica de gestores e trabalhadores.

No cuidado ao idoso frágil, a responsabilidade de cuidar geralmente recai sobre um dos membros da família, esposa ou filha que cuida sozinho e de forma intuitiva.⁴ Sendo assim, torna-se fundamental o apoio da equipe de saúde, buscando qualificar o cuidado e cuidar do cuidador, como está previsto na PNSPI.¹³

Trabalhar em grupo com cuidadores familiares de idosos frágeis é uma possibilidade de apoio a esse agente do cuidado. O grupo favorece a escuta e a capacidade resolutiva, possibilita o sentimento de inclusão, troca de experiências e fortalece o vínculo com o serviço.¹⁴

As estratégias indicadas como diferenciais para a implantação dos grupos reforçam que o PQCIF respeitou os preceitos da educação permanente em saúde e buscou a integralidade do cuidado à pessoa idosa e do seu cuidador e despertou o olhar do ACS para o cuidado à pessoa idosa. Contudo, o projeto necessita de mais apoio institucional para ser aprimorado, expandido e inserido como serviço na rede pública de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, *et al.* Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1631-43.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2011. [citado em 2016 dez. 16]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
3. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40.
4. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1509-18.
5. Ferreira PG. Implantação de grupos de cuidadores familiares de idosos frágeis na rede pública de saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. [citado em 2016 dez. 11]. Disponível: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-A8TLJC/trabalho_final_patricia_guimarães.pdf?sequence=1.
6. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):388-394.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS; 2006. [citado em 2016 dez. 04]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index>.
9. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1304-13.
10. Magalhães KA, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A visita domiciliar do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3787-96.
11. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
12. Akerman M. Prefácio. In: Ferreira Neto JL, Kind L. Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2011. p.11-4.
13. Silva EBN, Neri AL. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. In: Neri AL, organizador. Qualidade de vida e idade madura. 5ª ed. Campinas: Papirus; 2003. p. 213-35.
14. Silva DGV, Francioni FF, Natividade MSL, Azevedo M, Sandoval RCB, Di' Lourenço VM. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(1):97-103.

O Sistema de Notificação VIVA como importante fonte de dados da Violência Infantil no Brasil: uma análise das notificações compulsórias do ano 2011

The Notification System VIVA as an important source of data on Child Violence in Brazil: an analysis of compulsory notifications for the year 2011

Suzana Maria Moreira Rates¹, Deborah Carvalho Malta¹, Elza Machado de Melo¹, Márcio Denis Medeiros Mascarenhas¹.

RESUMO

Objetivo: a partir do Sistema VIVA, descrever e analisar as notificações de violências contra crianças entre zero e nove anos registradas pelos serviços públicos de saúde no Brasil. **Métodos:** utilizaram-se os dados do Sistema da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/SINAN) e foram calculadas as frequências de variáveis selecionadas segundo grupo etário (zero a um; dois a cinco, seis a nove anos) e razões de prevalências. **Resultados:** foram notificados 17.900 casos, 33% no grupo de zero a um ano, 35,8% no de dois a cinco anos e 31,2% no de seis a nove anos. A violência física predominou nos meninos de seis a nove anos. A violência sexual predominou em meninas, cor parda/negra, de seis a nove anos e com mais chances de ocorrer no domicílio; a violência psicológica predominou em meninas, cor parda/negra, de seis a nove anos, no domicílio; a negligência ocorreu mais entre meninos, zero a um ano sendo os pais os autores prevalentes. **Conclusão:** os resultados revelam a importância do Sistema VIVA como fonte de informação para o desenvolvimento de estudos que subsidiem o fortalecimento de rede de proteção social e do cuidado.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Maus-Tratos Infantis; Epidemiologia; Violência Sexual.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe and analyse violence reports against children from 0 to 9 years of age issued by the public health services in Brazil. **Methods:** The data used were extracted from the Surveillance of Violence and Injuries of Notifiable Diseases Information System (Viva-SINAN). The frequency of selected variables was calculated by age group (0-1; 2-5 and 6-9 years of age) as well as their Prevalence Ratios (PR). **Results:** 17.900 cases were reported, 33% in group 0-1 years, 35,8% in 2-5 years and 31,2% in 6-9 years. The physical violence predominated in boys, 6-9 years old. Sexual violence predominated in girls, brown/black, 6-9 years and with more chance to occur at home; psychological violence prevailed in girls, brown/black, 6-9 years old, at home; negligence occurred more in boys; 0-1 years and their parents as the main aggressors. **Conclusion:** The results indicate the importance of VIVA System as a source of information for the development of studies that support the network strengthening social protection and care.

Key words: Domestic Violence; Child Abuse; Epidemiology; Sexual Violence.

INTRODUÇÃO

A violência contra as crianças é antiga, universal e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública em todo o mundo e

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Suzana Maria Moreira Rates
E-mail: suzana.rates@hotmail.com

que afeta, a cada ano, milhões de crianças, familiares e comunidades.^{1,2} Porém, a incorporação do tema à agenda do setor saúde iniciou-se na década de 60 e, mais fortemente, nas últimas duas décadas do século XX.³ No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente⁴ avançou ao considerar crianças e adolescentes como sujeitos de direitos.⁵ Mas sua dimensão real é desafio a ser superado pelas dificuldades em estabelecer as circunstâncias das ocorrências relativas às violências, pela falta de uniformidade e de integração dos registros bem como pelas diferenças conceituais nas tipologias.^{6,7}

Scherer e Scherer⁷ retratam a insuficiente formação dos profissionais bem como a necessidade de integração dos serviços de atendimento e de proteção às vítimas. A violência é fenômeno complexo, não sendo possível explicá-lo por meio de uma visão unilinear de causa e efeito. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como “o uso intencional da força e do poder físico, de fato ou como ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

No Brasil, o Ministério da Saúde a conceitua como evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. E a diferencia de acidente, por ser este de origem não intencional e evitável.⁸ Quanto à sua natureza, a OMS a classifica como violência física, psicológica, sexual e por negligência ou abandono. As violências, mesmo quando não deixam marcas físicas evidentes, trazem sofrimentos psíquicos e afetivos que deixam profundos traumas para toda a existência.^{1,9}

O uso da violência física como prática disciplinadora é abordado em vários estudos como um dos motivos para tamanha violação dos direitos das crianças.¹⁰ As leis brasileiras vêm avançando sobremaneira no combate a qualquer forma de tratamento desumano e na garantia dos direitos das crianças. A Constituição de 1988¹¹ e o Estatuto da Criança são importantes marcos nesse cenário. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com dois componentes: a) vigilância por inquérito, realizada por meio de pesquisa nas portas de entrada de emergências de municípios selecionados; b) vigilância contínua, feita por meio da notificação compulsória das violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais ou autoprovocadas.¹²

A publicação da Portaria nº 104¹³ tornou compulsória a notificação de todas as violências interpessoais e autoprovocadas. O presente estudo tem como objetivo analisar as notificações de violências contra as crianças com até nove anos, 11 meses e 29 dias de idade, nos serviços públicos de saúde do Brasil, analisando algumas características selecionadas e os tipos de violências sofridas pelas crianças.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo-analítico baseado nas notificações de violência em crianças na faixa etária entre zero e nove anos, ocorridas no Brasil no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2011 do VIVA. A base de dados foi produzida a partir do preenchimento da ficha de notificação própria disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Todos os serviços de saúde, centros de referência para violências, ambulatórios especializados, entre outros, são responsáveis pela notificação dos casos. As secretarias municipais de saúde dos locais de ocorrência do agravo realizam o processamento dos dados no sistema de informação e há, posteriormente, a transferência dos mesmos para a esfera estadual e federal para comporem a base de dados nacional.

Foram selecionadas as seguintes variáveis para avaliação: a) características da vítima/pessoa atendida (sexo, idade, raça/cor da pele); b) características da ocorrência (se ocorrido no domicílio, violência de repetição); c) tipo de violência; d) características do agressor (vínculo com a vítima, suspeita de consumo de bebida alcoólica). A associação entre as variáveis selecionadas e os grupos etários de crianças (zero a um ano, dois a cinco e seis a nove anos de idade) foi verificada por meio do teste do qui-quadrado (χ^2). Por meio da regressão de Poisson, estimaram-se as razões de prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%. Os dados foram processados no programa *Stata* e obtidos no Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Em 2011, o VIVA/SINAN registrou 17.900 casos de violência contra a criança com nove anos ou menos, sendo 33% entre zero e um ano, 35,8% entre dois e cinco anos e 31,2% entre seis e nove anos. As meninas apresentaram mais frequência dos registros, seja globalmente (54,3%), seja na análise por grupos etários ($p < 0,001$).

Quanto à cor da pele, as proporções da cor branca e negra/parda são semelhantes. Dos tipos de violência, as predominantes foram a negligência (n = 7.716; 47,5%), seguidas das violências física (n = 5.969, 38,5%), sexual (n = 5.675, 37%) e psicológica/moral (n = 3.772; 25,2%).

A violência física predominou entre crianças de seis a nove anos (44,9%) seguida pelo grupo etário de zero a um ano (37,6%; p < 0,001). A violência sexual foi mais frequente entre as crianças de seis a nove anos (52,3%) e menos entre zero a um ano (11,3%; p < 0,001). A negligência foi mais frequente em crianças

menores de zero a um ano (67,8%; p < 0,001) e a violência psicológica predominou no grupo de crianças entre seis e nove anos (38,2%; p < 0,001). Em relação aos agressores, apurou-se que os pais foram os principais autores da agressão (51,5%). Em 23,8% dos casos foi relatada a suspeita de consumo de álcool pelo autor da agressão, sendo essa proporção mais elevada no grupo de seis a nove anos (26,3%; p < 0,001). Quanto às características do evento, 73,6% dos casos ocorreram no domicílio da vítima. Em 43,6% dos casos a violência foi de repetição e essa proporção foi

Tabela 1 - Notificações de violência contra crianças segundo tipo de violência e características do agressor por faixa etária. Brasil, 2011

Características	Faixa etária (anos)								Valor de p
	0 a 1		2 a 5		6 a 9		Total		
	(N = 5.909; 33,0%)		(N = 6.401; 35,8%)		(N = 5.590; 31,2%)		(N = 17.900; 100,0%)		
Sexo das vítimas [n = 17.900]									
Feminino	3.066	51,9	3.564	55,7	3.093	55,3	9.723	54,3	0,000
Masculino	2.843	48,1	2.837	44,3	2.497	44,7	8.177	45,7	
Raça/cor da pele das vítimas									
Branco	2.235	51,8	2.551	50,4	2.049	45,6	6.835	49,3	0,000
Preto/pardo	2.019	46,8	2.439	48,2	2.361	52,6	6.819	49,2	
Amarelo/indígena	65	1,7	71	1,4	83	1,9	219	1,6	
Tipo de violência sofrida									
Física	1.863	37,6	1.863	33,5	2.243	44,9	5.969	38,5	0,000
Psicológica/moral	608	12,9	1.311	24,3	1.853	38,2	3.772	25,2	0,000
Tortura	90	2,0	79	1,5	168	3,6	337	2,3	0,000
Sexual	534	11,3	2.521	44,9	2.620	52,3	5.675	37,0	0,000
Financeira/econômica	44	0,9	34	0,6	41	0,9	119	0,8	0,206
Negligência	3.729	67,8	2.575	44,6	1.412	28,4	7.716	47,5	0,000
Trabalho infantil	6	0,1	17	0,3	38	0,8	61	0,4	0,000
Intervenção legal	22	0,5	18	0,3	22	0,5	62	0,4	0,504
Outros	285	6,2	179	3,5	112	2,5	576	4,0	0,000
Pais como agressores *[17.900]									
Sim	3.686	62,4	3.138	49,0	2.402	43,0	9.226	51,5	0,000
Não	2.223	37,6	3.263	51,0	3.188	57,0	8.674	48,5	
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor [9.280]									
Sim	749	26,1	652	19,7	811	26,3	2.212	23,8	0,000
Não	2.126	74,0	2.665	80,3	2.277	73,7	7.068	76,2	
Ocorrência no domicílio [n = 15.655]									
Sim	3.536	69,8	4.322	77,5	3.661	73,0	11.519	73,6	0,000
Não	1.527	30,2	1.252	22,5	1.357	27,0	4.136	26,4	
Violência de repetição [n = 10.568]									
Sim	1.083	35,4	1.463	39,7	2.057	53,8	4.603	43,6	0,000
Não	1.980	64,6	2.219	60,3	1.766	46,2	5.965	56,4	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). * Inclui pai, mãe, padrasto, madrasta.

maior entre as crianças de seis a nove anos (53,8%; $p < 0,001$ (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violências contra crianças segundo características selecionadas. Verifica-se que a violência física predominou entre meninos (RP 1,22; IC 95%: 1,16-1,28), sendo maior entre os de seis a nove anos (RP 1,19; IC 95%: 1,12-1,27) e menor entre os de dois a cinco anos (RP 0,89; IC 95%: 0,83-0,95); outros que não os pais foram os mais prevalentes autores da agressão. O relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor foi o mais prevalente (RP 1,36; IC 95%: 1,27-1,47).

A violência sexual predominou em meninas, da cor parda/negra (RP 1,12; IC 95%: 1,06-1,19), sendo a maior chance no grupo de seis a nove anos (RP 4,63; IC 95%: 4,22-5,08), seguida de dois a cinco anos (RP 3,97; IC 95%: 3,62-4,36). A maior chance de ocorrer foi no domicílio (RP 1,38; IC 95%: 1,29-1,48), os mais prevalentes autores

da agressão foram outros que não os pais e a maior chance foi de ser de repetição (RP 1,44; IC 95%: 1,35-1,54).

A violência psicológica predominou em meninas; de cor parda/negra (RP 1,10; IC 95%: 1,03-1,18), com mais chances no grupo de seis a nove anos (RP 2,95; IC 95%: 2,69-3,23). A maior chance de ocorrer foi no domicílio (RP 1,40; IC 95%: 1,29-1,53).

O relato de ingestão de bebida alcoólica pelo agressor foi maior do que o da não ingestão (RP 1,92; IC 95%: 1,77-2,10) e maior a chance de ser ocorrência de repetição (RP 2,62; IC 95%: 2,42-2,84).

A negligência ocorreu mais entre meninos (RP 1,33; IC 95%: 1,27-1,39), sem distinção de raça e com mais chance de ocorrer em crianças de zero a um ano. Foi mais frequente fora do domicílio e, em geral, os autores mais prevalentes foram os pais (RP 2,60, IC 95%: 2,47-

Tabela 2 - Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violência contra crianças segundo características. Brasil, 2011

Características	Tipo de violência							
	Física		Psicológica		Sexual		Negligência	
	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)	%	RP (IC 95%)
Sexo								
Feminino	34,9	1,00	28,8	1,00	48,4	1,00	41,3	1,00
Masculino	42,7	1,22 (1,16-1,28)	20,9	0,72 (0,68-0,77)	22,7	0,47 (0,44-0,50)	54,8	1,33 (1,27-1,39)
Raça/cor da pele								
Branco	36,8	1,00	25,1	1,00	36,3	1,00	43,9	1,00
Preto/pardo	39,2	1,06 (1,00-1,13)	27,6	1,10 (1,03-1,18)	40,9	1,12 (1,06-1,19)	44,2	1,01 (0,96-1,06)
Amarelo/indígena	37,0	1,00 (0,79-1,27)	27,5	1,10 (0,83-1,45)	44,7	1,23 (0,99-1,52)	40,3	0,92 (0,73-1,15)
Faixa etária (anos)								
0 a 1	37,6	1,00	12,9	1,00	11,3	1,00	67,8	1,00
2 a 5	33,5	0,89 (0,83-0,95)	24,3	1,88 (1,71-2,07)	44,9	3,97 (3,62-4,36)	44,6	0,66 (0,63-0,69)
6 a 9	44,9	1,19 (1,12-1,27)	38,2	2,95 (2,69-3,23)	52,3	4,63 (4,22-5,08)	28,4	0,42 (0,39-0,44)
Ocorrência no domicílio								
Não	37,5	1,00	20,1	1,00	28,1	1,00	53,0	1,00
Sim	38,0	1,01 (0,95-1,08)	28,2	1,40 (1,29-1,53)	38,8	1,38 (1,29-1,48)	44,9	0,85 (0,80-0,89)
Pais^a como agressores								
Não	43,6	1,00	26,5	1,00	53,7	1,00	25,7	1,00
Sim	33,3	0,76 (0,73-0,80)	24,0	0,90 (0,85-0,96)	20,0	0,37 (0,32-0,40)	66,7	2,60 (2,47-2,74)
Violência de repetição								
Não	39,5	1,00	16,8	1,00	31,2	1,00	45,5	1,00
Sim	41,9	1,06 (1,00-1,13)	44,1	2,62 (2,42-2,84)	45,0	1,44 (1,35-1,54)	35,8	0,79 (0,74-0,84)
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor								
Não	35,9	1,00	22,1	1,00	33,8	1,00	46,2	1,00
Sim	49,0	1,36 (1,27-1,47)	42,5	1,92 (1,77-2,10)	35,8	1,06 (0,97-1,15)	37,8	0,82 (0,76-0,89)

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). *) Inclui pai, mãe, padrasto, madrasta. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. Diferenças estatisticamente significantes encontram-se destacadas em negrito ($p < 0,05$).

2,74). Esse tipo de violência não se caracterizou como ocorrência de repetição (RP 0,79; IC 95%: 0,74-0,84).

DISCUSSÃO

Este estudo busca compreender a violência contra a criança segundo seus tipos e determinantes e contribuir para o desenvolvimento de ações de proteção às vítimas. A maior frequência das violências ocorreu no ambiente doméstico, em meninas, sendo os pais os agressores mais frequentes. A violência como evento de repetição apresentou expressivo índice e o uso de bebidas alcoólicas pelo agressor foi relatado em um quarto dos casos. A negligência foi o tipo mais notificado, seguida pela física, sexual e a psicológica.

Quando analisadas as chances de ocorrer, das características selecionadas em relação aos tipos de violência verificou-se que a negligência e a violência física têm mais chance de ocorrer em meninos e a sexual e psicológica em meninas. Esses resultados remetem a reflexões sobre a dialética da violência. Se a mulher e a menina – por uma questão das relações de sexo impostas transculturalmente – sofrem mais determinados tipos de violências (como a sexual), são os homens e os meninos – pelo universo masculino e sua simbologia do poder – os mais expostos e suscetíveis a outros tipos de violência, como a física, sendo as maiores vítimas das agressões e da violência urbana.^{1,14-16}

Ainda que o fenômeno da violência abranja diferentes segmentos sociais e raça, é a população negra a maior vítima das iniquidades sociais e econômicas.¹⁷ A literatura nacional e internacional corrobora o resultado encontrado de ser o ambiente doméstico *locus* privilegiado para a ocorrência das violências interpessoais praticadas.^{1,9,18} Quando se analisam as chances de serem os pais os principais agressores, essa maior chance é encontrada na negligência.

Não foram analisados, neste estudo, os vínculos de amigos e outros vínculos de parentescos. Esses dados vêm ao encontro do que registra a literatura, ou seja, o lar que deveria proteger e educar torna-se palco para os diferentes tipos de violências, transgressões do poder/dever e coisificação da infância.^{1,9,10}

A chance de o uso de álcool pelo agressor ser relatado pelas vítimas foi maior em todos os tipos de violência, exceto na negligência. O consumo de álcool pelo agressor é um fator de risco frequentemente descrito na literatura.¹⁹

A violência física ocorreu mais entre crianças maiores (de seis a nove anos), do sexo masculino; e a violência sexual no estudo teve mais probabilidade de ocorrer entre as meninas de seis a nove anos. A literatura descreve serem os meninos os que mais sofrem violência física e com mais chance de aumentar à medida que crescem.^{1,15,20,21}

A violência psicológica apresentou mais chance em meninas, de cor negra/parda e aumenta com a idade.^{20,21} Porém, a importante subnotificação ainda existente nos serviços¹⁴ constitui um dos principais limites do presente estudo, o que reforça a necessidade de avançar na melhoria da notificação de cada ato de agressão, capacitando os profissionais para o atendimento e para identificar casos ocultados. Alguns profissionais sentem-se constrangidos diante de algumas situações de violações¹⁰, outros não percebem os sinais das violências, pois os motivos reportados para o atendimento são mascarados. E há, ainda, os que se sentem ameaçados e preferem não se expor.¹⁰ Distinguir entre notificar o fato e a realidade do fato torna-se fundamental para o reconhecimento do esforço de uma unidade que melhor notifica.⁹

CONCLUSÃO

Se a origem da história da violência remonta ao período pré-civilizatório, sua desconstrução demanda conscientização e comprometimento de toda sociedade diante das iniquidades do mundo contemporâneo. Os direitos ligados à infância e juventude estão expressos em constituições e declarações por todo o mundo. Porém, a universalização da garantia desses direitos é uma busca de movimentos sociais, profissionais ligados à área e de toda população.

A saúde, nesse contexto, assume importante papel na construção de políticas e de redes intersetoriais (sistema jurídico, educação, saúde, assistência social, entre outros) para potencializar e incrementar ações de proteção e de promoção à qualidade de vida em sua abrangência individual e coletiva.⁸ O Sistema de Notificação VIVA é potente ferramenta para romper o silêncio e a invisibilidade da violência.. O debate ampliado com toda a sociedade é o caminho para avançar na construção de uma sociedade mais justa, em que a garantia do direito à vida e da cidadania seja para todas as crianças.

COLABORADORES

DC Malta, SMM Rates, EM Melo (trabalharam na concepção e no delineamento do estudo, na análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão do artigo e na revisão crítica e aprovaram a versão a ser publicada.) e MDM Mascarenhas, trabalhou na concepção e no delineamento do estudo, na análise dos dados e aprovou a versão a ser publicada.

NOTA

Este artigo é resumo da dissertação apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG para obtenção do título de mestre. Título da dissertação: VIOLÊNCIA INFANTIL NO BRASIL: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS, 2011 Orientadora: Prof^a. Déborah Carvalho Malta, coorientadora: Prof^a. Elza Machado de Melo.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;11(Sup):1259-67.
4. Presidência da República (BR). Lei n° 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial*, 16 jul. 1990, p. 13563.
5. Digiácomo MJ, Digiácomo IA. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná; 2010.
6. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência Saúde Coletiva*. 2006;11(supl.):1163-78.
7. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000;8(5):22-9.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº737 de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *DOU* nº 96, Seção 1, 18 maio 2001.
9. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde (BR). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 43-77.
10. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Supl. 1):177-87.
11. Congresso Nacional (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, 05 out. 1988, p. 1, anexo.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 164 p.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, 26 jan. 2011, seção I, p. 37, col. 2.
14. Gomes R, Minayo MCS, Souza ER. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Ministério da Saúde (BR). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 117-40.
15. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Macario EM. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de 10 anos Brasil, 2006 a 2007. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1669-79.
16. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS, *et al*. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet*. 2011;5:75-89.
17. Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil, ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
18. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):323-32.
19. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, *et al*. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(6):400-8.
20. Rates SMM, Melo EMD, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):655-65.
21. Rates SMM. R233v Violência infantil no Brasil: uma análise das notificações compulsórias, 2011 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2014. 110f.

Sofrimento e trabalho na saúde: a mediação como possibilidade de superação dos conflitos e restauração do diálogo nos espaços de trabalho do SUS

*Suffering and Work in Health: mediation as a possibility of
overcoming conflicts and restoring dialogue in the SUS spaces*

Luciana Parisi¹, Virgínia Raimunda Ferreira¹, Jandira Maciel da Silva¹

RESUMO

Introdução: este artigo discute alguns dados encontrados a partir de dois estudos realizados nos municípios de Belo Horizonte e de Divinópolis, Minas Gerais, que abordaram a influência do modelo neoliberal em serviços públicos, em especial nos serviços de saúde. O neoliberalismo, ao impor preceitos da eficiência, qualidade e redução de custos, afeta os modos de organização do trabalho, imprimindo respostas psíquicas, muitas vezes caracterizadas por sofrimentos nos servidores públicos. **Objetivos:** discutir a percepção dos trabalhadores da saúde sobre a forma como a violência se faz presente em seu cotidiano de trabalho e indicar a mediação de conflitos em grupos e coletivos de trabalho como caminho possível de superação dos conflitos e restauração do diálogo nos espaços de trabalho do SUS. **Métodos:** a pesquisa qualitativa foi adotada em ambos os estudos. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas e a pesquisa documental. Realizaram-se análise de conteúdo e análise de narrativas. A pesquisa fez uma articulação teórica em torno da concepção de mediação, de conflito e de trabalho. **Discussão:** os resultados revelaram situações de crise, de conflitos, de violências e de agressões explícitas ou implícitas. A mediação de conflitos mostrou-se um instrumento válido para conduzir essas crises e conflitos, capaz de elucidar a interface que se estabelece entre o sujeito trabalhador e o campo social no qual está inserido. **Conclusão:** as mediações foram bem-sucedidas, mesmo considerando que ocorreram em espaços onde as relações são de subordinação.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Trabalho; Negociação; Conflito; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: This article discusses some data found from two studies carried out in the municipalities of Belo Horizonte and Divinópolis, Minas Gerais, that dealt with the influence of the neoliberal model on public services, especially on health services. Neoliberalism, by imposing precepts of efficiency, quality, and cost reduction, would affect the ways of organizing work, imprinting psychic responses, often characterized by suffering, in public servants. **Objectives:** To discuss the perception of health workers about how violence is present in their daily work, and to point out the mediation of conflicts in groups and collective work as a possible way of overcoming conflicts and restoring dialogue in the spaces of SUS work. **Methods:** Qualitative research was adopted in both studies. The instruments used were semi structured interviews and documentary research. Conducted content analysis and narrative analysis. The research made a theoretical articulation around the conception of mediation, conflict and work. **Discussion:** The results pointed out situations of crisis, conflicts, violence and explicit or implicit aggressions. Conflict mediation has proved to be a valid instrument to conduct these crises and conflicts, capable of elucidating the interface between the working subject and the social field in which he is

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Luciana Parisi
E-mail: lucianaparisi.bh@gmail.com

inserted. Conclusion: Mediations were successful, even considering that they occurred in spaces where relations are of subordination.

Key words: Occupational Health; Work; Negotiating; Conflict; Health Services Administration; Health Management.

INTRODUÇÃO

A organização do processo de trabalho nas sociedades capitalistas de produção advindas do fordismo, taylorismo e toyotismo, aperfeiçoados nas últimas décadas pela Teoria Geral da Administração, impõe ao trabalhador a descontinuidade de seu ser pessoal, de sua história de vida e de significados e o cindir de seu corpo, tirando-lhe a condição de ser político e transformando-o em ser de consumo.

No Brasil, a reforma administrativa pública gerencial, iniciada nos anos 80 no bojo do neoliberalismo e da globalização, tem pautado e estruturado os serviços públicos nos preceitos da eficiência, da qualidade e na redução de custos.

Para Gaulejac¹, nas técnicas gerencialistas do modelo neoliberal tudo é quantificado e medido e o foco do sentido do trabalho é desviado, dando lugar à amplificação de questões administrativas e de produção. A eficiência é associada à produção, mesmo quando as condições de trabalho são precárias e o trabalho não é bem feito. Na lógica desse modelo, o trabalhador que não produz não é útil e, portanto, pode ser descartado. Ainda nessa perspectiva, ficam sem medida as questões realmente vividas e as pressões sofridas pelo trabalhador, não sendo possível a expressão das diferenças individuais, as possibilidades humanas e todos os aspectos singulares e subjetivos implícitos no trabalho. Dessa forma, pergunta-se como se dá essa trama vivida pelos servidores públicos.

O sentido dado ao termo servidor público está restrito aos servidores ocupantes de cargo público. Essa diferenciação se torna necessária, pois o conceito de servidor público compreende, segundo Di Pietro, três grupos distintos: o primeiro, dos servidores estatutários, titulares de cargos públicos, submetidos em lei a regulamentos estabelecidos pelas unidades da Federação; o segundo, dos empregados públicos subordinados às normas da CLT e ocupantes de emprego público; e o último grupo, dos servidores temporários contratados para exercer funções por prazo determinado.^{2,193}

Ter essa dimensão da constituição do servidor público é importante, pois além das técnicas geren-

cialistas às quais está submetido, essa multiplicidade de formas contratuais é geradora de condições díspares de direitos, o que gera entre os trabalhadores um clima de disputa e ressentimento no cotidiano do trabalho, que podem se tornar fortes fatores de sofrimento e adoecimento.

Na lógica da administração gerencial, imputam-se ao trabalhador as responsabilidades da ineficiência dos serviços como se destacados fossem da estrutura social. E estes, em consequência, recebem muitas vezes por parte da população atendida ofensas e violências decorrentes da insatisfação com os serviços prestados. E ambos, população atendida e trabalhadores, particularizam e pessoalizam as questões sociais que lhes cortam a carne e mancham sua dignidade de pessoas universais. Mas na verdade, trata-se de questão maior, relacionada à estrutura social que relega o trabalhador a uma invisibilidade social^a que reforça a submissão e degeneração do propriamente humano.

Gaulejac¹ discute que, no modelo gerencialista, perde-se o sentido do trabalho, que é estar a serviço da vida, do desenvolvimento da sociedade, do bem-estar individual e coletivo. O ofício^b, na concepção das clínicas da atividade, fica enfraquecido, o que impede o trabalho bem feito, fragmenta os coletivos e gera desestímulo e perda do sentido do trabalho. O trabalhador e gestor deixam de ser agentes de transformação, passando a ser um recurso. Quanto mais centralizada e menos participativa for a gestão, mais poder ela detém e mais tensionamento e conflitos produzirá.

Na contramão do modelo gerencialista, o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido sob

^a Sobre a questão da invisibilidade da doença dos trabalhadores, sugerem-se as seguintes leituras: 1) Goffman, Erving. Estigma - Notas sobre a manipulação de identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. COSTA, Fernando Braga da - Moisés e Nice: retratos biográficos de dois garís. Um estudo de Psicologia social a partir de observação participante e entrevistas. São Paulo: USP, 2008. 408 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia - Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

^b Para Clot (2013), o ofício é uma arquitetura social que "pode adquirir uma função psíquica interna". Esta arquitetura teria quatro dimensões: a pessoal, interpessoal, transpessoal e impessoal, que estariam permanentemente em discordância criativa ou destrutiva, em ligamentos ou desligamentos mantendo o ofício vivo, em movimento e construção contínua. O ofício é pessoal porque cada situação é singular e sujeita ao inesperado. É interpessoal porque é sempre dirigida a um destinatário. O ofício tem uma dimensão transpessoal (ou gênero profissional) porque é atravessada por uma história coletiva, acumuladas ao longo de gerações. O gênero funciona como uma senha utilizada pelos que trabalham juntos e que compartilham saberes tácitos. A dimensão pessoal do ofício seriam os fluxos, as normas, os protocolos, ou seja, a tarefa prescrita, que cada trabalhador irá "descongelar" diante do real que se impõe à atividade, valendo-se dos pressupostos da história coletiva. Quando, na arquitetura do ofício, a história coletiva enfraquece, o trabalhador se vê sozinho no enfrentamento do real.

fundamentos que abrem a possibilidade de uma abordagem mais humanizada das relações de trabalho quando instituem políticas que são favoráveis a ações que valorizam e resgatam o trabalhador em seu papel de sujeito nas relações de trabalho e na vida social.³

No entanto, o SUS tem sofrido as influências dos modelos econômicos hegemônicos, do neoliberalismo, que incorporado à gestão de saúde pública com os preceitos da eficiência, qualidade e redução de custos contaminam o profissional, a organização dos serviços de saúde e a gestão, imprimindo subjetivações individualizantes, fragmentadas e competitivas. Proporciona um fazer caracterizado por atos parcelados, fragmentação das equipes de trabalho, hipervalorização de procedimentos técnicos e tecnológicos em detrimento do cuidado que afastam a subjetivação solidária e coletiva.⁴

A Psicologia do trabalho vem se dedicando à questão do sofrimento e conflitos no trabalho, numa dupla perspectiva: questionando as inscrições sociais que os produzem, como os modos de organização e divisão do trabalho e as respostas psíquicas que imprimem no trabalhador. Sendo assim, não associam o sofrimento exclusivamente às características individuais do trabalhador, mas à interface entre este sujeito e o campo social no qual está inserido. Considerar apenas um desses polos na análise do sofrimento no trabalho seria reducionismo.⁵

Para Lhuillier⁶, as demandas dirigidas aos recursos humanos para dirimir conflitos têm a intenção de adaptar o trabalhador ao trabalho, sem questionar sua organização e divisão e sem considerar a possibilidade de transformação. Nesse sentido, ressalta uma constante tentativa de ocultação de contradições e conflitos.

A MEDIAÇÃO DE CONFLITOS COMO POSSIBILIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA _____

Métodos dialógicos, com o envolvimento de trabalhadores e gestores, têm sido desenvolvidos na busca da coanálise e na construção de alternativas para as crises que surgem no ambiente de trabalho. Entre os métodos utilizados encontra-se a mediação de conflitos.

Sara Cobb⁷, propõe a superação das explicações sobre o conflito, enraizadas no positivismo lógico, em que cada parte envolvida atribui uma causalida-

de linear, culpabilizando o outro pela manutenção do conflito. A autora entende que a única forma de romper essa lógica é pela comunicação, por considerar que, com as narrativas, as partes envolvidas teriam a possibilidade de contextualizar suas disputas de forma mais ampliada, de compreender as diferenças, de rever as formas de interação, de se implicar e de assumir responsabilidades, favorecendo o protagonismo e a legitimidade dos envolvidos. Ressalta a necessidade de a mediação criar espaços deliberativos, sendo que esses espaços ganham o *status* de “político” quando fossem capazes de permitir o dissenso, em que pessoas pudessem ser ouvidas mesmo quando ainda não lhes fosse dada legitimidade para falar. Para a autora, só fazem sentido os dispositivos colegiados se estes funcionarem como espaços deliberativos. Por outro lado, a mediação não se constitui numa panaceia na qual todos serão felizes, até porque os espaços deliberativos não podem ser idealizados.⁸ Diferenças e dissensos existem e são desejados porque trazem para o debate a realidade concreta.

A teoria circular narrativa faz uma crítica às teorias que supõem que a resolução depende, basicamente, da modificação do contexto estrutural em que os conflitos ocorrem. Ainda segundo Sara Cobb⁸, essas teorias repetem o padrão que favorece o conflito, ao buscar culpados e responsáveis, comprometendo o protagonismo das partes envolvidas em atuar na direção de sua resolução. Acredita nos métodos de mediação que não se restringem apenas ao estudo dos contextos geradores de conflito, mas que sejam igualmente sensíveis às interações, à cultura, ao poder e ao discurso.

Para Boqué⁹, a mediação não se propõe à manutenção de um sistema social, ao contrário, abre as condições para que os indivíduos possam repensá-lo. A mediação pretende incluir as diferenças e evitar as exclusões para avançar no conflito. Possibilita a reflexão, a compreensão e superação dos conflitos, produzindo a coexistência de valores diferentes e possibilidade de mudanças sociais. Optar pela mediação é uma escolha política em sociedades onde a cidadania, o protagonismo, a autonomia, a participação e a responsabilização são valores desejáveis.

Assim, apresentam-se neste artigo alguns aspectos a respeito da percepção dos trabalhadores da saúde sobre a forma como a violência se faz presente em seu cotidiano de trabalho. E enfatiza-se a mediação de conflitos em grupos e coletivos de trabalho como caminho possível de superação dos conflitos e restauração do diálogo nos espaços de trabalho do SUS.

MÉTODOS

Este artigo baseia-se nos estudos de Parisi¹⁰ e Ferreira¹¹, desenvolvidos como dissertações de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da UFMG.

As populações dos dois estudos foram servidores públicos municipais de Belo Horizonte-BH e de Divinópolis, ambos localizados em Minas Gerais-MG.

Em BH, a pesquisa analisou a mediação dos conflitos praticada pela Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde em quatro espaços coletivos de trabalho em saúde da Secretaria Municipal de Saúde de BH (SMSA-SUS-BH), que aconteceram entre 2012 e 2015. Realizou-se pesquisa qualitativa, com base na pesquisa documental e análise de narrativas. Buscou-se analisar os conflitos, a percepção dos profissionais envolvidos, as soluções tentadas de abordagem, entre elas a mediação e o desfecho ou resolução alcançada sob referenciais teóricos distintos: modelo de mediação circular narrativo, modelo de mediação transformativo e as clínicas do trabalho.

Já em Divinópolis, a pesquisa buscou conhecer a percepção dos trabalhadores da Prefeitura de Divinópolis, membros do Sindicato dos Trabalhadores Municipais de Divinópolis e Região Centro-Oeste (SINTRAM) quanto aos processos de saúde/doença e às relações e condições de trabalho. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. Os trabalhadores foram separados e agrupados em três categorias profissionais distintas: a) categoria 1 – trabalhadores que ocupam cargos de nível primário; b) categoria 2 – trabalhadores que ocupam cargos de nível secundário; c) categoria 3 – trabalhadores que ocupam cargos de nível superior. Foram entrevistados 15 trabalhadores, sendo cinco de cada uma dessas categorias citadas.

DISCUSSÃO

Para os trabalhadores que participaram desses estudos, o trabalho é de fundamental importância em suas vidas, não se imaginando sem ele. Definiram o trabalho como criador de autonomia, sobrevivência, reconhecimento social, crescimento pessoal e profissional, identificação pessoal, realização material, dignidade, sentido da vida, valor de família e responsabilidade. Trazem em suas falas o sentido de pertencimento social e de solidariedade, como pode ser observado:

Ah é muito importante, viu, Virginia [...] eu amo... amo muito mesmo (meu trabalho)!!! (T2).

[...] o trabalho... ele é muito importante porque ele dá autonomia pra gente, NE, de construir as coisas que a gente quer construir de crescer, de se desenvolver como pessoa e ao mesmo tempo o trabalho no SUS Sistema Único de Saúde me ajuda a dar oportunidades às pessoas que não teriam condições de se tratarem (T4).

Ué, o significado do trabalho, pra mim, assim, o trabalho pra mim ele ocupa uma posição bem central assim na minha vida no ponto de vista de fazer sentido pra, né [...] assim, não deixa de ser mais um espaço onde você tem relações, NE, e isso eu gosto assim... e em particular [...] trabalhar na execução de uma política pública como é a saúde [...] me dá uma sensação do sentido do pertencimento sabe, assim, assim, eu me sinto parte de um todo assim de certa forma eu nessa engrenagem toda que compõe a sociedade ela é a minha doação é no trabalho ela me coloca num lugar assim na sociedade eu penso assim isso me agrada (T5).

No entanto, identificaram também diversas situações de violências e agressões explícitas ou implícitas, muitas vezes não identificadas como tal, por serem naturalizadas e consideradas intrínsecas e inerentes aos processos de trabalho. Foram relatadas situações ocorridas com colegas de trabalho, com usuários e na comunidade onde a instituição está inserida, como se pode observar nas falas a seguir.

Várias vezes, inúmeras vezes, tanto por usuários assim de chegar falar que vai dar tapa na cara entendeu, de ameaçar que vai agredir fisicamente de agredir verbalmente falar com palavras de baixo calão, entendeu... Funcionários que chegam também a ofender, entendeu, falar que tá escondendo serviço apesar de você trabalhar tanto ainda tem pessoas prá falar que você está escondendo serviço [...] (T3).

[...] uma vez até hoje eu não entendi... Uma funcionária chegou o dedo na minha cara me chamando de malandra, sabe, [...] por causa de uma pequena coisa porque uma chefe pediu pra mim ficar em outro serviço e falou que era pra mim deixar as comadres e os marrecos pra ela juntar que ela trabalhava no material, e eu que juntava os marrecos. E falou assim: você vai ficar na rouparia direto pra deixar pra ela juntar os marrecos. Aí ela veio e chegou o dedo na

minha cara que eu tive até que afastar o rosto, porque se não o dedo ia pegar no meu nariz. E eu não tive nem resposta, porque nessa hora eu baqueei, eu comecei foi a chorar, entendeu? Aí o chefe veio e todo mundo perguntou se eu ia fazer alguma coisa. E a resposta que eu disse foi: não, não vou fazer porque hoje eu acho que não era o dia dela, entendeu, então isso aí eu pensei assim, uai, que falta de respeito! Achei que ela não tava bem no dia dela, depois eu fui pensar também bastante eu acho que ela tinha problema, em casa tinha um filho que mexia com drogas, tinha uma filha daquelas síndrome de Down, né, então eu deixei eu pedi a Deus pra tirar aquilo da minha vida e seguir em frente” (T2).

Por outro lado, observou-se que os conflitos ocorreram em contextos onde os espaços de diálogo e de liberação estavam interditados, cujas práticas do modelo gerencialista estavam intensificadas, havendo enfraquecimento do ofício. As condições de trabalho eram excessivamente precárias e o cuidado com o outro e os aspectos subjetivos estavam negligenciados. Os conflitos se reforçaram ou se constituíram a partir de situações de tensionamento conduzidas de forma inadequada, em que predominaram as atribuições de culpabilidade, de responsabilizações, de medidas punitivas, de narrativas de poder fechadas e impermeáveis às outras narrativas.

A pesquisa mostrou que nas mediações analisadas foi possível trazer à tona as narrativas hegemônicas e as marginalizadas, possibilitando a desconstrução das mesmas, o resgate do protagonismo dos envolvidos no conflito e a construção de narrativa alternativa:

Temos que melhorar o processo de trabalho e autoestima dos trabalhadores através de acompanhamento das atividades, de capacitações, de reuniões, proporcionando aos funcionários, independente do cargo exercido, momentos de se expressar até mesmo de se queixar como pessoas que precisam também ser acolhidas. Precisamos identificar quais são os fatores estressantes que afligem as equipes. Precisamos antecipar os problemas.

Precisamos ser propositivo para resolução dos problemas do centro de saúde.

Precisamos aceitar as opiniões diferentes, ter maturidade.

Colegiado gestor deve ser mais representativo.

O gerente deve considerar mais a opinião dos trabalhadores.

O ritmo e os limites dos trabalhadores devem ser respeitados.

Fortalecimento e valorização dos profissionais independente da categoria profissional.

O distrito tem que prover o centro de saúde de funcionários de apoio administrativo, de insumos necessários ao trabalho. São 17 pessoas para um computador. Tem que melhorar o espaço físico das unidades básicas. Não temos espaço para almoçar, pois o único espaço que poderíamos utilizar prejudica o atendimento nos consultórios. O distrito precisa capacitar os trabalhadores novatos, valorizar o trabalhador da ponta. Precisamos estimular o sentimento de que somos uma unidade e não quatro equipes, trabalhar em grupo, ser solidários uns com os outros, ser cooperativos. Precisamos ser responsáveis pelo usuário, independente da equipe a qual ele esteja vinculado. Precisamos continuar esse movimento de mudança. Dar continuidade ao trabalho (fala de trabalhadores durante o processo de mediação).

As características individuais dos gestores e trabalhadores foram consideradas na causalidade, porém, em um âmbito mais amplo, em interdependência com outros determinantes do conflito.

CONCLUSÕES

Considerando os dados aqui apresentados, é possível afirmar que os efeitos do sistema gerencialista no SUS caracterizam-se por limitações, restrições e descaso não somente com os trabalhadores, como mencionado por eles, mas desrespeitoso para com a população atendida nos serviços, que muitas vezes, não entendedora da atual circunstância, penaliza os trabalhadores como se esses fossem os causadores da má administração.

Constatou-se também que a mediação é um instrumento válido para conduzir conflitos do trabalho, mesmo ocorrendo em espaços onde as relações são de subordinação, teoricamente havendo privilégio de narrativas da gestão.

A defesa da mediação de conflitos do trabalho dentro do Sistema Único de Saúde reveste-se de importância como método de resistência em defesa de valores inclusivos, democráticos, de solidariedade e de equidade preconizados.

REFERÊNCIAS

1. Gaulejac V. Gestão como doença social. Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideias & Letras; 2015.
2. Ribeiro CVS, Mancebo D. O servidor público no mundo do trabalho do séc. XXI. *Psicol Ciênc Prof.* 2013;33(1):192-207.
3. Parisi L, Rosseti CC. Abordagem de conflitos no trabalho. In: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Rona; 2012.
4. Ferreira Netto LJ, Araújo JN. Gestão e Subjetividade no SUS: enfrentamentos de impasses em tempos neoliberais. *Psicol Sociol.* 2014;26(3):675-84.
5. Bendassolli PF, Soboll LAP. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In: *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão na atualidade.* São Paulo: Atlas; 2011. p. 03-16
6. Lullier D. Prefácio. In: Bendassolli PF, Soboll LAP. *Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho.* São Paulo: Atlas; 2014.
7. Cobb S. Prólogo. In: *Mediación: conduccion de disputas, comunicación y técnicas.* Buenos Aires: Paidós; 2012. p. 15-9.
8. Cobb S. *Speaking of violence: the politics and poetics of narrative in conflict resolution.* NYC: Oxford University Press; 2013.
9. Boqué MCT. *Cultura da mediação e mudança social.* Porto: Ciências da Educação; 2008.
10. Parisi L. *Mediação de conflitos no trabalho: possibilidade de restauração do diálogo no espaço de trabalho em saúde.* Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
11. Ferreira VR. *Adoecer: condição do ser trabalhador? Estudo sobre a percepção dos trabalhadores da Prefeitura Municipal de Divinópolis, sindicalizados no SINTRAM, quanto aos processos de saúde/doença relacionados às condições e processos de trabalho* [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.

Subnotificação e invisibilidade da violência contra a mulher

Unreported cases and invisibility of violence against women

Mirian Conceição Moreira Alcantara¹, Rosemeire Rodrigues de Souza¹, Leandro Genuir de Assis Caetano¹, Cibelle Ferreira Louzada¹, Ana Raquel Paolinelli Silveira¹, Jacqueline de Oliveira Lima¹, Marilene Altavina Gouveia¹, Heliana Conceição de Moura¹, Palmira de Fátima Bonolo¹, Elza Machado de Melo¹

RESUMO

Introdução: a violência contra mulheres configura situação pungente de ordem social no Brasil. A Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 tornou compulsória a notificação de violência, constituindo estratégia para reverter a subnotificação e ser instrumento de vigilância em saúde. **Objetivo:** compreender a visão dos profissionais que trabalham com mulheres em situação de violência (MSV) participantes do curso em Atenção à Mulher em Situação de Violência do Projeto Para Elas - *Por Elas, Por Eles, Por Nós*, Universidade Federal de Minas Gerais. **Métodos:** entrevista realizada mediante questionários semiestruturados, validados previamente, respondidos *online* no período de abril de 2014 a setembro de 2016. Verificou-se a associação da capacitação com a notificação ($p \leq 0,05$). **Resultados:** a maioria dos profissionais era do sexo feminino (75,2%), na faixa etária de 20 a 39 anos (66,1%) e possuía pós-graduação (77,2%). Pouco mais da metade (56,1%) dos trabalhadores afirmou que o local onde trabalha atende MSV, sendo que 38,9% foram capacitados e 54,7% não notificam em sua prática laboral. Em torno de 41% afirmaram que têm dificuldades em preencher a ficha de notificação. Entretanto, 87,3% dos participantes diferenciam denúncia de notificação. A baixa capacitação esteve associada a baixa notificação ($p < 0,001$). **Conclusões:** neste estudo demonstrou-se que a invisibilidade da violência é perpetuada pela não notificação. O grande desafio encontra-se no reconhecimento da violência como um tema multidisciplinar. Destaca-se a importância de serviços com atenção integral para as MSVs e um sistema de vigilância intersetorial com informações para trazer visibilidade a essa grave situação no Brasil.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Vigilância em Saúde Pública; Ação Interseccional; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: violence against women is a very serious social problem in Brazil. The law of violence notification (2011) created a strategy to reverse unreported cases and increase health surveillance. **Objective:** to understand the vision of professionals attending women in situation of violence (WSV) participants in the course on Comprehensive Care for Women in situation of violence - Project for Women, Federal University of Minas Gerais. **Methods:** interviews were performed using online pre-validated semi-structured questionnaires, from April 2014 to September 2016. It was verified the association between professional training with notification ($p \leq 0.05$). **Results:** the majority of professionals was female (75.2%), aged 20-39 years (66.1%) and had a postgraduate degree (77.2%). Just over half of the workers stated that their workplace have consultation for WSV. Only 38.9% had being trained. About 55% does not notifying the women in situation of violence in their work service. About 41% said they had difficulty completing the notification form. However, 87.3% of participants differentiate between surveillance reporting and criminal reporting. It was found that low training was associated with low notification ($p < 0.001$). **Conclusions:**

¹Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Apoio financeiro: Brasil. Ministério da Saúde.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Palmira de Fátima Bonolo
E-mail: pfbonolo@gmail.com

in this study it was demonstrated that the invisibility of violence is perpetuated by non-notification. The great challenge is the recognition of violence as a multidisciplinary theme. We emphasize the importance of services with comprehensive care to the WSV and an intersectoral surveillance system with information to bring visibility to this serious health problem in Brazil.

Keywords: Violence Against Women; Public Health Surveillance; Intersectoral Action; Integrality in Health.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher, além de se constituir em importante tema da saúde, torna-se um dos problemas mais pungentes de ordem social que se tem enfrentado também no Brasil.¹ O enfrentamento da violência contra a mulher configura uma das diretrizes prioritárias de saúde, conforme publicado em 2013 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e na resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre o reforço do papel do sistema de saúde, especialmente contra mulheres e meninas.²

Em anos recentes, um conjunto de políticas tem sido implementado no país, como parte do esforço de conter as diversas formas de violência e lesões que, nas últimas décadas, colocaram esse grupo de problemas entre os que mais afligem a população brasileira.³ A notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde (MS) e, como instrumento de vigilância em saúde, amplia a visibilidade do fenômeno violência, assegurando o planejamento e a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência à atenção integral às vítimas.⁴

A Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 prevê a obrigatoriedade da notificação de agravos e eventos em saúde pública, tornando compulsória a notificação de casos de violência.⁵ A estratégia de tornar a notificação da violência uma ação compulsória é apresentada como uma tentativa de reverter o quadro de subnotificação descrito na literatura, que reforça a invisibilidade da violência, além do desacordo com a obrigação institucional e legal de notificação.⁵

Por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, o MS implantou, em agosto de 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a esses agravos, buscando preveni-los. Esse sistema utiliza a Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.⁶

Objetivou-se neste estudo compreender a visão dos profissionais que trabalham com mulheres em

situação de violência inscritos no programa de Educação a Distância (EAD) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a relação entre a sua prática laboral e sua formação, capacitação e percepção sobre a notificação da violência contra a mulher.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo-analítico com abordagem da visão dos profissionais que trabalham na área de saúde acerca das notificações de violência contra a mulher. A entrevista foi realizada por meio de questionários semiestruturados validados previamente, no período de abril de 2014 a setembro de 2016.

Os profissionais participantes responderam o questionário *online* ao se inscreverem no curso a distância de atualização em Atenção à Mulher em Situação de Violência do Projeto Para Elas – *Por Elas, Por Eles, Por Nós*. A solicitação de anuência à participação na pesquisa e autorização para o uso dos dados (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes – TCLE) foi possível por meio da assinatura eletrônica de cada um dos participantes.⁷

O Projeto Para Elas – *Por Elas, Por Eles, Por Nós* é de âmbito nacional, executado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e constitui parte da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde à Mulher em Situação de Violência do Ministério da Saúde.^{7,8}

O questionário utilizado foi composto por questões que abordaram a percepção do profissional sobre a notificação da violência contra a mulher. Foi incluído no estudo o universo de profissionais pertencentes à rede de atendimento à mulher em situação de violência do município de Belo Horizonte (n=230). Realizou-se análise descritiva com distribuição de frequências simples, médias e proporções. Verificou-se a associação da capacitação dos profissionais com a notificação no atendimento da mulher (valor de $p \leq 0,05$). Utilizou-se o programa SPSS (versão 16.0).

RESULTADOS

Na Tabela 1 observa-se que, entre os respondentes, predominou o sexo feminino (75,2%), sendo que a maioria estava na faixa etária de 20 a 39 anos (66,1%) e menos da metade se autodeclarou como de cor bran-

ca (49,1%). Quase a metade possuía relação conjugal estável (47,0%). A maioria dos participantes possuía pós-graduação (77,2%) e mais de três anos (52,6%) na função exercida no sistema de saúde. Entre os profissionais, 86,9% eram do setor saúde e atuavam desde a atenção primária até a atenção quaternária.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais entrevistados, n=230, 2014 a 2016

Características	n ^a	%
Sexo		
Masculino	57	24,8
Feminino	173	75,2
Faixa etária (anos completos)		
29 a 39	152	66,1
40 a 60	78	33,9
Cor/Raça		
Amarela	5	2,2
Branca	113	50,0
Parda	80	35,4
Preta	28	12,4
Estado civil		
Casado(a) / União	108	47,0
Solteiro(a) / viúvo(a)	102	44,4
Separado(a) / Divorciado(a)	20	8,7
Escolaridade formal (anos concluídos)		
Graduação	51	22,8
Pós-graduação (<i>Lato sensu, Stricto sensu</i>)	173	77,2
Escolaridade formal (anos concluídos)		
Educação Física	3	1,4
Enfermagem	45	20,3
Farmácia	3	1,4
Fisioterapia	7	3,2
Fonoaudiologia	2	0,9
Medicina	43	19,4
Nutrição	3	1,4
Odontologia	5	2,3
Psicologia	49	22,1
Serviço Social	29	13,1
Terapia Ocupacional	3	1,4
Outros ^b	30	13,1
Trabalho (função)		
Atenção Primária	36	17,8
Atenção Secundária	27	13,4
Atenção Terciária	31	15,3
Atenção Quaternária	11	5,4
Outros serviços ou setores afins	97	48,0

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais entrevistados, n=230, 2014 a 2016

Características	n ^a	%
Tempo na função (anos)		
<1	51	22,2
1 a 3	58	25,2
>3	121	52,6

(a) Os totais variam de acordo com os dados ignorados.

(b) Administração, Direito, Gestão de Serviços de Saúde, Ciências Sociais, Jornalismo, Ciências da Informação, Tecnologia em Processos Gerenciais, Filosofia, Geografia, Pedagogia, Sociologia, Letras, Ciências Biológicas, Comunicação Social.

Em relação à temática do estudo, observa-se na Tabela 2 que 90,2% dos profissionais relataram que não tiveram capacitação de abordagem da violência ou a tiveram de forma insuficiente durante a graduação. Pouco mais da metade dos profissionais (56,1%) declarou trabalhar em locais que atendem mulheres em situação de violência ou já atenderam mulheres nessa situação (54,8%), sendo que 61,1% deles afirmaram não terem recebido algum tipo de capacitação para a realização desse atendimento. Elevado percentual de profissionais (87,3%) concordou plenamente que denúncia e notificação de violência são ações diferentes. Entretanto, destaca-se que 12,7% dos entrevistados pensam que os dois termos são intercambiáveis.

Tabela 2 - Características do atendimento e notificação, n=230, 2014 a 2016

Características	n ^a	%
Houve abordagem da violência contra a mulher na graduação?		
Sim, de forma suficiente	22	9,8
Sim, de forma insuficiente/Não houve abordagem	202	90,2
Sua instituição atende a mulher em situação de violência?		
Sim	129	56,1
Não/Não sei	101	43,9
Houve capacitação para atendimento da mulher?		
Sim	63	38,9
Não	99	61,1
Denúncia e notificação da violência são diferentes?		
Concordo parcialmente/Discordo	27	12,7
Concordo plenamente	186	87,3
O profissional atende mulheres em situação de violência?		
Sim	126	54,8
Não	104	45,2
A ficha de notificação de violência está presente na instituição?		
Sim	63	38,9
Não/Não sei	99	61,1

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Características do atendimento e notificação, n=230, 2014 a 2016

Características	n ^a	%
No seu trabalho realiza-se a notificação dos casos de violência?		
Sim	50	33,1
Não/Não sei	101	66,9
O profissional tem dificuldade em preencher a ficha de notificação?		
Sim	27	40,9
Não	39	59,1
Quais dificuldades no preenchimento da ficha de notificação?		
Extensa/Difícil entendimento / Desconhecimento dos termos	38	48,8
Falta de tempo durante o atendimento	21	25,9
Medo de implicações com o judiciário / Outras dificuldades	22	18,3 26,9
Quais as dificuldades no atendimento da mulher?		
Estrutura física inadequada	45	57,0
Equipe multiprofissional incompleta	49	61,3
Sem serviço de referência para acompanhamento	44	53,7
Falta de apoio dos gestores	33	22,8
Capacitação insuficiente	47	61,8
Outras	31	53,4
O profissional realiza a notificação no atendimento da mulher?		
Sim	53	45,3
Não	64	54,7
O profissional recebeu capacitação para atendimento da mulher?		
Sim	63	38,9
Não	99	61,1

(a) Os totais variam de acordo com os dados ignorados.

Apenas 38,9% dos profissionais confirmaram a disponibilidade das fichas de notificação nos locais em que trabalham e 37,7% não souberam se a notificação, de fato, é realizada em seus serviços. A dificuldade no preenchimento da ficha de notificação foi revelada por 40,9% dos profissionais. Tal dificuldade foi associada, sobretudo, à extensão da ficha (29,2%) e à falta de tempo para o seu preenchimento durante o atendimento (25,9%). Percentual de 18,3% dos participantes alegou medo das implicações com o Judiciário ao se fazer a notificação.

Os dados da pesquisa mostraram que a capacitação insuficiente foi citada por 61,8% dos profissionais quando questionados sobre quais as dificuldades no atendimento da mulher em situação de violência. Estrutura física inadequada e ausência de um centro de referência para o acompanhamento dessa mulher foram também problemas destacados pelos participantes (57 e 53,7%, respectivamente).

A maioria dos profissionais (54,7%) afirmou não realizar a notificação ao atender mulheres em situação de violência, sendo que na análise estatística o relato de falta de capacitação esteve associado à ausência da notificação no atendimento do profissional da mulher em situação de violência ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Embora esteja clara a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência, a subnotificação nos casos ainda é um problema grave nos serviços de saúde do Brasil. Um dos desdobramentos diante dessa constatação foi a obrigatoriedade institucional e legal de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência a fim de reverter o quadro que reforça a invisibilidade da violência.⁴ Apurou-se, neste estudo, que a maioria dos profissionais de saúde reconhece a diferença entre denúncia e notificação. A notificação é uma comunicação obrigatória, formal e institucional acerca de alguma situação específica. Ela, em si, não instaura uma denúncia, entretanto, nada impede que, paralelamente à notificação, esta seja efetuada. Já denúncia é o nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público.⁹

Além disso, não raramente a notificação deixou de ser realizada, por desconhecimento da disponibilidade da ficha de notificação nos locais de trabalho ou por dificuldade de entendimento ou desconhecimento dos termos nela contidos ou ainda por falta de tempo para o preenchimento devido à sua extensão. Segundo Hamberger¹⁰, o tempo de trabalho permite que o profissional adquira mais conscientização sobre as suas responsabilidades e, conjuntamente, a sua capacitação favorece o aumento da realização de notificação.

É essencial e premente que todos os setores envolvidos, sejam eles governamentais ou sociais, estejam engajados na notificação, na prevenção e no tratamento da violência de maneira multidisciplinar. Isso é de fundamental importância tendo em vista a abrangência das áreas de formação envolvidas no atendimento ou notificação da mulher em situação de violência.

A conscientização da importância da notificação e a mudança de paradigmas devem abranger a educação permanente para diagnosticar, acompanhar e prevenir situações de violência. São necessárias equipes diversificadas de profissionais para detectar e notificar no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação ou função desenvolvida.

CONCLUSÕES

Apesar dos avanços no sentido de garantir a obrigatoriedade da notificação, este estudo foi corroborado pela literatura ao revelar que ainda é um fenômeno invisível na rotina da maioria dos profissionais, especialmente na saúde.¹¹ A subnotificação relaciona-se, entre outros fatores, à falta de informações técnicas e científicas do assunto, à escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, à ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar e à falha na identificação da violência nos serviços de saúde.¹²

A qualidade da informação é fundamental, sendo que as estatísticas revelam a magnitude da subnotificação da violência contra a mulher. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2014 houve 467.646 casos de violência registrados no Brasil, com estimativa de subnotificação de registros de 35%. Isso é preocupante e parece demonstrar a pouca efetividade das estratégias de sensibilização para a notificação.¹³

O grande desafio encontra-se no reconhecimento da violência como um tema multidisciplinar, cuja notificação assume papel primordial e numa estratégia eficiente de organização, possibilitando a construção de uma rede para o seu controle a partir do âmbito municipal ou estadual, em comunicação com outros órgãos.¹⁴

Neste estudo procurou-se demonstrar que a invisibilidade da violência é perpetuada pela não notificação a partir do atendimento. Destaca-se a importância de serviços com atenção integral para mulheres em situação de violência e um sistema de vigilância intersetorial com informações para trazer visibilidade a essa grave situação no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Geneva: OMS; 2009.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. Melo EM. O projeto para elas, por elas, por eles e por nós. Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Belo Horizonte. [citado em 2016 jan. 18]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/paraelas/>
8. Caixeta DMB. Influência da capacitação no trabalho dos profissionais que atendem mulheres em situação de violência [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
9. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Publica*. 2013;29(9):1805-15.
10. Hamberger LK. Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based intimate partner violence curriculum and evaluation. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):214-25.
11. Garbin CAS, Dias IA, Roviada TAS, Garbin AJJ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1879-90.
12. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1263-72.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Comitê sobre a Eliminação de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW). Quinquagésima-primeira sessão. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; 2012.
14. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJJ, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saude Pública*. 2007;41(3):472-7.

Trabalho rural, uso de agrotóxicos e adoecimento: um estudo bibliométrico

Rural work, pesticides and diseases: a bibliometric study

Luiz Paulo Ribeiro¹, Fátima Lúcia Caldeira Brant¹, Renata de Macedo Moura¹, Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

O objetivo deste estudo é averiguar a produção científica sobre as relações entre o uso de agrotóxicos e o adoecimento no trabalho rural. É um estudo de base quantitativa, que avalia a dispersão do conhecimento sobre o assunto nos seguintes meios de divulgação científica no Brasil: Scielo.org, portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed; a partir da análise bibliométrica dos artigos disponíveis nesses repositórios, buscou-se resgatar a relação entre o uso de defensivos agrícolas e o adoecimento de trabalhadores rurais. Nota-se que a produção acadêmica sobre o tema vem crescendo ao longo da última década e que mesmo assim ainda há a carência de estudos na área. Há a preponderância de estudos que evidenciam a afetação da saúde biopsicológica de trabalhadores rurais em relação ao uso de agrotóxicos.

Palavras-chave: Agroquímicos; Saúde da População Rural; Bibliometria.

ABSTRACT

This study analyzed the scientific research about the relationships between the use of pesticides and diseases in the rural work. It is a quantitative base study that evaluates the dispersion of knowledge and the subject in the following means of scientific dissemination in Brazil: Scielo.org, Regional Portal of the Virtual Health Library (BVS, in portuguese) and PubMed using the bibliometric analysis of the available articles in these repositories, rescuing the relationship between the use of pesticides and the diseases of rural workers. It was noted that the academic production on the theme has been growing over the last decade and that even then there is still a lack of studies in the area. There is a preponderance of studies that show the affection of the biopsychological health of rural workers in relation to the use of pesticides.

Key words: Agrochemicals; Rural Health; Bibliometrics.

INTRODUÇÃO

Os agrotóxicos modernos começaram a ser utilizados em plena Segunda Guerra Mundial como armas bélicas de grande poder destrutivo. De uso inicialmente militar, passaram, a seguir, a serem utilizados no campo e na saúde pública. O DDT (diclorodifeniltricloroetano) foi considerado uma revolução no que diz respeito ao controle de pragas na agricultura.¹

Agrotóxicos foram introduzidos no Brasil na década de 1960 e em 2008 o país tornou-se o seu principal consumidor mundial. Dos produtos aqui utilizados 58% são categorizados como herbicidas, 21% inseticidas, 12% fungicidas, 3% acaricidas e 7% outros.² Por sua vez, os agrotóxicos mais consumidos no Brasil de 2013 e 2014 foram:

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro
E-mail: tmmp@medicina.ufmg.br

glicofosato, atrazina (triazina), óleo mineral (hidrocarbonetos alifáticos), acefato (organofosforado) e metomil (metilcarbamato de oxima). Clorpirifós (organofosforado), 2,4-D (ácido ariloxialcanoide), dicloreto de paraquate (bipiridílio), 2,4 D-dimetilamina (ácido ariloxialcanoico) e garbendazim (benzimidazol).³

O risco de contaminação humana e do meio ambiente por agrotóxico está presente desde a fabricação até a destinação final de embalagens vazias, sendo os agricultores e trabalhadores rurais os grupos ocupacionais mais afetados. A exposição a esses produtos pode ser por contato direto ou indireto e a absorção pode ocorrer pelas vias dérmica, respiratória ou oral.²

A legislação brasileira, até a Constituição de 1988, tratava esse grupo de produtos químicos por “defensivos agrícolas”, denominação que, pelo seu próprio significado, excluía todos os agentes utilizados nas campanhas sanitárias urbanas, além de esvaziar seu caráter tóxico. O Decreto-Lei 4.074, de 4 de janeiro de 2002, que regulamenta a Lei 7.802, de 11 de julho de 1989, define agrotóxicos e afins como:

*[...] produtos e componentes de processos físicos, químicos ou biológicos, destinados ao uso nos setores de produção, no armazenamento e beneficiamento de produtos agrícolas, nas pastagens, na proteção de florestas, nativas ou plantadas, e de outros ecossistemas e de ambientes urbanos, hídricos e industriais, cuja finalidade seja alterar a composição da flora ou da fauna, a fim de preservá-las da ação danosa de seres vivos considerados nocivos, bem como as substâncias e produtos empregados como desfolhantes, dessecantes, estimuladores e inibidores de crescimento.*⁴

A utilização de agrotóxicos tem trazido consequências tanto para o ambiente como para a saúde do trabalhador do campo, condicionadas por fatores que possuem relação com a alta toxicidade dos produtos, a ineficiência dos equipamentos de proteção individual e a precariedade dos mecanismos de fiscalização e vigilância em saúde.⁵

No primeiro semestre de 2015, Minas Gerais consumiu 17.080.970 litros e 5.112.301 quilogramas de agrotóxicos. E, segundo dados do relatório de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos no estado de Minas Gerais⁶, foram registrados 317 casos de intoxicação exógena por agrotóxicos, 166 relacionados ao trabalho e 61 internações no Sistema Único de Saúde (SUS) por envenenamento (intoxicação) acidental por exposição a pesticidas. A

faixa etária com maior número de casos concentra-se entre 15 e 49 anos, mas existem casos em idosos e crianças também. A maior parte ocorre na zona rural, mas se observa elevado número de casos também em áreas urbanas.

Crianças acidentam-se com agrotóxicos não só no trabalho, mas, sobretudo, no ambiente doméstico. Isso se deve a vários fatores: facilidade de acesso e disponibilidade desses produtos no mercado; alguns tipos de formulação têm atrativos, como cor, forma, aroma, etc.; as embalagens não oferecem total segurança; o local de armazenagem pode ser inadequado; o uso pode ser indevido; pode haver viés de informação, uma vez que muitos são tidos como inócuos e têm seus efeitos adversos distorcidos pela propaganda.⁷

A estratégia de justificar a necessidade dos agrotóxicos é exercida por meio da imposição da racionalidade tecnocrática midiática sobre os trabalhadores e a opinião pública. Esse artifício baseia-se na ideia implícita de que toda técnica agrícola destinada a solucionar o desafio alimentar no mundo é moralmente justificável e, portanto, deve ser aplicada.

O objetivo deste estudo foi averiguar a produção científica sobre as relações entre o uso de agrotóxicos – denominados também por pesticidas, defensivos agrícolas, praguicidas, remédios de planta, venenos e tantas outras denominações – e o adoecimento no trabalho rural.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de base quantitativa que avaliou a dispersão e a produção do conhecimento sobre o tema em alguns meios de divulgação científica no Brasil, a saber: Scielo.org, portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed.

Por se tratar de um levantamento exploratório sobre a relação entre agrotóxicos e trabalhadores rurais, envolveu estudo na vertente bibliométrica. Os estudos bibliométricos são instrumentos hábeis para mensurar a produção científica sobre determinados temas⁸, são também um suporte para que futuros pesquisadores possam conhecer sobre determinado tema.⁹ Esses estudos têm como pressuposto primário a geração de indicadores acerca dos temas pesquisados, o que permite a realização de uma avaliação global das pesquisas.¹⁰

Para a coleta e busca avançada, utilizou-se a combinação AND correlacionando as expressões

“trabalho rural” e “agrotóxicos” nos idiomas português e inglês, devendo estar as referidas expressões no resumo, título ou palavras-chave. Conforme prescrito pela análise bibliométrica, os artigos foram inicialmente separados, as temáticas verificadas em relação ao propósito do estudo, os títulos, resumos e palavras-chave foram verificados e, a partir disso, foram selecionados os artigos utilizados neste estudo.

A partir da busca inicial, foram identificadas 79 referências de artigos (sendo 39 na BVS; 17 no scielo.org; 23 na PubMed). Após o descarte daqueles que não atendiam às especificidades do estudo e que apareciam repetidos em pelo menos duas das três bases de dados consultadas, selecionaram-se 39 artigos, sendo 16 na BVS, oito no scielo.org e 15 na PubMed (n=39).

Com os artigos selecionados, foram verificadas as temáticas (aparecimento de temas, principais), a correlação entre eles, ano de publicação e sequência histórica de aparecimento do tema, periódico, língua do texto e objeto de estudo do artigo avaliado. Os dados foram analisados utilizando-se recursos de estatística descritiva básica, com elaboração de quadros e tabelas para avaliar a representatividade das publicações sobre a temática.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A partir da série histórica da disponibilização dos artigos (Figura 1), nota-se que a primeira publicação disponibilizada e identificada data do ano de 1988.¹¹ Por sua vez, verifica-se que a partir dos anos 2000 houve uma curva ascendente de produções na correlação estudada, havendo três picos de produção – em 2005, 2007 e em 2013. Nessa construção histórica, nota-se a relevância na plataforma BVS na divulgação de trabalhos na correlação estudada. O

aumento no número de publicações nos períodos já indicados pode estar relacionado ao também aumento do acesso aos dados divulgados de intoxicação por agrotóxicos.

Devido à expressividade das informações dos artigos na correlação estudada preferiu-se construir a Tabela 1 a fim de demonstrar como as pesquisas foram sendo dispersas desde 1988 até os dias atuais. Tal tabela demonstra o título do artigo, o idioma em que ele está originalmente escrito, o periódico responsável pela avaliação e publicação, o assunto, o ano e a base de dados em que está disponibilizado.

Na Tabela 1 é possível notar a dispersão da produção acadêmica desde o ano de 1988 até o ano de 2016 na correlação “trabalho rural X agrotóxicos”. Nota-se que, como já dito, apesar do assunto ter seus primeiros estudos há quase 30 anos, como o trabalho de Davies¹¹, houve momentos em que o assunto não teve artigos publicados nas bases de dados estudadas.

Os artigos em língua portuguesa só apareceram a partir de 2001, tendo pico de publicação em 2007 e dispersão entre 2007 e 2016. Esses dados demonstram que é necessário um olhar mais cuidadoso sobre a saúde do trabalhador rural brasileiro, para que se ampliem o debate e os estudos na área, de modo que possam dar suporte à políticas públicas de saúde mais efetivas, voltadas para a prevenção de acidentes e exposição aos riscos a que esses trabalhadores estão expostos diariamente.

Há a necessidade de mais estudos que aprofundem as questões dos saberes cotidianos sobre o uso dos agrotóxicos e o adoecimento dos trabalhadores rurais. Na amostra verificada, somente cinco autores se debruçaram sobre este tema, como, por exemplo, Fonseca *et al.*¹². Entender o que os sujeitos pensam sobre os agrotóxicos é fundamental para se repensar a utilização (ou não) dos mesmos e de seus danos.

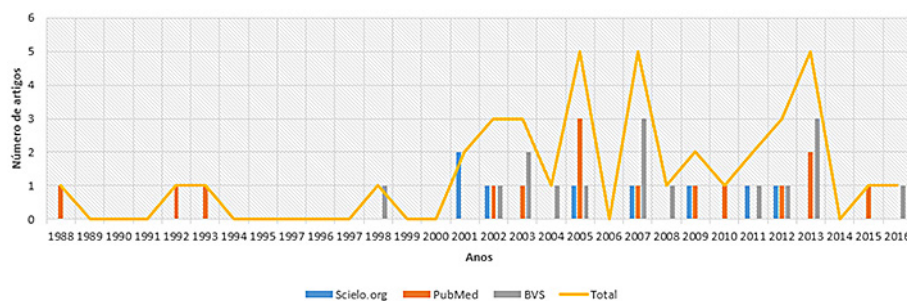


Figura 1 - Distribuição temporal da disponibilização dos artigos da relação “agrotóxico” e “trabalho rural” nas bases de dados BVS, Scielo.org e PubMed (números absolutos, por portal e números totais; n=39).
Fonte: dados da pesquisa (2016).

Tabela 1 - Dispersão da produção científica (PubMed, scielo.org e BVS) da correlação trabalho rural e agrotóxicos

Nome do artigo	Idioma	Periódico	Objeto/Sujeito	Ano	Base
A global need: farm worker safety	Ing	Am Journal Ind Med	Trabalhadores rurais X pesticidas	1988	PubMED
Hazards of closed pesticide mixing and loading systems: the paradox of protective technology in the Third World	Ing	Br Journal Ind Med	Paradigmas do uso de pesticidas	1992	PubMED
Cancer mortality in a cohort of rural licensed pesticide users in the province of Rome	Ing	Intern Journal Epidem	Câncer X uso de pesticidas	1993	PubMED
How pesticides are handled in a rural North Carolina country: a survey of farmers	Ing	AAOHN Journal	Uso e conhecimento sobre pesticidas	1993	BVS
A case-referent study of extrapyramidal signs (preparkinsonism) in rural communities of Israel	Ing	Can Journal Neurol Sci	Parkinson X pesticidas	1998	BVS
Comunicação relacionada ao uso de agrotóxicos em região agrícola do estado do Rio de Janeiro	Port	Rev Saúde Pública	Comunicação X agrotóxicos	2001	Scielo
Influência de fatores socioeconômicos na contaminação por agrotóxicos, Brasil	Port	Rev Saúde Pública	Fatores socioeconômicos X agrotóxicos	2001	Scielo
Avaliação integrada do impacto de uso de agrotóxicos sobre a saúde humana em uma comunidade agrícola de Nova Friburgo, RJ	Port	Rev Ciência e Saúde Coletiva	Agrotóxicos X saúde humana	2002	Scielo
Pesticide-related symptoms among farm workers in rural Honduras	Ing	Int J Occup Environ Health	Trabalhadores rurais X pesticidas	2002	PubMED
Use and fate of pesticides in the Amazon State, Brasil: risk to human health and the environment	Ing	Environ Sci Pollut Int	Uso e conhecimento sobre pesticidas	2002	BVS
Greater risks, fewer rights: U.S. farmworkers and pesticides	Ing	Int Journal Occup Environ Health	Trabalhadores Rurais X pesticidas	2003	PubMED
Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxicos em Minas Gerais, Brasil	Port	Cadernos de Saúde Pública	Trabalho rural X agrotóxicos	2003	BVS
Body mass index and bromoxynil exposure in a sample of rural residents during spring herbicide application	Ing	J Toxicol. Environ Health	Índice de massa corporal X exposição a herbicidas	2004	BVS
Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural	Port	Rev Ciência e Saúde Coletiva	Trabalho rural X agrotóxicos	2005	Scielo
Agrotóxico: que nome dar?	Port	Rev Ciência e Saúde Coletiva	Agrotóxicos	2005	BVS
Illnesses related to shank application of metam-sodium, Arvin, California, July, 2002	Ing	Journal Agromedicine	Adoecimento X metam-sódio	2005	PubMED
Pesticides and risk of Parkinson disease: a population-based case-control study	Ing	Arch Neurol	Parkinson X pesticidas	2005	PubMED
Pesticides safety training and access to field sanitation among migrant farmworker mothers from Starr County, Texas	Ing	Journal Agri Saf Health	Mães migrantes rurais X pesticidas	2005	PubMED
A contaminação por agrotóxicos e os equipamentos de proteção individual (EPIs)	Port	Rev Brasil. Saúde Ocupacional	Contaminação por agrotóxicos X EPIs	2007	Scielo
Contaminação por agrotóxicos e os equipamentos de proteção individual	Port	Rev Brasil. Saúde Ocupacional	Agrotóxicos X EPI	2007	BVS
Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos	Port	Rev Ciência e Saúde Coletiva	Uso e conhecimento sobre pesticidas	2007	BVS
Pesticides safety training among farmworker adolescents from Starr County, Texas	Ing	Journal Agri Saf Health	Pesticidas X adolescentes	2007	PubMED
Pesticides safety training among farmworker adolescents from Starr County, Texas	Port	Cadernos de Saúde Pública	Agrotóxicos X saúde Humana	2007	BVS
Agrotóxicos e saúde humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde	Port	Rev. Brasileira Enferm USP	Agrotóxicos X saúde humana	2008	BVS
Análise de correspondência como instrumento para descrição do perfil do trabalhador da cultura de tomate de mesa em Goiás	Port	Revista Ciência Rural	Perfil do trabalhador da cultura de tomate de mesa	2009	Scielo
Pattern of use of personal protective equipments and measures during application of pesticides by agricultural workers in a rural area of Ahmednagar district, India	Ing	Indian J Occup Environ Med	EPI X aplicação de pesticidas	2009	PubMED
Mood disorders hospitalizations, suicide attempts and suicide mortality among agricultural workers and residents in area with intensive use of pesticides in Brazil	Ing	Journal Toxicol. Environ Health	Adoecimento mental e suicídio X áreas de uso intenso de pesticidas	2010	PubMED

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Dispersão da produção científica (PubMed, scielo.org e BVS) da correlação trabalho rural e agrotóxicos

Nome do artigo	Idioma	Periódico	Objeto/Sujeito	Ano	Base
Efectos de exposición ocupacional a plaguicidas sobre la integridad de la cromatina espermática	Esp.	Rev Venez de Endoc y Metabol	Praguicidas X aspectos físicos	2011	Scielo
The Campesino-to-campesino agroecology movement of ANAP in Cuba: social process methodology in the construction of sustainable peasant agriculture and food sovereignty	Ing	J Peasant Stud	Agroecologia X Agrotóxicos	2011	BVS
Lower acetylcholinesterase activity among children living with flower plantation workers	Ing	Environ Res.	Diminuição da acetilcolinesterase em crianças que vivem próximo de plantações de flores	2012	PubMED
Temporal auditory processing in rural workers exposed to pesticide	Ing	J Soc Brasil. Fonoaudiologia	Saúde auditiva X agrotóxicos	2012	BVS
Vulnerabilidades de trabalhadores rurais frente ao uso de agrotóxicos na produção de hortaliças em região do Nordeste do Brasil	Port	Rev Brasil. Saúde Ocupacional	Vulnerabilidades X produção de hortaliças X agrotóxicos	2012	Scielo
Análise da exposição de trabalhadores rurais a agrotóxicos	Port	Rev Brasil. Prom de Saúde	Trabalhadores rurais X pesticidas	2013	BVS
Knowledge attitude and practice of pesticide use among agricultural workers in Puducherry, South India	Ing	Journal Forensic Leg Med.	Uso e conhecimento sobre pesticidas	2013	PubMED
Perceptions of farmers and farmworkers' wives on the use of agrochemicals in rural Vellore	Ing	New Solut	Uso e conhecimento sobre pesticidas	2013	BVS
Qualidade de vida de trabalhadores rurais e agrotóxicos: um estudo com o whoqol-bref	Port	Rev Brasil. de Ciências da Saúde	Qualidade de vida X agrotóxicos	2013	BVS
Saúde auditiva e qualidade de vida em trabalhadores expostos a agrotóxicos	Port	Rev Brasil. de Ciências da Saúde	Saúde auditiva X Qualidade de vida X agrotóxicos	2013	BVS
Do GSTT1 and GSTM1 polymorphisms influence intoxication events in individuals occupationally exposed to pesticides?	Ing	Environ Sci Pollut Int	Exposição a pesticidas X intoxicação	2014	PubMED
Home-based community health worker intervention to reduce pesticide exposures to farmworkers' children: a randomized-controlled trial	Ing	J EXPO Sci Environ Epidemiol.	Redução da exposição de agrotóxicos X crianças	2015	PubMED
Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural	Port	Esc Anna Nery Rev Enferm.	Trabalhadores rurais X pesticidas	2016	BVS

Fonte: autores da pesquisa (2016).

Os estudos na esfera epidemiológica associam alguns tipos de adoecimento com o uso de agrotóxicos, como é o caso da saúde auditiva^{13,14}, de neoplasias¹⁵ e da saúde mental e neurológica^{5,16,17} e muitos sobre a perda da qualidade de vida e o uso de agrotóxicos. Esses estudos possuem importância tanto na área da clínica (propõem novas relações causais e novas condutas diagnósticas e terapêuticas) quanto na área de percepção de risco pelos sujeitos e de saúde coletiva. Há que se colocar em discussão qual o tipo de informação e treinamento que o trabalhador rural recebe e se recebe algum tipo de informação para o manejo adequado desses produtos sem colocar em risco a própria saúde, a saúde das pessoas que vivem em seu território, a saúde das pessoas que consomem os produtos por eles cultivados e o meio ambiente.

Alguns fatores citados que contribuem para a vulnerabilidade do trabalhador rural a problemas de saúde relacionados aos agrotóxicos são: o controle

inadequado de fatores de risco¹, as falhas na assistência à saúde e/ou medidas de proteção (o que torna imperativa a necessidade de medidas educativas e informativas para que se invista em prevenção e controle dos agravos).

Ainda existe o agravante no que diz respeito à comercialização desses produtos no Brasil: liberação para uso de alguns agrotóxicos já banidos em outros países por perigo à saúde humana e ao meio ambiente, baixo controle na venda e falhas na fiscalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos da amostra analisada indicam que há associação entre o uso de agrotóxicos e o risco de adoecimento de trabalhadores rurais, além de impactos para o meio ambiente e para os sujeitos consumidores. Apesar da crescente produção científica sobre a temá-

tica dos agrotóxicos e saúde, existem ainda inúmeras lacunas de conhecimento, sobretudo no campo dos efeitos crônicos decorrentes de exposições a baixas doses e a múltiplas substâncias químicas. Pesquisas e estudos podem fornecer elementos fundamentais para se elucidar e descrever a distribuição e as relações causais entre uso e adoecimento humano por agrotóxicos e seus impactos para o meio ambiente.

Municípios que têm a agricultura como uma das principais atividades produtivas devem considerar a relevância de implementar ações de Vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos, tendo em vista que, embora o uso de agrotóxicos possa afetar todos em decorrência dos resíduos no ambiente e alimentos, os trabalhadores são os mais prejudicados.

Para eliminar ou minimizar o uso dos agrotóxicos e suas consequências para a saúde das populações e para o meio ambiente, é necessária mais comunicação, educação e pesquisa em saúde, além da indispensável participação da sociedade civil organizada, organizações não governamentais, movimentos sociais e comunidades, no desenvolvimento das ações.^{2,5}

Necessário se faz também a promoção de estratégias de educação permanente dos profissionais de saúde na abordagem do tema da exposição/intoxicação por agrotóxicos, além de efetiva articulação interministerial para intervir nos seus determinantes.

REFERÊNCIAS

- Soares WL. Uso dos agrotóxicos e seus impactos à saúde e ao meio ambiente: uma avaliação integrada entre a economia, a saúde pública, a ecologia e a agricultura [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Documento Orientador para a implementação da Vigilância em Saúde de populações expostas à agrotóxicos. Brasília: MS; 2013.
- Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (BR). AGROFIT - Sistema de Agrotóxicos Fitossanitários. 2016. [citado em 2016 out. 19]. Disponível em: http://agrofit.agricultura.gov.br/agrofit_cons/principal_agrofit_cons.
- Presidência da República (BR). Decreto Nº 4.074, de 4 de janeiro de 2002. Brasília; 2002. [citado em 2016 out. 16]. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=515>
- Faria NMX, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). Rev Saúde Pública. 1999;33(4):391-400.
- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Relatório - Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos em Minas Gerais. Brasília:MS; 2015.
- Alonzo HGA. Intoxicações agudas por praguicidas nos centros de toxicologia de seis hospitais universitários do Brasil em 1994 [dissertação]. Campinas: UNICAMP; 1995.
- Andrighi FF, Hoffmann VE, Andrade MAR. Análise da produção científica no campo de estudo das redes em periódicos nacionais e internacionais. Rev Adm Inov. 2011;8(1):29-54.
- Borges AF, Lescura C, Oliveira JLD. Empresas familiares: mapeamento da produção científica brasileira no período 1997-2009. Anais Eletrônicos ENEO (ANPAD). 2010. 386p.
- Lordsleem N. Ensino e pesquisa em administração: um estudo bibliométrico de publicações do EnANPAD (2001-2008). Rev Ciênc Adm. 2009;15(2):287-578.
- Davies JE. A global need: farm worker safety. Am J Ind Med. 1988;13(6):725-9.
- Fonseca MdGU, Peres F, Firmo JOA, Uchôa E. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxicos. Saúde Ciênc Coletiva. 2007;12(1):39-50.
- Bazilio MMM, Frota S, Chrisman JR, Meyer A, Asmus C. Temporal auditory processing in rural workers exposed to pesticide. J Soc Bras Fonoaudiol. 2012;24(2):174-80.
- Ribeiro de Sena TR, Vargas MM, Oliveira CCdC. Saúde auditiva e qualidade de vida em trabalhadores expostos a agrotóxicos. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(6):1753-61.
- Figà-Talamanca I, Mearelli I, Valente P, Bascherini S. Cancer mortality in a cohort of rural licensed pesticide users in the province of Rome. Int J Epidemiol. 1993;22(4):579-83.
- Meyer A, Koifman S, Koifman RJ, Moreira JC, Rezende CJ, Abreu-Villaça Y. Mood disorders hospitalizations, suicide attempts, and suicide mortality among agricultural workers and residents in an area with intensive use of pesticides in Brazil. J Toxicol Environ Health A. 2010;73(14):866-77.
- Herishanu YO, Kordish E, Golsmith JR. A case-referent study of extrapyramidal signs (preparkinsonism) in rural communities of Israel. Can J Neurol Sci. 1998;25(2):127-33.

Violência contra a criança e o adolescente: marcos jurídicos e institucionais

Violence against children and adolescents: legal and institutional frameworks

Vânia Maria Andrade da Rocha¹, Fernanda de Castro Aquino¹, Soraya Almeida Belisário¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A violência tem aumentado em todos os segmentos sociais, entre eles o que se refere às crianças e aos adolescentes, o que tem levado à intensa mobilização de organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil para a proteção dos mesmos. Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Violência contra crianças e adolescentes: um estudo de sua abordagem pelos profissionais da atenção primária”, que teve como objetivo geral estudar a abordagem realizada pelos profissionais de saúde da atenção primária da Regional de Venda Nova no município de Belo Horizonte às crianças e adolescentes em situação de violência. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso. Foi realizada pesquisa documental, na qual foram utilizados trabalhos acadêmicos sobre o tema e também leis, portarias, protocolos e manuais, com o intuito de sistematizar os conceitos de violência contra crianças e adolescentes; a legislação vigente, nacional e municipal, bem como o fluxo de atendimento e notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes no município. Este trabalho tem como objetivo apresentar de forma sucinta os principais marcos jurídicos/institucionais acerca da proteção das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Violência; Criança; Adolescente; Maus-tratos Infantis; Violência Doméstica; Legislação; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Violence has increased in all social sectors, including children and adolescents, which has led to the intense mobilization of governmental, non-governmental and civil society organizations to protect them. This article is part of the master's thesis entitled “Violence against children and adolescents: a study of their approach by Primary Care professionals”, whose general objective was to study the approach taken by Primary Care health professionals from Venda Nova Regional in the city of Belo Horizonte to children and adolescents in situations of violence. It is a research of qualitative and exploratory approach of the case study type. A documentary research was carried out, in which academic papers on the subject were used, as well as laws, ordinances, protocols and manuals, in order to systematize the concepts of violence against children and adolescents; The current national and municipal legislation, as well as the flow of care and notification of cases of violence against children and adolescents in the municipality. This paper aims to present briefly the main legal / institutional frameworks on the protection of children and adolescents.

Key words: Violence; Child Abuse; Domestic Violence; Legislation; Primary Health Care.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Vânia Maria Andrade Rocha
E-mail: vaniarocha@gmail.com

INTRODUÇÃO

Crianças e jovens são vítimas em várias partes do mundo de violência física, moral, psicológica, sendo ainda negligenciadas ou abusadas, especialmente por pessoas próximas do seu círculo de convivência.^{1,59} Parte dos jovens, inclusive, tende a também exercer violência^{1:25}, o que também se correlaciona com a vivência da violência no âmbito doméstico, comunitário, seja como vítima ou testemunha. Sabe-se, ainda, que a violência é especialmente potencializada em ambientes de vulnerabilidade econômica, cultural e política.²

Assim, segundo o Relatório Mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002, a violência tem sido parte da humanidade¹, podendo gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos capazes de impactar fortemente a saúde das pessoas ao longo de sua existência.³

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no livro *Impacto da violência na Saúde dos Brasileiros*:

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...].^{4:10}

A violência tem aumentado em todos os segmentos sociais, entre eles o que se refere às crianças e aos adolescentes, o que tem levado à intensa mobilização de organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil para a proteção dos mesmos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a violência que acomete crianças e adolescentes pode ser definida como:

[...] quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas.^{3:28}

Devido à sua magnitude e importância, a violência contra crianças e adolescentes constitui-se hoje em uma questão importante a ser estudada por diferentes perspectivas, sendo a saúde uma delas.

Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Violência contra crianças e adolescentes: um estudo de sua abordagem pelos profissionais da Atenção Primária”, que teve como objetivo geral estudar a abordagem realizada pelos profissionais de saúde da Atenção Primária da Regional de Venda Nova no município de Belo Horizonte às crianças e

adolescentes em situação de violência. O trabalho integra o projeto Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica, do Núcleo de Promoção da Saúde Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Para estudar a abordagem dos profissionais de saúde nos casos de violência, é importante uma pesquisa que permita avaliar a prática desses sujeitos. Optou-se, então, pela pesquisa qualitativa, uma vez que a mesma propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação⁵, além de ter o propósito de analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, ou seja, avaliando assim tanto as interpretações quanto as práticas dos sujeitos.⁶

O estudo de caso é um dos desenhos de pesquisa mais frequentes para a análise das experiências dos serviços. Na ciência social, o caso costuma ser uma organização, uma prática social ou uma comunidade, geralmente estudadas a partir da observação e de entrevistas. O pesquisador se volta para tentar compreender, da forma mais abrangente possível, o grupo ou a organização em estudo.⁷

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas com os profissionais das unidades pesquisadas.

Este trabalho tem como objetivo apresentar de forma sucinta os principais marcos jurídicos/institucionais acerca da proteção das crianças e adolescentes. Para isso, serão utilizados apenas alguns dos resultados obtidos por meio da pesquisa documental.

PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE: MARCOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS

No que se refere à proteção das crianças e adolescentes, a mesma será abordada neste trabalho sob as óticas da legislação brasileira e da saúde, as quais foram estabelecidas a partir da Constituição Federal de 1988 e da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, os quais possibilitaram um novo olhar sobre a infância e a adolescência ao incluir em seu interior diretrizes da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovadas por unanimidade na Assembleia Geral das Nações Unidas.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu os direitos fundamentais das crianças e dos adolescentes, que devem ser promovidos, protegidos e defendidos pelo Es-

tado, pela sociedade e pela família, como direitos da cidadania e direitos humanos indivisíveis e inalienáveis.⁸

O ECA apresenta, entre outras questões, uma formulação muito clara sobre o papel do setor saúde e do setor educacional tratando-os como esferas públicas privilegiadas de proteção que recebem incumbências específicas, quais sejam, identificar e notificar a situação de maus-tratos e buscar formas e parceiros para proteger a vítima e dar apoio à família.⁹

A Tabela 1 apresenta uma síntese dos principais pontos relativos à criança e ao adolescente, constantes do ECA e da Constituição Federal.

Para a garantia dos direitos dessa população, o ECA enfatiza a importância do trabalho intersetorial integrado como potencializador de ações preventivas e protetivas. Assim, a política de atendimento dos

direitos da criança e do adolescente far-se-á a partir de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.¹⁷

Para promover a efetivação da política de atendimento às crianças e aos adolescentes, o ECA ordenou a criação de:

[...] órgãos específicos pelo Poder Executivo e pela sociedade civil organizada, como os Conselhos de Direito da Criança e Adolescente, Conselhos Tutelares, Delegacias Especializadas, Defensorias Públicas, Varas e Promotorias Especializadas da Infância e da Juventude e Centros de Defesa da Criança e do Adolescente. O conjunto desses órgãos integra o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA)^{8:19}.

Tabela 1 - Legislação brasileira

Ano	Legislação	Artigo
1927	Decreto Nº 17.943	Em 12 de outubro de 1927 foi constituído o primeiro Código de Menores. ¹⁰
1959	Declaração Universal dos Direitos da Criança e Adolescente	Princípio IX - A criança deve ser protegida contra toda forma de abandono, crueldade e exploração. Não será objeto de nenhum tipo de tráfico. Não se deverá permitir que a criança trabalhe antes de uma idade mínima adequada; em caso algum será permitido que a criança dedique-se, ou a ela se imponha, qualquer ocupação ou emprego que possa prejudicar sua saúde ou sua educação, ou impedir seu desenvolvimento físico, mental ou moral. ^{11:149}
1988	Constituição Federal	Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. ¹²
1990	Convenção dos Direitos da Criança	Brasil ratifica a Convenção dos Direitos da Criança de 20/11/1989 (Cf. art. 19.1) no Decreto 9.971 de 21 de novembro de 1990. ¹³
1990	ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente Lei Federal Nº 8.069	Art. 5 - "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais" ^{14:10} Art. 11 - "É assegurado atendimento integral a saúde de da criança e do adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde" ^{14:11} Art.13 - "Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade de moradia da vítima" ^{14:12} Art.18 - "É dever de todos zelar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor" ^{14:13} Art.60 - "É proibido qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, exceto na condição de aprendizes a partir de quatorze anos" ^{14:21} Art. 86 - "A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios" ^{14:27} Art.98 - As medidas de proteção são aplicáveis sempre que os direitos das crianças e dos adolescentes forem ameaçados ou violados: "I- Por ação ou omissão da sociedade ou Estado; II- Por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III- Em razão da sua conduta" ^{14:32} Art.232 - Submeter criança ou adolescente sob a sua autoridade, guarda ou vigilância a vexame ou a constrangimento ^{14:69} Art. 241 - "Apresentar, produzir, vender, fornecer, divulgar ou publicar, por qualquer meio de comunicação, inclusive rede mundial de computadores ou internet, fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo criança ou adolescente. Pena - reclusão de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa" ^{14:71} Art. 245 - "Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente. Sujeito à multa de três a vinte salários de referência. E em caso de reincidência a multa aplicada é o dobro" ^{14:73}
1991	Lei Nº 8.242	Criação do Conselho Nacional de Direitos da Criança e Adolescente (CONANDA) ^{15:82}
2014	Lei Nº 13.010	Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Esta Lei é também chamada Lei Menino Bernardo ou "Lei da Palmada" ¹⁶

Fonte: Quadro elaborado pelas autoras.

Assim, o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) constitui-se em mais um instrumento de proteção aos direitos da criança, tendo se consolidado a partir da Resolução 113 do CONANDA de 2006. O início do processo de formação do SGDCA, porém, é fruto de uma mobilização anterior, marcada pela Constituição de 1988 e pela promulgação do ECA em 1990.

O SGDCA é dividido em três dimensões articuladas⁸:

- a dimensão da promoção, relacionada às políticas públicas e instituições de acesso a direitos universais como a saúde, a assistência social e a educação;
- a dimensão da defesa, relativa a instâncias e instituições jurídicas e similares que agem no caso de violações de direitos, a qual é formada pelo Poder Judiciário e o Conselho Tutelar, sendo que Poder Judiciário é formado pela Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DEPCA), Juizado da Infância e Juventude, Ministério Público e Defensoria Pública¹⁸;
- a dimensão do controle social, que inclui a sociedade civil e entidades legais que controlam as políticas públicas e o uso de recursos públicos, tais como o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA). Este elabora

diretrizes para políticas públicas, registro de atividades, avaliação e financiamento de projetos e fiscaliza os Conselhos Tutelares (CT).¹⁹

No Brasil, a saúde é um direito universal de todo ser humano. Assim, as políticas de saúde devem tratar crianças e adolescentes como prioridade, reconhecendo-os como sujeitos de direitos, como estabelecido no artigo 11º do ECA²⁰.

Nesse sentido, o MS em articulação com as Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMSA) tem promovido, coordenado, financiado, apoiado e executado várias ações de vigilância e prevenção das violências e de promoção da saúde e da cultura de paz. Para isso, vem publicando vários manuais e portarias para orientar os serviços e os profissionais de saúde no atendimento aos casos de violência contra crianças e adolescentes.

Para fins deste trabalho, faz-se na Tabela 2 um apinhado das portarias relativas à atenção primária à saúde.

Além das orientações para o atendimento, o MS desde 2006 com a finalidade de conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências no país que não levam ao óbito ou à internação estruturou o Sistema de Violências e Acidentes (VIVA).³⁰⁻³³

Tabela 2 - Portarias do Ministério da Saúde

Ano	Legislação	Artigo
1927 1959	Portaria nº 737/GM de 16/05/2001 Portaria nº 1.968/GM de 25/10/2001	Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, cujo objetivo é o de estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais onde se contemplem e valorizem medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de agravos externos. ²¹ Art. 1º - Estabelece que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do SUS deverão notificar, aos Conselhos Tutelares da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. ^{22,23}
2004	Portaria nº 936/GM de 19/05/2004	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Município, voltados para a atenção integral prevista na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. ²⁴
2006	Portaria GM/MS nº 687, de 30/03/06	Institui a Política Nacional de Promoção à Saúde, que contribui com ações efetivas para a prevenção de acidentes e violências, atuando sobre os fatores de risco e de proteção, promovendo ambientes e entornos seguros e saudáveis, como também comportamentos e hábitos saudáveis por parte da população. ²⁵
2006	Portaria GM/MS nº 1.356, de 23 de junho de 2006	Implanta a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA). O MS repassou incentivo financeiro para secretarias estaduais e municipais de saúde para a implantação da notificação da violência doméstica, sexual, outras violências interpessoais e autoprovocadas, assim como para a vigilância de acidentes. Este sistema visa melhorar a qualidade das informações sobre violências, proporcionando um conhecimento melhor da magnitude e natureza das violências, e do perfil da vítima e do agressor. ^{26,40}
2013	Portaria nº 528	Define as regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde ²⁷ (SUS).
2014	Portaria Nº 485	Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No 4º artigo esta portaria descreve que os serviços ambulatoriais, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de especialidades e outros, compõem a rede de cuidado a pessoas em situação de violência sexual e devem realizar o atendimento conforme suas especificidades e atribuições. ²⁸
	Portaria nº 1.271	Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. ²⁹ A notificação das violências é contemplada nesta portaria, de modo a atender a obrigatoriedade prevista no ECA.

Fonte: Quadro elaborado pelas autoras.

A notificação epidemiológica é um importante instrumento para se conhecer a real magnitude do evento, pois a partir dessas informações o governo (federal, estadual e municipal) terá subsídios para planejar políticas públicas com o objetivo de reduzir ao mínimo possível a violência contra crianças e adolescentes a partir da realidade local.

A notificação das violências é contemplada na Portaria GM/MS nº 1.271/2014, conforme já mencionado, de modo a atender à obrigatoriedade prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).³⁴

CONSIDERAÇÕES

Como se disse, a violência é um fenômeno complexo e precisa ser compreendido pelos profissionais de saúde para se tentar construir intervenções mais efetivas.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90, em seu artigo 5º, estabelece que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.¹⁴ Contudo, no Brasil, ainda há muitas crianças e adolescentes sofrendo violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como negligência/abandono.³⁵

O ECA dispõe sobre o papel específico dos setores saúde e da educação, responsabilizando-os como esferas privilegiadas de proteção, com a competência de notificar as situações de violência, para a proteção da vítima e apoio dos familiares. A notificação pela saúde precisa ser realizada para todos os casos.

A despeito de se ter uma legislação voltada para essa questão, a mesma não impede que as crianças e os adolescentes sejam vítimas das mais diversas situações de violência. Muito ainda há que se fazer para modificar essa situação.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Castro MG, Abramovay M. Juventudes no Brasil: vulnerabilidades negativas e positivas, desafiando enfoques de políticas públicas. In: Petrini JC, Cavalcanti VRS. Família sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis: Vozes; 2005. p.55-83.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
6. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MC, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 195-226
7. Becker HS. Método de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec; 1993 apud Bosi MLM, Mercado FJ. (Orgs). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
8. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG). Plano municipal de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. Belo Horizonte: PBH; 2012.
9. Ministério da Saúde (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 17.943. Revogado pela Lei nº 6.697, de 1979. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Brasília, 12 de outubro de 1927. [citado em 2015 maio 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2002.
12. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição Federal de 1988. Brasília, 05 de outubro de 1988. [citado em 2015 jul. 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
13. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 9.971. Brasília, 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. [citado em 2015 ago. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm.
14. Ministério da Saúde (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
15. Reichenheim ME. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. Lancet. 2011 [citado em 2014 abr. 14];377:75-89. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>.
16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional do Ministério Público. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.971. Brasília, 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. [citado em 2015 ago. 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm.
18. Ministério da Saúde (BR). Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

19. Secretaria de Direitos Humanos. Plano Nacional de Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Brasília; 2013; p.50.
20. Ministério da Saúde (BR). Disque 100: cem mil denúncias e um retrato da violência sexual infanto-juvenil/ Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República; 2011.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 737/GM, de 16/05/2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Publicada no Diário Oficial da União - Seção 1, 18/05/2001. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2001.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 1968/GM/2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2001.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 936, de 18 de Maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde em Estados e Municípios. Publicada no Diário Oficial da União - Seção 1, 20/05/2004. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2004.
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 687/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Publicada no Diário Oficial da União Seção 1 Número 63 de 31/03/2006. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2006.
26. Ministério da Saúde (BR).. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. (Série FComunicação e Educação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
27. Ministério da Saúde (BR).. Portaria Nº 528 de 1º de abril de 2013. Define as regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicado no DOU de 02/04/2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 485/GM, de 01/04/2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2015 jul. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html.
29. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1271 de 06 de junho de 2014. [citado em 2015 maio 15]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf.
30. Ministério da Saúde (BR). Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
32. Ministério da Saúde (BR). Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
34. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 485/GM, de 01/04/2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2015 jul. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html.
35. Presidência da República (BR). Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.080. Brasília, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado em 2015 maio 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm.

Violência gera violência: fatores de risco para a tentativa de suicídio entre adolescentes

Violence begets violence: risk factors for attempted suicide among adolescents

Fernanda Álvares Alves Leite¹, Michelle Alexandra Gomes Alves²

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Centro de Estudos e Pesquisas Educacionais de Minas Gerais – CEPEMG; Centro Universitário UNA-BH. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Objetivo: trata-se de uma pesquisa quantiqualitativa que verificou o número de casos de tentativa de suicídio entre adolescentes do município de Matozinhos, Minas Gerais, no período de 2008 a 2012, assim como buscou compreender os fatores de risco para a escolha dessa violência autoprovocada. **Métodos e Resultados:** como resultado da coleta de dados quantitativa nos serviços de saúde local, constatou-se que o dobro dos casos ocorreu com adolescentes do sexo feminino e a escolha prioritária do método para tentativa de suicídio foi pela autointoxicação. Na escuta do grupo focal, desvelou-se que as adolescentes sofreram violência intrafamiliar antes de cometerem a violência autoinfligida e indicaram a primeira como consequência da tentativa de suicídio. **Conclusão:** concluiu-se que a fragilidade das relações e dos vínculos familiares e sociais estabelecidos a partir das violências proporciona uma repetição intrageracional que pode ser prevenida e evitada.

Palavras-chave: Violência; Adolescente; Tentativa de Suicídio.

ABSTRACT

Objective: It's a quanti-qualitative research that verified the number of cases of attempted suicides among adolescents in Matozinhos town, in Minas Gerais, from 2008 to 2012, and also looked for comprehension of the risk factors to this self-harm violence. **Methods and Results:** As a result of the quantitative data gathering in the local health service, it was verified that the double of cases occurred with female adolescents and the main method chosen to the attempted suicide was self-poisoning. When listening to the focus group it was unveiled that the adolescents had suffered violence in the family before committing self-violence, and the former was the consequence of the suicide attempt. **Conclusion:** To summarize, the fragility of relationships and familial and social bonds which are established through violence, provide an intergenerational repetition of behavior that can be prevented and avoided.

Keywords: Violence; Adolescent; Suicide, Attempted.

INTRODUÇÃO

A violência tem se apresentado como um problema universal preocupante, principalmente quando se considera que as ocorrências aumentam entre os jovens. As mortes de adolescentes decorrentes das causas externas, ou seja, acidentes, homicídios e suicídios, no período de 1980 a 2013, elevaram-se consideravelmente, passando de 6,7% para 29%, com perspectiva de crescimento progressivo¹. Diante dessa formação, pontua-se a necessidade de estudos e intervenções que privilegiem esse

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Michelle Alexandra Gomes Alves
E-mail: michellealexandravalves@gmail.com

público-alvo. Nessa perspectiva, torna-se relevante compreender a multicausalidade das violências e discutir a forma na qual perpassam o nosso cotidiano influenciando ações, pensamentos e sentimentos.

São diversos os tipos de violência e também as formas como que ela se apresenta. Para melhor compreensão, classificam-se a natureza dos atos violentos ou abusos em quatro modalidades: física, sexual, psicológica e privação ou negligência. As violências existentes também podem ser classificadas conforme sua tipologia e sugerem três categorias, separadas de acordo com as particularidades dos sujeitos que as cometem: a) violência dirigida a si mesmo (autoinfligida); b) violência interpessoal; c) violência coletiva. A violência autoinfligida divide-se em suicídio (ideações suicidas e tentativas) e autoabuso (automutilação).² O presente trabalho aborda as tentativas de suicídio entre adolescentes do sexo feminino do município de Matozinhos e sua relação com a violência intrafamiliar, entendida como a violência perpetrada por algum membro da família, independentemente do local onde ela ocorre.³

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa quantiqualitativa dividida em duas fases distintas, mas complementares, com o objetivo de investigar a tentativa de suicídio entre adolescentes do município de Matozinhos, Minas Gerais, no período entre 2008 e 2012. O levantamento dos dados quantitativos foi realizado em janeiro de 2013, no setor de epidemiologia do município, nos prontuários do pronto-atendimento (PA – serviço de urgência onde eles eram atendidos e internados) e também do Ambulatório Infantojuvenil (local onde faziam acompanhamento psicológico após alta da internação). No total, foram analisados aproximadamente 137 mil prontuários. Os dados coletados manualmente dos prontuários, armazenados e analisados por meio do programa SPSS versão 19.0, privilegiando as frequências simples dos indicadores: faixa etária, sexo, tipo de tentativa de suicídio.

Em seguida, foram coletados os dados qualitativos por meio de grupo focal com adolescentes. A escolha por essa técnica de coleta de dados justificase pela necessidade de ouvir as concepções, pensamentos e sentimentos desse público e dialogar sobre a tentativa de suicídio no município. Nessa relação

intersubjetiva com os integrantes do grupo focal foram colhidos dados necessários para a apreensão dos motivos/problema da tentativa de suicídio. A discussão em grupo teve, em segundo plano, caráter mobilizador para proporcionar reflexão e uma ação acerca desse problema de saúde pública. As conversas foram gravadas e também se contou com a presença de um observador externo que relatou as impressões verbais e não verbais do grupo. Foi realizada análise de conteúdo⁴ seguindo as etapas sugeridas pela autora: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNA (CEP/UNA), sob o número CAAE 11451412.2.0000.5098. Todos os aspectos éticos envolvendo seres humanos foram respeitados e todos os participantes e responsáveis assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 126 casos de tentativas de suicídio entre adolescentes (Tabela 1). Ressalta-se que apenas um deles estava com o CID correspondente, sendo que outros foram classificados como: com outro CID, mas escrito por extenso; casos sem CID, mas escrito por extenso; casos suspeitos com outro CID, casos suspeitos sem CID. Baseado na classificação das lesões autoprovocadas intencionalmente descritas na CID, foi possível listar os tipos de tentativa de suicídio.

É possível verificar, na Tabela 1, a preferência pela intoxicação para ambos os sexos, exceto em 2012, no qual a escolha masculina prevalente foi pelo corte. Destaca-se o uso de chumbinho, medicação, agente tóxico e álcool/droga, o que converge com a literatura brasileira sobre o assunto, que afirma ser o envenenamento a forma eleita e o que varia é apenas a escolha feita entre medicamentos e pesticidas.⁵

Percebe-se também, ao longo dos anos, uma manutenção do número de casos de tentativa de suicídio e o aumento da letalidade dos instrumentos utilizados, na sua maioria, pelo sexo masculino, assim como o predomínio feminino nas tentativas de suicídio, que somam 84 casos, representando o dobro de registros do sexo masculino, em acordo com a literatura.⁵

Tabela 1 - Tipos de tentativa de suicídio por sexo entre adolescentes de 12 a 18 anos, que tentaram suicídio entre 2008 e 2012, no município de Matozinhos

Tipos de Tentativa de Suicídio	2008		2009		2010		2011		2012		Total
	F (N)	M (N)	F (N)	M (N)	F (N)	M (N)	F (N)	M (N)	F (N)	M (N)	
Intoxicação	16	5	12	4	11	7	18	8	10	1	92
Corte		1	2	1			2		3	4	13
Queimadura				2	2	2			4	1	11
Queda/precipitação								1		1	2
Eletrocussão								1			1
Intoxicação + corte							1				1
Intoxicação + lesão com arma de fogo										1	1
Outros							1		4		5
Total	16	6	14	7	13	9	22	10	21	8	126

Fonte: dados da pesquisa.

Ressalta-se que na categoria “outros” encontram-se: ingestão de objetos, descrições ilegíveis e casos não especificados.

Em relação à parte qualitativa da pesquisa, resalta-se que foi realizado grupo focal com ambos os sexos, porém neste trabalho serão abordados apenas os aspectos referentes ao sexo feminino, visto que, de acordo com dados quantitativos anteriores, é o público que mais busca essa autoagressão como saída para resolução de conflitos e outras violências. As adolescentes expuseram explicitamente as violências interpessoais sofridas, tanto intrafamiliares quanto comunitárias, realçando a estreita relação de condicionalidade entre estas e a violência autodirigida.

Nos aspectos familiares, destacou-se a disponibilidade de meios em casa para tentativa de suicídio, ou seja, como na maioria dos casos a escolha foi pela autointoxicação, anunciaram a existência e facilidade de obtenção do produto.

A2: ... eu tomei... meus avós tinha problema de coração, pressão alta, eles tinham acabado de comprar os remédios, eu tinha pegado todos os remédios deles e tinha tomado café com eles...

A3: Eu tomei uns remédios, tomei muitos remédios...

A acessibilidade aos “muitos” medicamentos no próprio contexto familiar coloca em evidência a negligência, que é, por si, ato violento contra o sujeito que exige proteção. Outros questionamentos são pertinentes quando se aborda a funcionalidade protetiva de uma família, que deve se basear no diálogo, respeito, coerência e liberdade.

A violência intrafamiliar que atinge crianças e adolescentes cometidas por seus pais, membros de família extensa ou pelos responsáveis revelam uma transgressão dos adultos, porque além de não cumprirem o dever de proteger e promover os direitos de suas crianças e adolescentes, são eles próprios os agentes.⁶

A família, suposto continente afetivo, revela-se, pois, como lugar de descaso, de omissões e de transgressões. Ali onde as crianças e adolescentes buscam referências e cuidados, torna-se um ambiente desestabilizador, causador de vulnerabilidade psicológica, de fragilidade afetiva. As multifaces da violência conduzem e condizem com as violências.

Considerando a comunicação familiar, verificou-se sua precária existência entre os membros da família na qual as adolescentes conviviam.

A3: [...] num tinha aquela comunicação com meus pais, porque eles num davam liberdade pra mim falá, pra eu me expressá o que eu tava sentindo... Bom, eu assim, o meu pai era... ele é muito fechado, até hoje, ele comunica bem pouco dentro de casa. A minha mãe é tipo explosiva, nervosa demais, então assim, a gente não... às vezes o assunto que eu queria falá com ela eu num conseguia, por ela ser muito nervosa ela não dava liberdade de eu comunicá...

A2: [...] para tê um diálogo mesmo com meus pais é muito difícil, adolescência também num tive...

Nesses trechos fica evidente a necessidade de um espaço de escuta e a ausência de respeito diante da necessidade do outro. Com a supressão dessa demanda, a adolescente coloca-se em “outro lugar”

que não aquele de quem necessita de cuidado, respeito e carinho. Uma adolescente dizer que nunca teve adolescência ou que não pôde aproveitá-la é a maior expressão da violência interpessoal e coletiva, pois diante da privação de cuidados vê-se ocupando outro papel social diante da sociedade.

A falta de diálogo, as omissões de cuidado, o desrespeito, as rotulagens pejorativas, as agressões verbais, as posturas referenciais geracionais, as agressões físicas, todas formas de violências intrafamiliares, verificadas na escuta do grupo focal com as adolescentes em Matozinhos.

Como resultado dessa violência sofrida, expressa a partir da ausência de diálogo e respeito, o isolamento aparece como possibilidade, saída e, quem sabe, punição.

A2: ... mas só que antes eu num tinha liberdade pra saí, eu num pude aproveitá a minha adolescência... Podê saí, podê conversá mais com os amigos. Num tinha lazê, eles não levava a gente pra passear. Quando era criança num podia aproveitá porque era criança, pra saí, pra tê um diálogo mesmo com seus pais é muito difícil, adolescência também num tive...

A3: [...] mas aquela angústia que eu sentia era tão grande que eu chorava, ficava mais dentro do quarto, num comunicava com a minha família...

Diante de tanto sofrimento, sem suporte familiar, psíquico e social, as fantasias negativas se multiplicam enfatizando uma “síndrome suicida”, momento no qual “nasce a ideia de morte”: “[...] *pérdida de intereses, repliegue sobre sí mismo; suspensión de las vivencias en el tiempo; Inhibición de la agresividad*” (“[...] perda de interesse, volta para si mesmo, suspensão das experiências exteriores, inibição da agressividade” – tradução livre).⁷ Nessa fase, o potencial suicida é mediano e o autor ressalta a possibilidade e necessidade de “prevenção”, de ações interventivas e preventivas.

As tentativas de suicídio são ensaios ou buscas de mudanças no seu entorno para término do sofrimento sentido.⁷ E reforça-se que são imprescindíveis a assistência e o cuidado da pessoa nesse momento.

Os adolescentes são negligenciados e as suas tentativas são vistas, por alguns, como ações individuais, irresponsáveis e “pedidoras” de zelo que não necessitam de intervenções. A partir do uso do poder

nos serviços de atenção e cuidado da criança e do adolescente e também no seio do núcleo familiar e social, são, algumas vezes, ridicularizados e discriminados. Eles são mais uma vez “violentados” no seu direito de ser sujeito.

Para intervir, é imprescindível o “olhar do outro”. Nesse caso, entende-se como suporte emocional, familiar e social. É fazer com que essas adolescentes saiam da invisibilidade colocada e construída. Caso essa ajuda não apareça no âmbito doméstico, torna-se urgente outro espaço de escuta para esse sujeito, para que a sua fantasia não se transforme em plano, ou seja, ideiação suicida.

A2: [...] eu achava que a minha família era muito desligada... o meu pai, ele começô a trabalhar e ele ficava fora o dia inteiro, era 24 por 24. Então eu num tenho... até hoje eu num tenho um abraço de pai, não tenho. Sabe quando ocê sente falta de carinho?

Diante da fragilidade dos vínculos, da pouca afetividade, das privações de cuidado, abandonos e negligências sofridas, as adolescentes descobrem-se sozinhas, “sem saída” para tanto sofrimento. Aparecem então os planos de morte, a “ideação suicida”. Preleciona-se que: “[...] *La fantasía permanente de huída, el sentimiento de soledad y de que no existe solución ni comprensión para su sufrimiento, transforma el deseo de alejamiento en la idea de desaparecer, de matarse*” [...] A fantasia permanente de ruína, o sentimento de solidão e de que não existe solução nem compreensão para o seu sofrimento, transforma o desejo de afastamento em uma ideia de desaparecer, de matar-se” – tradução livre).⁷ Essa é a **fantasia de morte**, também chamada de ideiação suicida. Nesse momento, há um planejamento da ação com detalhes do tipo: onde, quando, como e que, variando, para o autor, segundo a situação e personalidade do sujeito.

Destaca-se a importância dos vínculos afetivos familiares e as consequências catastróficas diante da demanda não suprida, que nada mais são do que resposta às violências vivenciadas, a tentativa de suicídio como busca desesperada por rompimento da violência, por meio da própria violência.⁷

A3: – Como naquele instante eu num tive apoio pra um tratamento, eu tentei suicídio. Eu achava assim, num tem outra saída. Ocê se sente tão... parece que cê sofre tanto sozinha, cê num tem aquela pessoa, num tem aquele... num tem um tratamento pra ocê fazê na hora. Num tem

ninguém pra te ajudá, o que eu tô fazeno aqui? O que eu vô fazer da minha vida? Vô fica sofreno, sofreno? Melhor acabá com tudo de uma vez. Então a única saída... acho que todo mundo que é deprimido e num tem ninguém pra ajudá, quando num cai no mundo das drogas tenta o suicídio. É uma experiência muito ruim. Por isso que eu falo que hoje em dia o que falta, a falta que faz é um grupo relacionado aos jovens ou um grupo com os próprios pais pra interagi mais com os filhos. Acho que falta isso. Porque aquele sofrimento é muito grande, ocê num vê saída, ocê tenta de um jeito, tenta de outro, ocê acha que todo mundo... ninguém tá ali pra te ajudá, ninguém tá ali pra te escutá, ninguém tá ali pra te dá um abraço, "conta comigo pro que ocê precisá." Então acho que a única saída que ocê vê é essa. No momento que eu tava angustiada e num tinha ninguém pra me ajudá, que era a depressão. Muita gente fala, nossa, mas porque ocê fez isso? Todo mundo sempre fala isso, mas na hora que ocê tá ali naquela depressão, ocê num vê outra saída, por isso que eu tentei o suicídio.

Sobre os fatores de risco sociais para a tentativa de suicídio, destaca-se a violência estrutural, que é a base de todas as outras violências, pois ela é silenciosa e se naturaliza no cotidiano da nossa sociedade, sendo "[...] responsável por privilégios e formas de dominação" que reproduzem as misérias e desigualdades, mantendo, inclusive, "[...] o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes".⁸ A ausência de espaços de lazer para as adolescentes do município de Matozinhos aparece enquanto incômodo e demanda.

A3: Bom, lazê é meio difícil aqui, esse espaço, porque num tem...

A2: Bom, o meu lazer aqui em Matozinhos, num tenho. Eu acho que lazê aqui eu não tenho... Eu não acho que aqui tem espaço, porque cultura... aqui não tem esse tipo de coisa. Bom, coisas para interagi com gente jovem num tem. É muito difícil. Se tem é porque cada um caça seu rumo e num expõe o que tá ruim...

E como resposta a essa ausência de espaços para o encontro, o diálogo, o sentimento de pertencimento, a adolescência encontra resposta em outros dispositivos que também produzem o prazer, a droga.

A3: Então eu acho assim, que os jovens hoje em dia, a droga pra eles, viraram uma diversão pra eles. Isso pra eles agora... ou não...

eu vou usá pra mim esquecê os problemas... Então eles tão tipo, revidano, desfocano o que eles sente por dentro, porque quando eles tão lá eles ficam doído, eles esquecem mesmo. Então eu acho que isso virou um meio deles, tipo colocarem pra fora o que tá sentino. Eu acho que principalmente dentro de casa, porque tem uns jovens, tipo assim, eles busca esse meio pra pode descarregar aquela... tudo que vem guardano...

Diante dessa ausência, os sujeitos tentam produzir sentido para sua existência:

Se falta sentido, vínculo, sentimento de identidade e de pertença, falta o próprio sujeito – não há reprodução simbólica da sociedade. O vazio resultante, sem dúvida, demandará ser preenchido: é necessário "empanturrar" de coisas e, uma vez que o outro não conta, entra-se no jogo do vale tudo – comida, mercadorias, emoções fortes, "adrenalina", prazeres perversos, agressões, vandalismo, destruição, etc. –, numa tentativa vã de recuperar o sentido da própria existência. Nessa situação, a violência passa a ser o único e mais eficiente mediador das relações humanas e seus conflitos, impregnando-as e aos sujeitos e suas concepções (grifo nosso).⁹

Um ponto de grande importância a ser destacado é que, apesar da existência dos sistemas de notificação de casos de violência, no Brasil, os quantitativos não expressam fielmente nossa realidade, principalmente quando se trata das "tentativas de suicídio". É relevante o aumento expressivo de casos encontrados na faixa etária dos jovens. A subnotificação pode ser também interpretada como uma violência coletiva, visto que não haverá investimento político, econômico e social para a resolução de um problema que, teoricamente, não existe! São violências que geram violências!

Diante dessa problemática, aposta-se em uma visão sistêmica sobre essa problemática e inclui a família e o contexto social,⁹ pois acredita que o conflito não é individual e apresenta um quadro ressaltando a contribuição desses fatores "externos" ao sujeito como causa primária para que decida por ações que visam à morte ou ao alívio de um sofrimento.^{10,11}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, com base nos relatos das adolescentes, a estreita relação entre a violência intrafamiliar como fator de risco para a tentativa de suicídio. São violências que geram outras violências! A fragilidade

das relações e dos vínculos familiares e sociais estabelecidos a partir das violências proporciona uma repetição intrageracional que pode ser prevenida e evitada. A cultura da paz deve ser divulgada e exercida por toda a sociedade, inclusive pelos profissionais que lidam com público infantojuvenil.

REFERÊNCIAS

1. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: mortes matadas por armas de fogo. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2015.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, editors. World report on violence and health. Geneve: World Health Organization; 2002.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: 2002. 96p. Série Cadernos de Atenção Básica, 8 Série A. Normas e Manuais Técnicos, 131.
4. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
5. Alves MAG, Cadete MMM. Produções científicas brasileiras sobre a prevenção da tentativa de suicídio infanto-juvenil nas últimas décadas. In: V Congreso Latino Americano de Prevención Del Suicidio; 2013 Set 5-7; Campeche, México: Taller; 2013.
6. Azevedo MA, Guerra VNA. Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez; 2005.
7. Boronat CB. El trabajo comunitario para la atención y prevención del suicidio. In: V Congreso Latino Americano de Prevención Del Suicidio; 2013 Set 5-7; Campeche, México: Taller; 2013.
8. Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 132 p. Coleção Temas em Saúde.
9. Lisboa AV, Carneiro TF. Acontecimentos significativos na história geracional e sua relação com somatizações na família. Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar 2015; 31(1):65-72.
10. Melo EM. Podemos prevenir a violência: teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Brasília (DF); 2010. 278p.
11. Bentancurt L. Detección y prevención del suicidio en jóvenes: "herramientas para el docente". In: V Congreso Latino Americano de Prevención Del Suicidio; 2013 Set 5-7; Campeche, México: Taller; 2013.

Violência por parceiro íntimo: uma análise sobre usuárias da atenção primária à saúde de Ribeirão das Neves – MG

Intimate partner violence: an analysis of users of primary health care in Ribeirão das Neves – MG

Danielle Nunes Pinto Della Torre¹, Fernanda Cotrim Stefanelli², Júlia Guimarães Lopes², Kelly Tatiany Teófilo Jamar⁴, Kennedy Martinez de Oliveira⁵, Luciana Dias Lucas Santos³, Maísa de Fátima Satiro Oliveira⁵, Mariângela Kallas Pereira⁵, Elza Machado de Melo⁶

RESUMO

A violência pelo parceiro íntimo (VPI) contra mulher é um fenômeno reconhecidamente mundial, que envolve formas físicas, psicológicas e sexuais da violência contra a mulher. Os abusos estão relacionados ao ambiente familiar e muitas vezes permanecem ocultos, disfarçados de práticas ritualísticas sedimentadas e aceitas por diversos grupos humanos, por suas religiões, cultura e/ou governos. Este estudo, realizado em 2012 pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, tem por objetivo descrever o perfil de violência por parceiro íntimo contra mulheres usuárias das unidades de atenção primária à saúde da cidade de Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Foram entrevistados 628 usuários do Sistema Básico de Saúde, dos quais 469 do sexo feminino (73,74%). Observou-se que, no grupo feminino pesquisado, 7,2% relataram agressões físicas pelo parceiro íntimo após os 15 anos de idade, sendo 45,7% dos casos por agressões recorrentes. Quanto às agressões sexuais, 5,2% das entrevistadas relataram terem sido forçadas à prática sexual, sendo 27,8% agredidas recorrentemente. O conhecimento da violência contra a mulher é imprescindível para a eficaz atuação com vistas à sua proteção e à prevenção da violência à qual é submetida.

Palavras-chave: Violência por Parceiro Íntimo; Atenção Primária à Saúde; Mulheres.

ABSTRACT

Intimate partner violence or domestic violence is a worldwide known phenomenon that involves multiple modes of violence against woman: physical, psychological and sexual. The abuses are related to the familiar environment and, several times, it's kept hidden, disguised of ritual practices that are sedimented and accepted by diverse human aggregation's, by their religions and by their governments. In 2012 a qualitative study was conducted by the Health Promotion and Violence Prevention Post-graduate Program, of Preventive and Social Medicine Department of UFMG Medicinal School UFMG aims to describe the PROFILE of intimate partner violence against female users of Primary Health Care Units from Ribeirão das Neves, Minas Gerais. 628 users of SUS has been interviewed, being 469 female (73,74%). It was observed that in the female group, 7,2% reported physical abuse by intimate partner after 15 years old, of which 45,7% was recurrent aggression. As for sexual abuse, 5,2% from the interviewed reported to have been forced to engage sexual relations, of which 27,8% has been recurrently abused. Knowing the predisposing factors towards Violence Against Woman is indispensable to an effective action on women's protection and violence prevention, as well as it guides the decisions on abused females health related measure.

Key words: Intimate Partner Violence; Primary Health Care; Women.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Júlia Guimarães Lopes
E-mail: juliaglopes@gmail.com

INTRODUÇÃO E LITERATURA

A violência é um problema complexo, com grandes repercussões sobre a saúde pública. Ela está relacionada a altas taxas de morbimortalidade, a elevados custos monetários – seja para o tratamento das vítimas ou pelo afastamento das mesmas do mercado de trabalho – e a importante sofrimento biopsicossocial.¹ Trata-se de um fenômeno que envolve não apenas o indivíduo, mas todos a ele relacionados, intimamente ou não.² De acordo com a “Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher”, de 1993, da Organização das Nações Unidas, quando a violência é exercida por homens contra a mulher, por ser ela mulher denomina-se “violência de gênero”. Esse tipo de violência abarca a injúria física, sexual e psicológica que se produz no seio da família e na comunidade em geral, incluídos os espancamentos, o abuso sexual de meninas, a violência relacionada ao “dote”, a violação marital, a mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais danosas para a mulher, a violência não conjugal e a violência relacionada à exploração, assédio sexual e intimidação no trabalho, nas instituições de ensino e em outros lugares, tráfico de mulheres, prostituição forçada e violência perpetrada ou tolerada pelo Estado.³ Uma das formas mais frequentes desse tipo de violência é aquela exercida pelo marido ou companheiro, denominada “violência por parceiro íntimo” (VPI).³

A VPI contra as mulheres é um fenômeno mundial, com efeitos devastadores sobre a saúde feminina e também infantil.⁴ Em todo o mundo podem-se observar esforços visando à redução desse fenômeno, como definido no “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM 3), que visa à equidade de sexo e ao empoderamento das mulheres.⁵

Todos os setores de saúde são responsáveis pelo atendimento às mulheres vítimas de VPI, porém a atenção primária à saúde desenvolve papel imprescindível na detecção das violências – já que é, em muitas situações, a única instituição acessada pelas vítimas. Portanto, torna-se imperativa uma resposta adequada: a detecção, o registro, o encaminhamento e as orientações de saúde e direitos à vítima de violência.⁴

A cidade de Ribeirão das Neves, pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte, enfrenta diversos problemas relacionados à violência. O município é conhecido como “cidade carcerária” devido ao alto número de penitenciárias e sua população é constituída, principalmente, por pessoas de baixa renda, com baixa escolaridade, qualificação insuficiente,

com altas taxas de trabalho informal e de uso e tráfico de drogas.⁶

Este trabalho é parte de pesquisa realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG e apresenta como temática principal a violência por parceiro íntimo sofrida pelas usuárias da atenção básica, no município de Ribeirão das Neves – MG.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, de natureza quantitativa, intitulado “Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde”, realizado, em 2012, nas unidades de atenção primária à saúde de Ribeirão das Neves-MG, cuja metodologia consistiu de entrevistas semiestruturadas com as usuárias desses serviços. As mulheres foram selecionadas por amostra aleatória simples, com erro de 3,71%. As entrevistas semiestruturadas ocorreram nas unidades básicas de saúde (UBS), sendo a seleção dos entrevistados feita por ordem de chegada, segundo tabela de números aleatórios. Como critérios de inclusão, foram definidos: ser morador do local há mais de um ano; ter idade maior de 18 anos; ter sido atendido na UBS pelo menos uma vez antes da entrevista; ter preenchido corretamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os dados de identificação. O presente recorte apresenta uma análise descritiva da violência por parceiro íntimo contra mulheres, com distribuição de frequência e confecção de gráfico de barras horizontais. Os dados foram armazenados em um banco, utilizando-se o *software Statistical Package and Service Solutions* (SPSS) para consolidação e análise estatística. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) sob o parecer 01140812.1.0000.5149, sob a anuência do município estudado. Foi realizada, ainda, breve revisão da literatura sobre o tema, em novembro de 2016, utilizando-se os seguintes descritores: “Violência por Parceiro Íntimo”, “Maus-Tratos Conjugais” e “Atenção Primária à Saúde” ou “Atenção Básica” e “mulher” ou “mulheres”, buscando resultados em Português, Inglês e Espanhol, publicações entre 2011 e 2016, nas seguintes bases de dados: Portal Capes, Scielo, BVS e PubMed. Foram buscadas publicações relacionadas ao tema de instituições internacionais, como a OMS. A seleção de

artigos se deu por interesse dos autores, dando preferência a artigos de revisão sistemática e metanálises.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 636 usuários, sendo 469 do sexo feminino (73,74%), com a seguinte distribuição por faixa etária: 6,9% até 20 anos; 47,5% entre 21 e 40 anos; 31,0% entre 41 e 60 anos; e 14,7% acima de 61 anos. Quanto à cor, 76,7% se autodeclararam pretas ou pardas e 18,2% brancas. Quanto ao estado civil, 43,1% das entrevistadas são casadas, seguidas das solteiras (22,8%), união estável (22%), viúva (6,0%) e divorciada ou separada (6,1%). Entre as entrevistadas, 7,2% relataram ter sofrido agressão física pelo parceiro íntimo após os 15 anos de idade, sendo 45,7% agressão recorrente (“muitas vezes”). Quanto à agressão sexual, 5,2% das entrevistadas relataram terem sido forçadas a fazer sexo ou a manter prática sexual que não queriam, sendo 27,8% agressão recorrente (“muitas vezes”). As agressões verbais e psicológicas foram mais prevalentes, seguidas de agressão física e sexual, como mostrado na Figura 1.

DISCUSSÃO

A violência por parceiro íntimo tem início ainda na adolescência das mulheres que se encontram nessa situação. Como observado nos dados apre-

sentados, a VPI tem diversas faces, desde agressões verbais e morais até agressões físicas e sexuais, de forma que suas consequências são muito diversas.

Vários são os movimentos voltados para o enfrentamento da VPI. Desde 2004 há, na Espanha, critérios para que os profissionais da saúde possam atuar de forma eficaz na identificação das violências em seus serviços, o que inclui protocolos para orientações dos profissionais, formação adequada do profissional de saúde para tratar desse tipo de situação e a implementação de um sistema de monitoramento para as vítimas de violência por parceiro íntimo.⁴

Os avanços no tratamento oferecido a essas mulheres vítimas de VPI, principalmente na atenção primária à saúde, mas também em todo o sistema de atenção e proteção social, podem ser feitos a partir de:

- um incremento no treinamento motivacional e empático dos profissionais responsáveis pelo atendimento dentro e fora do local, como médicos, enfermeiros e profissionais leigos², bem como a capacitação específica destinada a esses profissionais que os munície de ferramentas para o enfrentamento da VPI e a prevenção, buscando o encorajamento à busca de apoio entre os pares, a regulação de emoção e o enfrentamento acomodaticio⁵;
- sempre que possível, oferecer acompanhamento mais individualizado que busque *empoderar* a mulher atingida por questões de desigualdade de gênero (por exemplo, com microfinanciamentos, capacitação profissional e mobilização de redes comunitárias)²;

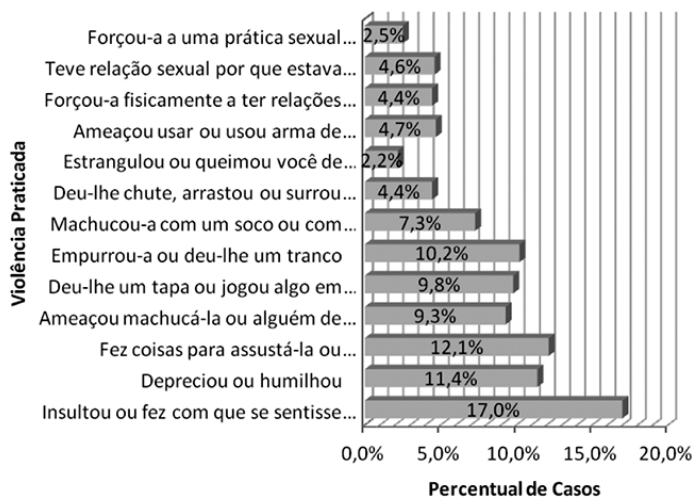


Figura 1 - Violências praticadas contra as mulheres usuárias da Atenção Primária de Ribeirão das Neves-MG.

- revisões realísticas e periódicas da efetividade dos programas de enfrentamento à VPI, informadas por evidências, com enfoque no apoio institucional sustentável, na confecção de protocolos assistenciais, na formação continuada e no acesso imediato aos serviços de suporte²;
- foco em prevenção primária à VPI, com o combate às causas subjacentes e seus fatores de risco²;
- a promoção do Direito Universal à Saúde e aos direitos humanos e civis, a partir dos seguintes princípios⁸: à vida (uma vida sem medo e sem violência); à autodeterminação (exercer o direito de tomar as próprias decisões quanto à atenção médica e ação judicial); ao mais alto padrão atingível de saúde (serviços de saúde de boa qualidade disponíveis, acessíveis e aceitáveis às mulheres); à não discriminação (serviços de saúde prestados sem discriminação e sem recusa de tratamento em razão de sexo, raça, grupo étnico, casta, orientação sexual, religião, deficiência, estado civil, ocupação ou convicções políticas); à privacidade e confidencialidade (prover atenção, tratamento e orientação que seja de caráter privado e confidencial); à informação (direito a saber quais as informações que foram coletadas e ter acesso a essas informações).

CONCLUSÕES

Alguns fatores que predispõem à violência contra a mulher vêm sendo estudados e conhecê-los é essen-

cial para se conseguir de forma mais eficaz a interrupção dos ciclos de violência. Nos últimos anos, foram criados serviços para atender a mulher vítima de violência por parceiro íntimo visando à atenção integral, no entanto, ainda há muito que se fazer em sua defesa a fim de oferecer um cuidado de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Melo EM, Melo MAM, Pimenta SMO, Lemos SMA, Chaves AB, Pinto LMN. A violência rompendo interações: as interações superando a violência. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7(1): 89-98.
2. Hasselmann MH, Mezzavilla RS. Physical intimate partner violence and low birth weight in newborns from primary health care units of the city of Rio de Janeiro. *Rev Nutr.* 2016; 29(3): 357-66.
3. Ruiz-Pérez I, Blanco-Pietro P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.* 2004; 18(supl. 2): 4-12.
4. Goicolea I, Hurtig AK, Sebastian MS, Marchal B, Carmem VC. Using realist evaluation to assess primary healthcare teams' responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit.* 2015; 29(6): 431-6.
5. Wath A, Wyk NV, Rensburg EJ. Emergency nurses' ways of coping influence their ability to empower women to move beyond the oppression of intimate partner violence. *Phcfm.* 2016; 8(2): 1-7.
6. Rodrigues EAS. Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina; 2014. 122f.
7. Rees K, Zweigenthal V, Joyner K. Health sector responses to intimate partner violence: a literature review. *Phcfm.* 2014; 6(1): 1-8.
8. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook. Geneva: WHO; 2016.

Violência sob a percepção de comunidades escolares

Violence under the perception of school communities

Lidiane Sales Vieira¹, Heidy Aparecida Oliveira Rei¹, Geraldina da Costa Ribeiro¹, Adriana de Oliveira Lanza Moreira Orsine², Andréia Batista Alves Babêto¹

RESUMO

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Secretaria Adjunta de Assistência Social de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Este artigo apresenta resultados parciais de pesquisa-ação referentes às violências ocorridas no dia a dia realizadas com a comunidade do território de duas escolas públicas municipais em Venda Nova – Belo Horizonte. Com o objetivo de investigar as violências percebidas pela comunidade nos territórios escolares em Venda Nova, utilizou-se o método da pesquisa-ação do qual participaram 88 moradores dos territórios escolares. Foi evidenciado que as intervenções oportunizadas pelas oficinas e produções coletivas possibilitaram à comunidade refletir criticamente sobre o fenômeno da violência em sua complexidade. As percepções sobre as relações de bem-estar e sobre a violência, nos seus cotidianos, incluíram tanto as condições básicas de cidadania elementares à promoção da saúde, quanto os diferentes tipos de violência que ocorrem nas organizações humanas. Observou-se que a problematização destacou as raízes sociais complexas da violência, bem como contribuiu para o reconhecimento das responsabilidades intersetoriais apropriadas ao fornecimento de subsídios para propostas de intervenção, desenvolvimento do compromisso do cidadão e prevenção da violência.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Violência; Ação Intersetorial; Pesquisa-Ação.

ABSTRACT

This article presents partial results of preliminary approaches to everyday violence made with the community of the territory of two public schools of Venda Nova – region of the city of Belo Horizonte. In order to investigate the violence perceived by the community in school territories in Venda Nova, the action research method was used involving 88 residents of school territories. It was shown that the interventions enabled by workshops and collective productions allowed the community to critically reflect about the phenomenon of violence in its complexity. The perceptions about the relations of well-being and violence in their daily lives included the basic conditions of citizenship, elementary to the promotion of health, and also different types of violence that occur in human organizations. It was observed that the problematization pointed out the complex social roots of violence and also contributed to the recognition of intersectoral responsibilities appropriate to the provision of subsidies for proposals of intervention, citizen involvement and violence prevention.

Key words: Health Promotion; Violence; Intersectoral Action; Action Research.

Instituição:
Prefeitura de Belo Horizonte
Secretaria Municipal de Saúde
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Lidiane Sales Vieira
E-mail: lidianesavi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Decorrente da premissa de que a saúde é um direito, tornou-se premente ampliar o acesso a determinantes como segurança pública e prevenção das violências nas

organizações sociais.¹ Nessa perspectiva, destaca-se o envolvimento de diferentes espaços e redes, em que a promoção de saúde (PS) se integra como mecanismo de cooperação na ampliação da prevenção de violações dos direitos assegurados aos cidadãos.²

No contexto da garantia da cidadania emergem investimentos políticos de diferentes ordens, podendo se destacar a integração intersetorial contemporânea e progressiva entre saúde e educação. Juntos tais setores baseiam uma construção intersetorial de ações que se importam com a realidade do território, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de agravos, em que se interagem equipes de saúde e educação, assim como outros setores e organizações, com o intuito de fortalecer as condições de saúde tanto dos estudantes quanto da comunidade adjacente.³

Segundo as políticas públicas brasileiras⁴, o interesse pela integração de saberes, de práticas, de responsabilidades e de cuidado entre saúde e educação é fundamental para que se garantam direitos e se promova uma cultura de paz no território de responsabilidade compartilhada. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU)⁵, compreende-se a cultura da paz como o respeito pleno à vida, a promoção dos direitos humanos, a prática da não violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social.

Em função de a saúde ser decidida, entre outros imperativos, pela necessidade de proteção e segurança, a prevenção da violência insere-se nos planejamentos públicos promotores de saúde por sua implicação imediata no bem-estar humano.⁶ Essa determinação repercute em proposições intersetoriais brasileiras, como a articulada entre educação e saúde, constituída no Programa Saúde na Escola (PSE) em que se compromete integrar processos de educação e saúde empenhados em promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde.⁷ A prática e integração da PS no âmbito do PSE, considerando a cultura da paz, podem ser importantes para prevenir as situações de violência que ocorrem nas escolas e nas comunidades vinculadas a esse universo, contribuindo para as práticas de educação e saúde integral vividas no território.⁸

Todavia, nos processos entre saúde e educação no PSE, ainda é um desafio atuar para além das avaliações clínicas ou de temáticas não restritas às condições físicas e ao estilo de vida. Considerando a relevância social dessa temática, assim como a necessidade de produzir conhecimentos voltados para

operações de PS e prevenção da violência nos programas e estratégias vigentes nos espaços públicos, propôs-se a presente pesquisa. O estudo teve como objetivo investigar as violências percebidas pela comunidade nos territórios escolares em Venda Nova (VN). A partir da pesquisa-ação, foram desenvolvidas estratégias de investigação e intervenção participativas destinadas a sensibilizar e orientar a comunidade para o enfrentamento das violências ocorridas no dia a dia, com destaque para a violência praticada contra crianças e adolescentes.

MÉTODOS

Este artigo apresenta resultados parciais produzidos a partir de abordagens realizadas com a comunidade do território de duas escolas públicas municipais no âmbito da atenção primária (AP) de Venda Nova – Belo Horizonte-BH, no contexto de um projeto de pesquisa-ação, em andamento, para promover a discussão e a construção de consciência coletiva sobre a gravidade do problema da violência.

Em função da característica intersubjetiva do trabalho, lançou-se mão da pesquisa-ação como metodologia de pesquisa qualitativa adequada à produção do conhecimento articulada ao cuidado em saúde, considerando, para tanto, sua conceituação fundamental de estreita associação com uma ação em que pesquisadores e participantes representativos estão envolvidos de modo cooperativo ou mútuo.⁹

Quanto às atividades realizadas com a população-alvo do trabalho, foram feitas oficinas por meio da utilização de pinturas como recurso. Para a execução das oficinas foram selecionadas escolas com eventos abertos à comunidade, pela razão de aproveitar a concentração da comunidade presente na instituição, baixos custos e tempo hábil. As oficinas ocorreram aos sábados, em dois encontros e escolas distintas, com duração aproximada de três horas cada. Participaram 41 moradores da primeira intervenção e 47 da segunda, todos residentes das redondezas escolares, de qualquer idade, presentes nos eventos escolares “Feira de Cultura e Ciências” e “Pedalando pela Vida – Passeio Ciclístico”, ocorridos, respectivamente, em setembro e outubro de 2016.

A intervenção organizou-se com os seguintes momentos: a) acordo prévio com as escolas, ajuste sobre o espaço físico para desenvolver as oficinas e materiais para apoiar o processo; b) divulgação da ação

educativa nos eventos escolares, esclarecendo-se o objetivo da pesquisa; c) execução da oficina; d) avaliação do processo. Durante o desenvolvimento das oficinas, coletaram-se os dados e as informações que subsidiaram as discussões e interpretações focadas no objetivo desta pesquisa. Esses dados referem-se a: observação participante com anotações em diário de campo, registro fotográfico, além de produções coletivas (pinturas) produzidas pelos participantes durante as abordagens.

Foram oferecidos aos participantes materiais como: tintas e pincéis para a confecção de dois painéis com as questões norteadoras: “Eu pinto a vida...” e “A vida pinta comigo...”. Após a contribuição na elaboração dos painéis os participantes eram abordados numa breve intervenção, permitindo aos sujeitos o compartilhamento de experiências de vida e a discussão acerca da violência, com ênfase à sensibilização de agravos violentos praticados contra crianças e adolescentes.

O estudo compreende um recorte do projeto de pesquisa “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na atenção Básica de Saúde” que vem sendo desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Escola de Medicina de Minas Gerais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), conforme parecer 1.512.402 em 25/04/2016 e registro do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 01140812.1.0000.5149.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 88 participantes das intervenções tiveram idade entre seis e 57 anos. A estratégia adotada no projeto foi a da problematização que, centrada na reflexão do cotidiano, estimulou o processo de percepção da violência convivida no território e a responsabilização social quanto ao seu enfrentamento, principalmente no tocante à proteção infanto-juvenil.

Das atividades baseadas na pintura, quando estimulados a expressar os ideais de vida, a partir da questão “eu pinto a vida...”, os participantes ilustraram desenhos e escritas que demonstraram atividades que eles gostavam de fazer e que representavam condições de bem-estar em suas realidades e a partir de seu lugar na sociedade. Por exemplo, crianças resgataram, por meio de brincadeiras, o direito à comida, ao estudo e ao lazer, realizando concretiza-

ções lúdicas dos seus desejos pueris. De acordo com outros estudos¹⁰, ainda que historicamente se tenha ignorado a infância nos planejamentos públicos, a noção moderna de cidadania incorporada paulatinamente a todos os segmentos etários, releva a garantia dos apontamentos evidenciados (lazer, brincar, estudar, alimentação, segurança), por se tratar de quesitos básicos e imperativos na asseguuração da cidadania de crianças e adolescentes.

Os adultos envolvidos no estudo destacaram fundamentalmente condições básicas como saúde, paz, família e princípios religiosos na satisfação de suas ambições de vida. Tais elaborações compatibilizam-se às determinações contemporâneas demarcadas no âmbito da PS, que salientam a melhoria da qualidade de vida e saúde como ensejos fundamentais ao bem-estar humano.¹¹ O resgate desses aspectos confirma, ainda, a tradução basilar das condições que fundamentam a saúde das coletividades, que implicam processos de muitas ordens, em que se relacionam fatores econômicos, sociais, estilos e experiências de vida, entre os quais também se pauta a garantia da cidadania.¹²

Na percepção dos incômodos de vida e agravos do território representados na questão “a vida pinta comigo”, pintaram-se situações e expressões em que os participantes referenciaram os pontos negativos da vida social. As crianças pontuaram desde desavenças inofensivas da idade, como o expresso por uma garota de sete anos: “*Esse desenho aqui é a briga entre duas amigas porque uma delas ficou com inveja do vestido bonito da outra*”. Mas não deixaram de notar a violência tanto na experiência do apanhar, castigos domésticos, quanto com desenhos de armas de fogo, representações em referência à morte, e os sentimentos decorrentes como os esboços de pessoas tristes.

Participantes adolescentes e adultos empreenderam outras imagens que relatavam a percepção sobre agravos com implicação imediata na ordem social: fome, desigualdades, poluição, desemprego, doenças, preconceitos e desordens políticas contemporâneas. Outro aspecto bastante relevante durante essa ação foi o registro claro de muitos participantes da associação da violência com uso de drogas e álcool e experiências de ódio e intolerância entre pares, como racismo e *bullying*. Evidenciando as raízes sociais complexas da violência⁶, as argumentações dos participantes enfatizaram as diferentes formas de violências categorizadas como interpessoal e coletiva, destacando as naturezas física, sexual, psicológica e negligência ou privação a que os cidadãos estão expostos.¹³

De modo enfático, os presentes nas intervenções expuseram insatisfações coincidentes, entre elas os diferentes tipos de violência que ocorrem nas organizações humanas, colocados de modo explícito na produção coletiva, como: “roubo”, “estupro”, “guerra”, “assassinato”, “violência psicológica”, “brigas”, “machucar”, “chutar a cara”. Como para o enfrentamento de qualquer tipo de violência, é preciso, inicialmente, reconhecer sua existência. A caracterização desses eventos na população contribui tanto para o conhecimento da natureza da violência no território, quanto para o fornecimento de subsídios para propostas de intervenção e prevenção.¹⁴

Na conclusão das abordagens foram compartilhados brindes e materiais informativos do Programa de Ações Integradas e Referências de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil no Território Brasileiro (PAIR). Por meio de dinâmicas instigou-se a responsabilidade comum de proteger infantes e jovens de agravo tão relevante como o abuso e violência sexual. “*Já que quem começa a pintar a tela da vida de crianças somos nós, os adultos, que seja das melhores coisas*” traduz a compreensão máxima da proposta final, expressa por um dos participantes sensibilizados pela gravidade da violência infanto-juvenil. Compreendeu-se que propostas nessa linha fortalecem a interação e integração entre participantes e pesquisadores, assim como a expressão de opiniões, percepções, vivências, sentimentos e dúvidas. Em consonância, confirma-se a necessidade dessas ações que, voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva empática e integrada, tratam de acolher a questão da

violência como um determinante de saúde e ampliar os mecanismos para seu enfrentamento.¹⁵

CONCLUSÃO

Trabalhar a temática da violência com comunidades escolares produziu discussões enriquecedoras, em que se expuseram fragilidades dos territórios, permitindo, assim, reflexões sobre o processo de promoção da saúde e prevenção de agravos na comunidade. Foi reconhecida a importância da intersetorialidade nesse processo, em que, partindo do envolvimento entre setores, é possível o planejamento e construção das ações que proporcionam interações pertinentes ao favorecimento da qualidade de vida dos moradores desses territórios, do diálogo e uma responsabilização mútua, contribuinte para a autonomia da comunidade.

Nessa percepção, faz-se necessária a continuação das atividades dessa pesquisa-ação no contexto indicado, utilizando como uma das estratégias o uso de oficinas voltadas para a promoção da saúde dos sujeitos, ressaltando-se que o PSE pode ampliar suas dimensões para além das atividades clínicas e de avaliação dos estudantes.

Concluindo, as atividades permitiram uma visão diferenciada e mais compreensão sobre a violência relacionada às organizações escolares no escopo da atenção primária. Enfim, evidenciou-se o quanto os grupos mobilizados, ainda que tidos como sujeitos vulneráveis, são também potencialmente capazes de elaborar e (re)significar situações de proteção.



Figura 1 - Tela sobre idealizações e realidade na comunidade escolar, elaboração durante as abordagens sobre violência.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral Nº. 14 – o direito ao mais alto nível possível de saúde: questões substantivas decorrentes da execução do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; 2000.
2. Ministério da Saúde (BR). Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Brandão Neto W, Silva MAI, Aquino JM, Lima LS, Monteiro EMLM. Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):617-25.
4. Ministério de Saúde (BR). Guia de sugestões de atividades: semana saúde na escola. Brasília: Ministério da Educação / Ministério da Saúde; 2015.
5. Organização das Nações Unidas. Resolución A/RES/53/243. Declaración y programa de acción sobre una Cultura de Paz. New York: OMS; 1999.
6. Vieira Netto MF, Deslandes SFA. Estratégias da Saúde da Família no enfrentamento das violências envolvendo adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(5):1583-96.
7. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 5 dez. 2007. Brasília: MS; 2007.
8. Mercês AFD, Mendes AC, Celestino AP, Brandão LMS, Silva SP. As ações de promoção da solidariedade/cultura de paz e prevenção à violência à criança e adolescente na AP 5.1 sob à ótica da saúde. *Saúde em Foco.* 2016;1(1):181-8.
9. Oliveira E, Soares CB, Silva JA. Pesquisa-ação emancipatória com jovens escolares: relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(3):1-6.
10. Barbiani R. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. *Saúde Debate.* 2016;40(109):200-11.
11. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
12. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saude Soc.* 2016;25(1):9-18.
13. Krug EG, Dahlberg LL, Misericórdia JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002
14. Holanda VR, Holanda ER, Souza MA. O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: uma proposta de intervenção. *Rev Rene.* 2013;14(1):209-17.
15. Pedrosa CM, Diniz CSG, Moura VGAL. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(6):1879-88.

Foi uso ou foi tráfico de drogas? A discricionariedade policial à luz da criminologia crítica

Was it drug use or was it drug trafficking? Police discretion in the light of critical criminology

Pedro Machado de Melo Romano¹, Ludmila Mendonça Lopes Ribeiro²

RESUMO

Existe muita polêmica quando se trata de distinguir a conduta do uso de drogas da conduta do tráfico de drogas. Isso acontece, entre outras razões, porque a lei de drogas, que tem a incumbência de tipificar criminalmente essas condutas, não estabeleceu quantidade específica de entorpecente que diferencie as duas condutas, deixando para o agente responsável pela imputação da conduta ao acusado, o policial, a interpretação se a eventual droga apreendida, principalmente a partir de uma prisão em flagrante, se destina ao uso ou ao tráfico. Essa interpretação pode estar sendo enviesada por contextos historicamente enraizados de segregação da população desfavorecida e marginalizada, sendo possível que esteja produzindo como consequência um massivo encarceramento desnecessário de membros dessas camadas.

Palavras-chave: Uso de Drogas; Tráfico de Drogas; Lei de Drogas; Prisão em Flagrante; Criminologia Crítica; Prisão Preventiva.

ABSTRACT

There is much controversy when it comes to distinguishing between the conduct of drug use and the conduct of drug trafficking. This is due, among other reasons, to the fact that the drug law, which has the duty to criminalize such conduct, has not established a specific amount of narcotic that differentiates the two behaviors, leaving to the agent responsible for imputation of the conduct to the accused, the police officer, The interpretation whether any drug learned, especially from a flagrant arrest, is intended for use or trafficking. This interpretation may be biased by historically rooted contexts of segregation of the disadvantaged and marginalized population, and it is possible that it is producing as a consequence a massive unnecessary incarceration of members of these layers

Key words: Drug Use; Drug Trafficking; Drug Law; Flagrant Arrest; Critical Criminology; Pretrial Detention.

INTRODUÇÃO

É constante a preocupação acerca das prisões preventivas, as prisões que ocorrem durante o curso do processo, em que o acusado ainda não foi definitivamente condenado. Como esse tipo de prisão não necessita nem mesmo da instauração do processo para que se efetive, questões relacionadas aos direitos fundamentais do acusado sempre vêm à tona quando o assunto é abordado.

Papel importante nessa questão exercem as polícias. A prisão preventiva e outras prisões processuais, como a prisão temporária, podem ser aplicadas no curso

¹ Universidade Federal da Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Fafich, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² UFMG, Fafich, Departamento de Sociologia; Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública – Crisp. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Departamento de Sociologia da FAFICH/UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Pedro Machado de Melo Romano
E-mail: pedromelorumano@yahoo.com.br

dos inquéritos policiais. Embora não seja obrigatório para a persecução penal, o inquérito policial é uma prática consagrada de investigação, que abarca quase a totalidade dos crimes de ação penal pública, isto é, aqueles crimes cuja titularidade para a acusação é do Ministério Público. A questão que emerge nesse contexto é a da discricionariedade policial, pois para levar a cabo a chamada *notícia-crime*, modo pelo qual a autoridade policial tem ciência de um suposto comportamento ilícito, é fundamental o exercício desse poder discricionário por parte das polícias. Lima¹ discorre sobre isso ao ressaltar que no sistema do *civil law*, adotado pelo Brasil, em oposição à *common law*, adotada pelos Estados Unidos, acentua-se a diferença entre o sistema acusatório, observado por juízes e promotores no desenrolar da ação penal, e o sistema inquisitório, utilizado pelas polícias para a consecução de suas atividades de repressão ao crime.

Quando se relacionam as prisões provisórias à questão da repressão às drogas, notadamente na repressão ao tráfico de drogas, a questão ganha, por especificidades contidas nos dispositivos da própria lei, mais complexidade, gerando algumas inseguranças, principalmente quando do encarceramento provisório de acusados de cometerem as condutas relacionadas ao tráfico de drogas.

A PRISÃO EM FLAGRANTE

Tome-se como exemplo: alguém foi à delegacia e registrou o roubo de sua casa. A polícia deve investigar para verificar quem praticou essa ação. Porém, cabe aos policiais decidir como iniciar essa pesquisa e, muitas vezes, eles começam interpelando indivíduos que possuem a aparência de “bandido” (de acordo com as concepções policiais) em detrimento de um exame pericial, das digitais deixadas na casa. Isso ocorre em razão do poder discricionário das polícias e, muitas vezes, ele implica atribuições equivocadas de crimes a determinados indivíduos, bem como desrespeito dos direitos e garantias fundamentais.

Para entender esse processo, um bom exemplo é novamente o roubo à residência, mas com a chegada da polícia no momento em que o “criminoso” está praticando a ação delituosa. Esse sujeito será detido e encaminhado a uma delegacia de polícia, para a confecção de um documento chamado auto de prisão em flagrante delito (APFD), que por sua vez será encaminhado ao juiz. O juiz deverá examinar o crime e

o histórico de quem o praticou para decidir se esse indivíduo deve ser libertado ou se ele deve permanecer preso preventivamente. Deverá permanecer preso quando qualquer um dos requisitos do art. 312 do Código de Processo Penal estiver presente, ou seja, quando o acusado, com sua conduta, estiver ameaçando o andamento do processo penal, por exemplo, coagindo testemunhas, ou quando estiver ameaçando a aplicação da lei penal, caso, por exemplo, esteja planejando fugir ou caso sua liberdade represente ameaça à ordem pública. Nessas situações, a prisão em flagrante pode ser convertida em prisão preventiva.

A rigor, os crimes passíveis de investigação estão presentes no Código Penal e outras legislações esparsas. É o princípio da legalidade, *nullum crime sine lege*^a. Os tipos penais, condutas descritas de maneira geral e abstrata pela lei, devem se amoldar às condutas concretas, ao caso específico e concreto, a fim de se caracterizar o crime. Mas, para tanto, deve haver uma interpretação realizada pelas agências de repressão penal.

Conforme já mencionado, essa interpretação inicial, a primeira, que coloca a conduta e o seu autor, ou suposto autor, no mundo jurídico penal, é a interpretação que a polícia faz: primeiramente, a Polícia Militar, ao decidir se a conduta que um indivíduo está praticando é um crime e, em caso afirmativo, ao encaminhar o suposto criminoso para a Polícia Civil. Depois, a Polícia Civil reinterpreta essa situação ao lavrar o APFD de um indivíduo conduzido pela Polícia Militar ou instaurar o inquérito policial mediante portaria, para descobrir quem foi que praticou o crime reportado por uma vítima na delegacia de polícia.

Na Sociologia jurídica, costuma-se dizer que a lei em abstrato é muito diferente da lei concreta. Assim, pode-se dizer que, legalmente, todos os indivíduos são inocentes até que se prove o contrário, mas, na prática, quando se vê o policial algemando alguém, tende-se a rotulá-lo como bandido. Essa diferença entre a lei no papel e a lei “na vida como ela é” é importante para a compreensão de como ocorre a ação da polícia em nossa sociedade. A polícia está longe da norma, porque está inserida na realidade concreta, no mundo real em que condutas reais são cometidas. A abstração da norma, tão presente no mundo dos juristas, passa longe da realidade concreta que a polícia tem que enfrentar em suas atividades cotidianas. Por isso, no seu atuar cotidiano, a polícia desenvolve um *ethos* próprio que seja capaz de lidar

^a “*Nullum crime sine lege*”- Não há crime sem lei anterior que o defina.

com sua singularidade de estar tão próxima dos fatos que deverão adentrar no sistema penal.

QUESTÃO DO TRÁFICO DE DROGAS _____

A Lei de Drogas, Lei nº 11.343/2006, veio para substituir a antiga lei de drogas (Lei nº 6.368/76), que penalizava excessivamente o consumidor de substâncias ilícitas, quase como se ele fosse um traficante. Assim, a nova lei de drogas apresentou-se inicialmente como uma legislação que suavizava o tratamento jurídico penal ao “usuário” de drogas. O art. 28, que tipifica criminalmente essa conduta, sequer comina pena de prisão para o uso. Houve claramente uma despenalização dos “usuários” de droga em relação à legislação anterior.

Mas o mesmo não se pode dizer quanto às condutas relacionadas ao tráfico de drogas. São tipificadas principalmente pelo art. 33, que comina a pena mínima de cinco anos de reclusão, mantendo a pena máxima em 15 anos. Houve aumento da pena mínima de três para cinco anos em relação à legislação anterior. Portanto, na nova lei, os usuários são tratados de forma mais branda e os traficantes de forma mais rígida em comparação à velha lei.

A questão do tráfico tem trazido muitas polêmicas, principalmente porque a nova legislação não trouxe uma quantidade específica de substância entorpecente para a distinção entre uso e tráfico. Essa distinção fica sob a polêmica discricionariedade da autoridade policial que inicialmente apreende o suspeito e posteriormente sob a discricionariedade da autoridade judiciária que julgará o caso. Então, se um indivíduo porta 10 gramas de maconha e outro indivíduo porta 10 quilos, cabe ao policial decidir qual sujeito deve ser considerado traficante e qual deve ser considerado usuário. Ao contrário do senso comum, pode ser que o policial considere o sujeito com 10 quilos usuário e o que possuía 10 gramas se torna traficante. Não existe na lei uma regra que defina como o policial deve classificar esses dois casos dentro da normativa penal.

Somado a isso, existe uma inquestionável amplitude do principal tipo penal relacionado ao tráfico: o art. 33 tem em sua redação nada menos que 18 verbos^b. E muitos deles descrevem condutas que não estão diretamente relacionadas à mercancia da

substância ilícita, o que pode agravar a dúvida, se a conduta se amoldaria ao uso ou ao tráfico. Tome-se como exemplo os verbos “trazer consigo” e “ter em depósito”, ambos são condutas que poderiam perfeitamente estar destinadas ao uso e não ao tráfico.

Se a legislação nova, de 2006, suavizou na reprodução aos usuários, também deixou margens para que a distinção entre o uso e o tráfico se tornasse muito tênue. Notadamente quando apreendida pequena quantidade de droga com o acusado, poderia sua conduta ser enquadrada tanto a uma quanto a outra acusação. Com a redação dos dispositivos da Lei nº 11.343/2006, parece que ficou maximizada a já outra discricionariedade da autoridade policial na distinção entre o uso e o tráfico de drogas.

Quando essa realidade é transportada para a prisão em flagrante, a questão toma proporções maiores: isso porque, para o sistema, facilitou-se acentuadamente a aplicação de flagrantes quando relacionados às drogas e, o que é mais emblemático, facilitou-se a interpretação que atribui ao acusado a conduta do art. 33, relacionado ao tráfico, e não a do art. 28, relacionado ao uso. Pense-se, por exemplo, que a mãe de um usuário de drogas ou então sua esposa ou então um amigo guardem a seu pedido determinada quantidade de pedras de *crack*. Se um desafeto desse usuário, com intenção deliberada de prejudicá-lo, faz uma denúncia e a polícia, sob o pretexto de ocorrência do crime de tráfico de drogas em flagrante delito, adentre no imóvel e encontre a substância. Neste exemplo, a mãe, a esposa ou amigo podem ser detidos e o flagrante aplicado contra eles, pois o verbo “guardar”, presente no já mencionado tipo penal, pode tornar viável essa interpretação, mesmo que obviamente a mãe, a esposa ou o amigo do usuário não possuam qualquer outro indício de envolvimento no tráfico de drogas.

Uma vez inserido no sistema, principalmente sob o rótulo de flagrante, é possível que o acusado fique preso a esse título, e é bem possível que sua prisão em flagrante seja convertida em prisão preventiva, dada a repercussão social que o crime de tráfico de drogas tem na sociedade. E defesas relacionadas à pequena quantidade de droga encontrada com o suspeito podem ficar dificultadas, pois em sede de *habeas corpus* ou de pedido de liberdade provisória, o advogado de defesa não pode adentrar no mérito penal. Com isso, advogados de acusados presos em flagrante pouco podem fazer para libertar seus clientes, uma vez que é muito provável que juízes de primeira instância convertam a prisão em flagrante em

^b Os verbos contidos no art. 33 são: “importar”, “exportar”, “remeter”, “preparar”, “produzir”, “fabricar”, “adquirir”, “vender”, “expor à venda”, “oferecer”, “ter em depósito”, “transportar”, “trazer consigo”, “guardar”, “prescrever”, “ministrar”, “entregar a consumo” ou “fornecer drogas”.

prisão preventiva, sob a justificativa da manutenção da ordem pública, um dos requisitos do art. 312 do Código de Processo Penal.

Esse cenário pode favorecer o encarceramento de acusados apreendidos com pequenas quantidades de drogas, que adentraram no sistema por uma eventual interpretação polêmica da autoridade policial que lavrou a prisão em flagrante e do policial militar que apreendeu o suspeito com a droga.

Se isso de fato estiver acontecendo, é possível que um grande contingente de acusados esteja encarcerado por tráfico de drogas, quando na verdade esse contingente poderia estar em liberdade, já que são usuários de substâncias entorpecentes. A essa conclusão se chega ao perceber que se o acusado não possui antecedentes criminais e não houver indícios de participação em organização criminosa, pode fazer jus à causa de diminuição de pena do §4º do art. 33, que pode levar à pena, se eventualmente houver condenação, de um ano e oito meses de prisão. Com essa pena, mesmo depois de condenado, o acusado não cumpre a punição em cárcere, em regime fechado, pois pode ter sua pena privativa de liberdade substituída por restritiva de direitos.

CRIMINOLOGIA

Diante desse cenário descrito, indagações relacionadas ao Direito Penal são insuficientes na explicação dessa possível distorção. Uma visão científica alternativa faz-se necessária. A criminologia, em suas vertentes de conflito, como o *labeling approach* e a criminologia crítica, pode lançar luz sobre essa realidade. O *labeling approach*, ou teoria dos rótulos, foi responsável por criar uma grande cisão dentro da criminologia: o paradigma da defesa social, nos dizeres de Baratta², deu lugar ao paradigma da reação social, em que o próprio conceito de crime foi revisto. Esse grande giro epistemológico ocorre em torno, principalmente, da desvinculação do caráter ontológico do crime, sendo que o que constituiria o crime, sob a nova visão, seria a definição, não a conduta em si mesma. Esse deslocamento retira o enfoque criminológico do criminoso para se concentrar nos processos de criminalização. É, sob seus cânones, a própria criminalização, a definição que rotula a conduta como criminosa, que constituiria o crime, a criminalização seria constitutiva do crime, sem ela a conduta desviante perderia seu elemento principal.

A teoria do *labeling approach* teve como principais influências o interacionismo simbólico e a etnometodologia. O interacionismo simbólico, desenvolvido inicialmente por Mead³, embora a expressão tenha sido cunhada por Blumer, representou uma nova visão da Sociologia⁴. A oposição sociológica tradicional entre indivíduo e sociedade dá lugar a um novo componente, que é colocado em ênfase: a interação. Sob essa perspectiva, é nos processos interativos que os símbolos, os signos, responsáveis pelo processo de comunicação entre pessoas, são criados e, a partir daí, as definições são realizadas. O que interessa para o interacionismo simbólico é a realidade concreta de determinado contexto social, não regras metafísicas constituídas *a priori*. O *labeling approach* toma emprestada essa visão ao abordar o processo de rotulação e mudanças de identidade social ocasionadas pela acusação de determinado indivíduo. A criminalização seria construída socialmente e a conduta desviante e seu autor ganhariam o rótulo em sociedade, a partir dos processos interativos.

Para entender melhor essa perspectiva, é preciso pensar no sujeito que pratica milhares de crimes, mas ninguém sabe desse comportamento. Esse indivíduo, na perspectiva de Becker⁵, é um desviante oculto. Ele jamais será indicado como um criminoso, porque ninguém interagiu com esse indivíduo no momento em que ele praticava um crime. Porém, quando o policial vê um adolescente roubando a bolsa de uma senhora, ele prontamente diz que o garoto é um criminoso, adicionando esse rótulo à identidade de tal indivíduo. Então, na perspectiva do *labeling approach*, o crime é o resultado de um processo de interação entre quem comete um delito e quem possui a autoridade (polícia) para dizer que essa ação desviante é um crime. Paixão⁶ ressalta que foi uma teoria de caráter microsociológico a teoria dos rótulos, sinônimo da teoria do *labeling approach*, que mudou a visão tradicional da criminologia, anteriormente acostumada a correlacionar pobreza e criminalidade. Segundo Paixão, essa correlação foi se diluindo com o tempo e foi desvelada majoritariamente pela teoria dos rótulos.

A etnometodologia desenvolvida por Garfinkel⁷ propõe uma visão sociológica oposta à visão desenvolvida pelos sistemas parsonianos. A sociologia de Parsons⁸, de caráter objetivista, racional, que defende a ação social como um reflexo dos valores normativos do sistema, dá lugar à visão sociológica que valoriza o senso comum como principal fonte de construção de

valores. Por isso, a etnometodologia se opõe à visão parsoniana, que defendia a existência apriorística de um sistema valorativo, que teria como função normatizar o comportamento das pessoas em sociedade. Na visão parsoniana, os indivíduos simplesmente “receberiam” essa ordem normativa do sistema e suas ações seriam construídas somente para reproduzir essa funcionalidade do mesmo. A visão de Garfinkel⁷ inverte esse fluxo, ao defender que o conhecimento se produz a partir do senso comum, da realidade do âmbito em questão. E não seria o resultado de um sistema valorativo construído de maneira apriorística, como no funcionalismo parsoniano, mas sim da construção dos indivíduos na realidade prática, que agiriam de modo reflexivo, construindo a partir dessa realidade concreta as normas de conduta que se fixariam depois desse processo, e não antes.

A etnometodologia enfatiza o agir sociológico que valoriza o trabalho de campo, pois defende que é no próprio campo que os símbolos são construídos, os símbolos definidores da realidade de determinado contexto sociológico. A teoria do *labeling approach* toma de empréstimo essa visão, pois refuta o caráter normativo da tipificação criminal para destacar o processo de definição, o que importa não é a conduta em si, mas como ela é definida. Ou seja, não interessa quem praticou ou não um crime, mas interessa quem o policial interpretou e classificou como criminoso.

No caso das drogas, diante do cenário de indefinição normativa já exposto, a visão dogmática perde ainda mais força, porque diante de uma linha tão tênue que separa o uso do tráfico, a atividade interpretativa das autoridades componentes das agências de repressão penal parece ser cada vez mais decisiva na classificação de usuários e traficantes⁸.

Por fim, a criminologia crítica aparece nesse cenário de deslocamento do paradigma da defesa social para o paradigma da reação social, mas acrescenta ao arcabouço teórico do *labeling* a questão política. A criminologia crítica aproveita a visão do *labeling approach*, mas expande, transforma o seu caráter microssociológico, o expande para uma visão macrossociológica, acrescentando também uma visão política: a seletividade penal.

Na visão da criminologia crítica, o sistema penal seria um reproduzidor das desigualdades existentes na sociedade, funcionando para recrutar sua clientela entre os setores desfavorecidos e marginalizados da sociedade. Sua principal função seria preservar o *status quo* vigente. Dessa forma, a etnometodologia ser-

viria para desvelar as máscaras, descortinar os mecanismos de controle social que, muitas vezes, operam para preservar as estruturas de dominação, seja por uma visão marxista respaldada na supremacia do capital ou em outras visões respaldadas na genealogia poder, sob uma perspectiva foucaultiana².

Em relação à questão trabalhada neste artigo, das drogas, a perspectiva da criminologia crítica viria a respaldar a visão de que estariam sendo encarcerados traficantes componentes das classes sociais desfavorecidas, já que a polícia interage prioritariamente com esses sujeitos. Afinal, é muito mais fácil entrar em uma casa na favela sem mandado judicial do que em um apartamento da área nobre da cidade. Ao focar a sua ação nos indivíduos mais pobres, a polícia levaria para a prisão aqueles que não podem desfrutar as imunidades garantidas pelo *habeas corpus*, por exemplo. A verdadeira função desse encarceramento massivo não seria aquela contida na norma violada, mas estaria oculta e refletiria a necessidade de controle social da população economicamente desfavorecida e marginalizada.

CONCLUSÃO

O quadro apresentado mostra uma possibilidade que ronda o espectro do sistema de prisões provisórias: a possibilidade de estar encarcerando usuários ou, então, no mínimo, pequenos traficantes, desarmados, sem antecedentes criminais, sem indícios de participação em organização criminosa, que possuem irrelevante periculosidade. É possível que as prisões provisórias, notadamente a prisão em flagrante e a prisão preventiva, estejam sendo utilizadas para recrutar esse contingente. Para ilustrar essa possível realidade, faz-se necessário sair do mundo da dogmática e adentrar na criminologia. Papel importante seria o das teorias do *labeling approach* e da criminologia crítica. Só a partir dessa visão criminológica seriam possíveis conjecturas a respeito de tal realidade, como também seria ilustrativa a utilização do sistema de justiça penal sob a ótica de seus objetivos reais que levem em conta suas práticas e não somente seu arcabouço teórico.

REFERÊNCIAS

1. Lima RK. Ensaios de antropologia e de direito. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008.

2. Baratta A. Criminologia crítica e crítica do direito penal: introdução à sociologia do direito penal. 6ª ed. Rio de Janeiro: Revann; 2011.
 3. Mead GH. Mind, self e society. Chicago: University Press; 1962.
 4. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall; 1969.
 5. Becker O. Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.
 6. Paixão AL. Crime, controle social e consolidação democrática: as metáforas da cidadania. In: Reis FW, O'donnell G, organizadores. A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas. São Paulo: Vértice; 1985. p.168-99.
 7. Garfinkel H. Studies in ethnomethodology. Cambridge: Polity; 1984.
 8. Domingues JM. Teorias sociológicas no século XX. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2004.
-

Há múltiplas faces na violência por parceiro íntimo

There are multiple faces in intimate partner violence

Alexandro Martins Moreira¹, Paulo Roberto Ceccarelli¹

RESUMO

A violência por parceiro íntimo (VPI) é um termo que permite inferir que há múltiplas faces no fenômeno da violência compreendida nas relações de intimidade, podendo abranger tanto as relações hetero como as homossexuais. Além disso, amplia o olhar para as várias formas de se relacionar intimamente sem restrições de sexo, rompendo também com a dicotomia agressor/vítima/homem/mulher. Entretanto, entende-se, sobretudo quanto às relações homoafetivas, que ainda há uma invisibilidade do fenômeno e nesse sentido este artigo busca propiciar uma reflexão sobre esse aspecto.

Palavras-chave: Violência; Violência Por Parceiro Íntimo; Homossexualidade.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Intimate Partner Violence (IPV) is a term that allows us to infer that there are multiple faces in the phenomenon of violence comprised in intimate relationships that can include both heterosexual and homosexual relationships. In addition, it widens the look at the various ways of being intimately related without relationship or gender constraints, also breaking with the aggressor / victim / man / woman dichotomy. However, it is understood, especially in regard to homoaffective relations, that there is still an invisibility of the phenomenon and in this sense this article will seek to provide a reflection on this aspect.

Key words: Violence; Intimate Partner Violence; Homosexuality.

INTRODUÇÃO

O termo *violência por parceiro íntimo* (VPI) refere-se a “todo e qualquer comportamento de violência cometido tanto na unidade doméstica, como em qualquer relação íntima de afeto, independentemente de coabitação. E compreende as violências física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e o comportamento controlador.”¹⁻³ Cezario *et al.*⁴ referem que essa terminologia tem como objetivo apresentar a violência como resultado da dinâmica que sustenta relação entre parceiros íntimos, hetero ou homossexual, e não somente a visão de agressor vítima, homem/mulher. Nesse sentido, indicam a necessidade de abordar o tema de forma mais ampla sem restrições de relacionamentos ou de sexo.

A OMS⁵, no Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, dedica um capítulo inteiro denominado “Violência Perpetrada Por Parceiro Íntimo”. E mesmo que ela possa ocorrer do homem contra a mulher, da mulher contra o homem e, igualmente, em casais do mesmo sexo, há um foco na violência praticada por homens contra as

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Alexandro Martins Moreira
E-mail: ammpsic@yahoo.com.br

suas parceiras, com recorte para a violência de gênero. Entretanto, acredita-se não ser assertivo restringir o olhar e os estudos apenas para as relações heterossexuais e/ou mesmo para a dicotomia homem perpetrador *versus* mulher vítima. Ainda que o relatório mostre que “às vezes” também há violência em relacionamentos com parceiros do mesmo sexo, Cezario *et al.*⁴ mostram que a *violência por parceiros íntimos* em casais homoafetivos tem sido tema de interesse de alguns pesquisadores, sobretudo em função de novas configurações sociais e familiares.

Assim, justifica-se este estudo por entender que a temática necessita de mais discussões e teorizações. Acredita-se que o mesmo poderá contribuir para a construção de novos olhares acerca do fenômeno e avanços no enfrentamento e atenção a esse tipo de violência.

DESENVOLVIMENTO

O Termo *Violência Por Parceiro Íntimo* (VPI) nos permite inferir que há múltiplas faces da violência nas relações de intimidade, tanto na forma como ela pode ocorrer, quanto na dinâmica de quem a perpetra e de quem a sofre. Porém, acredita-se também que o fenômeno pode estar contido em distintas nomeações ou conceitos. Alguns destes conceitos são entendidos como sinônimos. Entretanto, podem guardar diferenças importantes; compreender estas diferenças permite delimitar melhor a *Violência Por Parceiro Íntimo* (VPI). Além disso, estas distintas nomeações ou conceitos guardam evidências que nem sempre irão clarificar a real magnitude deste tipo de violência. Dentre estes conceitos ou nomeações destacam-se, por exemplo, a violência doméstica, a violência de gênero ou violência contra a mulher, a violência intrafamiliar e a violência conjugal.

De acordo com o Ministério da Saúde⁶ a violência doméstica é um termo muito utilizado para descrever situações de violência intrafamiliar, dentro do espaço doméstico. Ela se distingue da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregado (as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados. Assim como a violência intrafamiliar ela também se relaciona ao sexo e ao ciclo de vida podendo acontecer contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência.

A violência de gênero refere-se àquela motivada por questões e relações de poder entre os sexos. Des-

sa forma, ela é quase um sinônimo de violência contra a mulher, pois são as mulheres as maiores vítimas da violência e os homens seus maiores perpetradores. Porém, o conceito de violência de gênero deve ser entendido de forma mais ampla, pois não abrange apenas mulheres, podendo atingir também crianças e adolescentes e homens.⁷ Pode-se dizer, que a violência contra a mulher é uma das principais formas da violência de gênero, e este fato, atrelado aos avanços feministas faz com que este seja um dos principais conceitos utilizados para se tratar da violência entre parceiro íntimo.

A violência intrafamiliar, de acordo com Ministério da Saúde⁶ pode ser entendida como aquele tipo de violência entre os membros de uma família (independente do ciclo de vida e considerando também pessoas que passam a incluir a função parental), podendo ocorrer dentro ou fora de casa. Ela não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também nas relações em que se constrói e efetua.

Já a violência conjugal pode ser entendida como aquela que acontece nos laços de conjugalidade, fortemente marcada pelos laços de matrimônio ou união estável. A princípio, sobretudo em relação aos conceitos anteriores, o conceito de violência conjugal pode ser entendido como aquele que mais se aproxima do fenômeno, porém, deve-se ter críticas, pois o mesmo pode desconsiderar as parcerias afetivas que não se enquadram na formalidade matrimonial ou de união estável. Por exemplo, a violência em um casal de namorados ou de um casal homoafetivo que não tenha formalizado sua união não poderia ser entendida como uma violência conjugal.

Autores como Macedo⁸, Lindner⁹, Cortez, Souza e Queiroz¹⁰, Zaleski¹¹, Anacleto¹² e Schraiber¹³, tratando da *violência por parceiro íntimo*, dão destaque ao homem como perpetrador e à mulher como vítima, mesmo que alguns apresentem evidências de que homens também sofrem esse tipo de violência. Pressupõe-se que tal destaque seja dado em função da relevância e evidências já sistematizadas sobre o tema. No Brasil, por exemplo, “O Mapa da Violência 2015: Homicídios de Mulheres no Brasil”, sobre a percentagem de atendimentos a mulheres pelo SUS, segundo agressor e etapa do ciclo de vida em 2014, revela:

Para as adolescentes, de 12 a 17 anos de idade, o peso das agressões divide-se entre os pais (26,5%) e os parceiros ou ex-parceiros (23,2%). Para as jovens e as adultas, de 18 a 59 anos de idade, o agressor principal é o parceiro ou ex-parceiro, concentrando a metade de todos

os casos registrados. No conjunto de todas as faixas, vemos que prepondera largamente a violência doméstica. Parentes imediatos ou parceiros e ex-parceiros são responsáveis por 67,2% do total de atendimentos. ^{14:48}

Porém, como já mencionado, deve-se entender a violência nas relações de intimidade para além das relações heterossexuais, sobretudo na dicotomia homem agressor *versus* mulher agredida, mesmo porque também há mulheres agressoras e homens agredidos. Além disso, há outros modelos e arranjos de relações íntimas e familiares (homoafetivas masculinas e femininas) e pode haver também, nesses modelos, experiências de violências.

É importante destacar que, de forma geral, na violência por parceiro íntimo, independentemente do modelo/arranjo de casal, é muito comum uma invisibilidade do fenômeno marcada por receios pessoais, vergonha, medo, culpa, isolamento, sentimentos de insegurança ou, talvez, por achar que esse modo de se relacionar é o modo correto. Terra, D'Oliveira e Scheraiber,¹⁵ em estudo recente objetivando compreender, pela vulnerabilidade, como os sentimentos de medo e vergonha associados às situações de violência impactam nas possibilidades de superação da violência doméstica de sexo, ressaltam que:

A análise dos depoimentos a partir do conceito da vulnerabilidade mostrou que o medo e a vergonha aparecem como importantes barreiras para a busca por ajuda. Para a redução da vulnerabilidade programática, esses sentimentos devem ser reconhecidos e interpretados pelos profissionais dos serviços da rede de enfrentamento à violência a partir de seu contexto e sua construção sociocultural. ^{15:121}

Neste artigo, provoca-se uma reflexão, sobretudo nas relações homoafetivas, entendendo, inclusive, que entre os *gays* há uma invisibilidade maior do fenômeno, tendo em vista que as lésbicas se enquadram no mecanismo de proteção da Lei Maria da Penha e/ou mesmo podem ser atendidas em Delegacias Especializadas em Violência Contra a Mulher.

Há de se considerar, também, que no caso do VIP entre homossexuais masculinos, o imaginário masculino constrói “homens” os quais, pautados em posições machistas respaldadas pelo falocentrismo, reproduzem formas de dominação.¹⁶ A invisibilidade à qual nos referimos está no registro de ausências de políticas públicas de proteção e cuidado e nas ex-

pressões de discriminação e preconceito. Além disso, há poucas produções técnico-científicas sobre o fenômeno. Ao se comparar os estudos da violência nos relacionamentos heterossexuais com as pesquisas em relacionamentos homoafetivos, depara-se com um número bem menor de produções acerca da VPI em parceiros do mesmo sexo, seja nas relações femininas ou nas masculinas.

Para Mello:

Numa perspectiva sociológica, pode-se dizer que as relações amorosas estáveis entre homossexuais começam a ser vistas como uma das modalidades de família que passa a ganhar visibilidade social no final do século XX, com o casal conjugal sendo concebido menos como grupo organizado e hierarquizado, destinado à reprodução biológica, e mais como espaço de exercício de amor e de cooperação mútua, consagrado à reprodução social. ^{17:224}

Para Luz e Gonçalves:

As novas configurações familiares exigem levar em conta as famílias homoafetivas, inclusive do ponto de vista das diversas formas de violência que as atravessam. Numa linha de análise ecológica, e levando em conta outras questões que afetam a realidade desses casais – como o preconceito –, o fenômeno da violência se apresentaria com características próprias, ou seja, seria ele próprio diferenciado. ^{18:81}

Entendendo, segundo Luz e Gonçalves¹⁸, que o fenômeno da violência por parceiro íntimo seria ele próprio diferenciado nas relações homoafetivas, pode-se inferir que há uma invisibilidade muito maior desse tipo de violência entre esses casais.

Apesar de avanços no que diz respeito à garantia de direitos dos mesmos, como a possibilidade de contrato de união estável entre pessoas do mesmo sexo, ainda há muitos casais que preferem viver suas relações no anonimato em função de pressões familiares, sociais e profissionais.

Autores como Costa, Machado e Antunes¹⁹ abordam uma invisibilidade do fenômeno da violência nas relações homossexuais, marcadamente por vivermos ainda em uma sociedade heteronormativa. Além disso, ressaltam que há uma série de pressões sociais que ainda recaem sobre o tema. Revelam, a partir de estudo que teve como finalidade estudar

a prevalência da violência nos relacionamentos homossexuais, que a mesma apresenta valores tendencialmente mais elevados do que a prevalência desse fenômeno em díades heterossexuais.

Talvez seja precipitado inferir, mas entende-se que sustentar um relacionamento homoafetivo em uma sociedade ainda heteronormativa, onde muitas vezes alguns casais o vivenciam em uma clandestinidade, isolados da convivência familiar e social, sem poder expressar afetos no âmbito público, atravessados por uma série de questões sociais, emocionais e culturais que é próprio das expressões da homoafetividade, possa ser um ou mais um registro de como a violência pode vir a ser uma expressão resultante desses fatores ou, se não o for, de como possivelmente pode dificultar lidar com ela quando presente na relação.

CONCLUSÃO

A necessidade de maiores estudos sobre o fenômeno da *violência por parceiro íntimo*, para além do recorte das relações heterossexuais e da díade homem agressor e mulher vítima, necessita ser pesquisada e estudada de maneira mais aprofundada. De fato, as novas configurações sociais e familiares exigem a ampliação do olhar para o fenômeno, considerando que há múltiplas formas de se relacionar afetiva e intimamente.

Como afirmado no título deste artigo, há múltiplas faces na *violência por parceiro íntimo* e entende-se que essas faces irão dizer de lados, de possibilidades e de rostos, que ainda são estigmatizados e/ou mesmo invisibilizados.

Estudar essas possibilidades, trazer visibilidade a esses múltiplos rostos, a essas múltiplas faces é dar um passo importante para o entendimento do fenômeno nas relações íntimas. Além disso, permite propor avanços para a criação de processos de responsabilização, cuidado e assistência, prevenção e promoção de saúde e o exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Antunes R, Machado C. Dupla invisibilidade: a violência nas relações homossexuais. *Psychol.* 2005;39:167-87.
2. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 11.340/2006, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília: MS; 2006.
3. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2002.
4. Cezario ACF, Fonseca DS, Lopes NC, Lourenço LM. Violência entre parceiros íntimos: uma comparação dos índices em relacionamentos hetero e homossexuais. *Temas Psicol.* 2015;23(3):565-75.
5. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Genova: Organização Mundial da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde (BR). Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Cad Atenção Básica nº 8 série A, Normas e Manuais Técnicos nº 131. Brasília: MS; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
8. Macedo E. Violência entre parceiros íntimos (VPI): problema e sintoma no panorama das violências sobre as mulheres. *Ex Aequo.* 2015;31:29-44.
9. Lindner SR, Coelho EBS, Bolsoni CC, Rojas PF, Boing AF. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2015;31(4):815-26.
10. Cortez MB, Souza L, Queiroz SS. Violência entre parceiros íntimos: uma análise relacional. *Rev Psicol Política.* 2010;10(20):227-43.
11. Zaleski M, Pinsky I, Laranjeira R, Ramisetty-Mikler S, Caetano R. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(1):53-9.
12. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(4):800-8.
13. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):797-807.
14. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO; 2015.
15. Terra MF, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. *Athena Digital.* 2015;15(3):109-25.
16. Mello L. Outras famílias: a construção social da conjugalidade homossexual no Brasil. *Cadernos Pagu.* 2005;24:197-225.
17. Luz RR, Gonçalves HS. Violência doméstica entre casais homossexuais: a violência invisível. *Rev Bagoas.* 2014;8(11):79-99.
18. Costa L, Machado C, Antunes R. Violência nas relações homossexuais: a face oculta da agressão na intimidade. Braga: Universidade do Minho, Escola de Psicologia; 2006.

Infertilidade: causa ou consequência da violência?

Infertility: cause or consequence of violence?

Cybelle Maria de Vasconcelos Costa¹, Rubens Lene Carvalho Tavares², Elza Machado de Melo¹, Victor Hugo Melo¹

RESUMO

Introdução: A infertilidade acomete entre 8 a 12% dos casais da população mundial e nos países pobres atinge até 30%. É mais conhecida a associação entre infertilidade secundária e doenças sexualmente transmissíveis (DST) que são mais frequentes em vítimas de violência sexual. Por outro lado, mulheres inférteis são frequentemente discriminadas como as únicas responsáveis pela infertilidade do casal e sofrem consequências e dentre elas violência. **Objetivo:** discutir a relação entre infertilidade e violência, a partir da revisão da literatura. **Método:** Foi realizada pesquisa na base de dados NCBI (Pubmed e Lilacs), Web Science (Pubmed) e Portal Capes entre 2011 e 2016 e alguns artigos importantes para o tema. **Resultado:** Foram selecionados 22 artigos e destes 20 relataram a infertilidade como causa da violência. **Conclusão:** A violência sexual tem relação com a infertilidade feminina, e começam a surgir evidências de que a infertilidade também seja causa de violência mas são necessários mais estudos, com melhor qualidade metodológica, para confirmar essas emergentes evidências.

Palavras-chave: *Infertilidade; Infertilidade Feminina; Infertilidade Masculina; Violência; Violência Doméstica; Violência por Parceiro Íntimo.*

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Infertility affects couples from 8 to 12% of the world's population and in poor countries it can reach up to 30%. Sexually transmitted diseases (STD) are more frequent in sexual violence victims and its association to secondary infertility is better known. Infertile women are often discriminated as the sole responsible for the couple's infertility and, as a consequence, suffer violence. **Objective:** discuss the connection between infertility and violence based on the literature review. **Methods:** A literature search was conducted in the databases from NCBI (Pubmed and Lilacs), Web Science (Pubmed) and Capes Portal published from 2011 to 2016 and in other important articles previously published. **Results:** Twenty two articles were selected and, among them, 20 reported infertility as a cause of violence. **Conclusion:** Sexual violence is related to female infertility and evidences arise suggesting that infertility is also a cause of violence against women. However, more studies are necessary, with better methodological quality, to confirm these emerging evidences.

Keywords: *Infertility; Infertility, Female; Infertility, Male; Violence; Domestic Violence; Intimate Partner Violence.*

INTRODUÇÃO

A infertilidade acomete entre 8 a 12% dos casais da população mundial.¹⁻³ Nos Países pobres atinge até 30%.² No Brasil não temos a estimativa exata⁴ Não existe um

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Cybelle Maria de Vasconcelos Costa
E-mail: mariadevasconceloscostacybelle@gmail.com

conceito universal mas é considerado infértil o casal que não consegue engravidar após doze meses de intercurso sexual regular sem proteção.^{5,6}

A infertilidade pode ser classificada como primária ou secundária. A infertilidade primária ocorre quando o casal nunca teve filhos e pode estar relacionada a problemas genéticos, endocrinológicos e imunológicos, é estimada em 5% dos casais. A infertilidade secundária, quando ocorre em casais que já tiveram filhos, frequentemente pode estar associada a infecções sexualmente transmitidas, exposição a substâncias tóxicas, práticas socioculturais, casamento entre parentes e mutilação genital.²

A secundária, facilmente prevenível, é o tipo mais frequente em países pobres principalmente no continente africano. Em Ruanda, a história de violência sexual e de infecções geradas por ela, tais como o herpes vírus simplex tipo 2 (HSV-2) e o HIV, além de outras, são importantes preditores da infertilidade feminina;⁷ Outros dois patógenos, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, são a principal causa de doença inflamatória pélvica em mulheres e de oclusão de tubas uterinas; nos homens, o HIV e a infecção por HSV-2 representam os fatores mais frequentes de infertilidade masculina.⁷ Os fatores masculinos e femininos têm sido implicados na etiologia da infertilidade respectivamente cerca de 30% a 40% por cada grupo e o restante (30%) pela interação entre eles.¹

Entretanto, as mulheres são frequentemente discriminadas como as únicas responsáveis pela infertilidade do casal e sofrem consequências por meio da privação econômica, social e emocional. De fato a infertilidade é uma importante causa de discórdia conjugal e divórcio.^{3,8} Ela é apontada como sendo ameaçadora, estressante, de alto custo, associada a baixa qualidade de vida, e a distúrbios psiquiátricos tais como depressão, ansiedade, culpa, ideação suicida.^{3,9,10} A infertilidade pode, ainda, provocar a perda da estabilidade conjugal, do status social, do seguro social e isolamento; problemas com a identidade de gênero, perda da linha de continuidade familiar e alterações emocionais.^{6,11-14}

A violência contra a mulher afeta milhões de mulheres em todo o mundo em todas as raças, culturas, classes socioeconômicas e educacionais e é definida como qualquer ação baseada no gênero que resulte em danos e sofrimento físico, sexual, psicológico-incluindo ameaças, coerção, privação da liberdade –, e pode ocorrer tanto na vida pública quanto na privada.¹ A Organização Mundial de Saúde (WHO) estima

que uma em cada 5 mulheres sofre violência em sua vida. Duas formas de violência contra a mulher são mais frequentes: a provocada por parceiro íntimo e a violência doméstica.¹⁵ Esta última, é definida como sendo qualquer comportamento ou atitude violenta de outra pessoa no seio da família, estando incluídos os danos físicos, mentais, sociais, econômicos e/ou sexuais.¹³ A violência por parceiro íntimo é a mais comum e acomete, segundo estimativa global, até 30% das mulheres; em algumas regiões até 38% das que têm um parceiro, sofreram algum tipo de violência.^{15,16}

A prevalência de violência por parceiro íntimo em mulheres com infertilidade feminina é bastante variada, tendo sido relatada como sendo de 1,8% em Hong Kong¹⁷, 33,6% na Turquia¹⁸, 41,6% na Nigéria e 61% no Irã³. Embora a violência interpessoal afete homens e mulheres, o padrão é diferente: entre os homens, a lesão ou morte geralmente ocorre no contexto de violência de gangues ou de rua, enquanto entre mulheres o principal risco de morrer está nas mãos do parceiro íntimo.¹⁹ Nestas situações, até 38% dos assassinatos são cometidos pelo parceiro íntimo.¹⁵ A vulnerabilidade da mulher à violência doméstica é duas vezes maior nas mulheres inférteis.¹⁸

O objetivo deste artigo foi discutir a relação entre infertilidade e violência, a partir da revisão da literatura. Foi realizada pesquisa na base de dados NCBI (Pubmed e Lilacs), Web Science (Pubmed) e Portal Capes, usando os descritores *violence* e *infertility* e as palavras-chave: *domestic violence*; *intimate partner violence*; *ethic violence*; *physical abuse*; *exposure to violence*; *sex offenses*; *female infertility*; *male infertility*. Foram selecionados 22 artigos, detalhados no Quadro 1 (vide no final do texto – revisão da literatura e sua descrição).

DISCUSSÃO

É mais conhecida a associação entre infertilidade secundária e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Não há dúvidas a respeito do aumento de incidência de DST em mulheres vítimas de violência sexual, e as DST podem ser responsáveis pela obstrução tubária, causando, assim, infertilidade^{7,20} além de outras consequências como dor pélvica, sendo portanto, uma das consequências da violência. Uma investigação multicêntrica observou que a maioria dos casos de infertilidade em casais africanos são induzidas por infecção genital e, portanto, possivelmente evitáveis.²⁰

No entanto nos 22 artigos selecionados para fazer esta revisão, 20 relataram a infertilidade como uma das possíveis causas da violência.^{1-3,5-8,10-14,16-24}

É importante ter em mente que a definição de infertilidade varia entre as culturas e que a definição biomédica pode não captar a variação cultural. A noção de infertilidade é construída sobre percepções socioculturais, particularmente, e sobre percepções respeito do valor da paternidade como um papel social.² Uma influência sociocultural primária nas noções de infertilidade é o gênero. Na maior parte do mundo, a identidade primária das mulheres é ser esposa e mãe e elas são em grande parte responsáveis para a procriação, enquanto a identidade primária dos homens é a de um provedor e protetor.²

A maioria dos artigos desta revisão envolveu indivíduos de uma sociedade considerada patriarcal, onde os homens são considerados seres superiores e têm posição dominante, poder e autoridade e são considerados confiáveis. As mulheres, por outro lado, são entendidas como seres inferiores, principalmente por causa de sua suposta instabilidade física e emocional. Esta ordem de gênero é apresentada como divina e natural.² Um marco importante na vida de uma mulher depois do casamento é a maternidade e é esperado que ela tenha pelo menos um filho para continuar a patrilineia, ou seja, a linhagem paterna. O nascimento do filho, de preferência no primeiro ano após o casamento, é considerado essencial para provar a fecundidade de uma mulher, dar herdeiro à família e garantir a sua posição dentro do lar conjugal e dentro da sociedade. Faltam então resultados de pesquisas realizadas em países de cultura não patriarcal para que se possa fazer as devidas comparações, e análises. Um estudo¹⁷ vem de uma sociedade que não é a favor da natalidade (Hong Kong), e foi en-

contrada a prevalência de violência por parceiro íntimo em mulheres com infertilidade feminina de 1,8%, que é o menor índice relatado entre os vários países citados. Este resultado seria o esperado pois, onde se tem controle de natalidade, como, por exemplo, na China, a infertilidade poderia ser vista como aliada no cumprimento das normas sociais e não haveria pressão da sociedade sobre a família que a apresenta. Tal situação não representa, entretanto, ausência de violência, pois as mulheres inférteis que querem engravidar, e não podem devido ao sistema sócio cultural imposto, poderiam estar sofrendo violência.

Outro aspecto a considerar é que a maioria dos artigos selecionados são estudos transversais, e não permitem estabelecer relação denexo causal. Apesar de muitos eles indicarem associação significativa, é necessário que pesquisas futuras se concentrem em estudos longitudinais, com metodologia rigorosa, e com grupos de estudo e controle devidamente selecionados.¹⁹ Os estudos com desenho prospectivo são mais adequados para estabelecer a relação causal entre a infertilidade/ subfertilidade e início da violência por parceiro íntimo.¹⁹

CONCLUSÃO

A violência sexual tem relação com a infertilidade feminina, e começam a surgir evidências de que a infertilidade também seja causa de violência em alguns países. São necessários mais estudos, com melhor qualidade metodológica, para confirmar essas emergentes evidências. Entretanto, a partir da presente revisão da literatura já se pode levantar a hipótese de que há um possível ciclo vicioso: a violência causa infertilidade e, esta, causa a violência.

Tabela 1 - Revisão da Literatura: artigos selecionados e sua descrição

Autor	Ano	Local	Tipo de Trabalho	Amostra	Principais Contribuições	Referências Bibliográficas
1-Orji <i>et al</i>	2002	Nigéria-Mozambique	Estudo prospectivo	236 mulheres com infertilidade secundária	impacto da infertilidade na relação conjugal, 79,9% são professoras e 38,9% divorciaram devido infertilidade por: 1-abuso do marido(78%); 2- segunda ou terceira mulher do marido(54%) ; 3-acusações de serem bruxas(39,1%).	Orji EO, Kuti O, Fasubaa OB. Impact of infertility on marital life in Nigeria. Inter J Gynaecol.2002;79(1):61-2
2-Leung <i>et al</i>	2003	China-Hong Kong	Entrevistas: questionários Screening de abuso e de qualidade de vida da OMS (Hong Kong)	500 mulheres inférteis sem história de abuso; teve grupo controle.	primeiro estudo a avaliar o problema da violência por parceiro íntimo em mulheres inférteis: a prevalência de violência por parceiro íntimo foi de 1,8%. Tipos: 1- emocional em 55,6%, 2-físico em 33,3% e em 11,1% as duas formas.	T.W. Leung, E.H.Y. Ng, W.C. Leung, P.C. Ho. Intimate partner violence among infertile women. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2003; 83(3):323-4
3-Dyer <i>et al</i>	2005	África do sul-Cidade do Cabo	Estudo transversal -Entrevistas usando <i>check list</i> de sintoma (SCL-90R)	120 mulheres inférteis e grupo controle de 120 férteis	Introdução da ferramenta (SCL-90) para análise quantitativa para a prevalência de abuso em países em desenvolvimento: mulheres sem filhos tem altos níveis de stress psicológico e as com relações abusivas tem alto risco.	S.J.Dyer1 e al. Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. Human Reproduction 2005;20(7):1938-43
4-McCloskey <i>et al</i>	2005	Tanzânia, Moshi	Estudo qualitativo por aglomerado	1444 mulheres em domicílio	a prevalência de violência por parceiro íntimo de em 21% sendo maior nas inférteis, com mais de 5 filhos ,marido com outro parceiro e em mulher com baixo nível educacional	McCloskey LA, Williams C, Larsen. U Gender Inequality and Intimate Partner Violence Among Women in Moshi, Tanzania International Family Planning Perspectives, 2005, 31(3):124-130
5-Sami <i>et al</i>	2006	Karachi Paquistão	série de casos descritivo	400 mulheres com infertilidade secundária	consequências sociais : em 68% teve discordância de casal: ameaças de divórcio (20%); novo casamento do marido (38%); ser devolvida para a casa dos pais (26%); abuso físico e verbal pelos por maridos (10,5% Je sogros (16,3%);70% das mulheres que sofrem abuso físico e 60% de abuso verbal apresentaram estresse mental grave.	Sami n., Ali T S. Psycho-Social Consequences of Secondary Infertility in Karachi. J Pak Med Assoc 2006,56(1):19-22
6-Coker	2007	EUA, Texas	Revisão sistemática sobre violência contra parceiro íntimo/saúde sexual	400 mulheres	Relação entre violência por parceiro íntimo e saúde sexual: violência física fortemente associada a comportamento de risco sexual, maior risco de DST, dor pélvica crônica, gravidez indesejada e aborto.	Coker AL, Does physical intimate partner violence affect sexual health? A Systematic Review . Trauma, violence & abuse, April 2007,8(2): 149-177
7-Ali	2007	Karachi, Paquistão	Estudo transversal : 5 grupos focais em comunidades: etnia mista e baixo nível socioeconômico	122 mulheres com infertilidade primária	Abuso verbal pelo marido (97,5%) e pelos sogros(97%); abuso físico (80%); 57,5% -por marido e sogro; 98,5% sentiram estressada pelo marido e 97,3% pelo sogro ;Causas: assunto financeiro(65%); infertilidade (33%) e não ter filhos(32%);proteção do filho(21,3%),droga;	Ali TS, Gavino B, Prevalence and reasons for domestic violence among low socioeconomic communities of Karachi..Eastern mediterranean health jornal.2007,13(6):1417-26
8-Yildizhan <i>et al</i>	2009	Turquia	Aplicação de questionário de abuso	-312 mulheres inférteis	A violência doméstica devido a infertilidade (33,6%). Verbal(63,4%); ameaça (39%); abuso físico(31,7%); privação econômica (29,2%); ameaça de divórcio (87,7%); agressão pela família do marido (19%)	R. Yildizhan <i>et al</i> . Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. International Journal of Gynecology and Obstetrics,2009, 104(2):110-2

Continua...

... continuação

Autor	Ano	Local	Tipo de Trabalho	Amostra	Principais Contribuições	Referências Bibliográficas
9-Dhont <i>et al</i>	2010	Ruanda-áfrica subsaara	Estudo caso-controle	-283 controle-mulheres férteis no pós parto	-É o primeiro artigo a relatar que violência sexual está associada com infertilidade. -HSV-2 e infecção pelo HIV são importantes preditores de infertilidade na Ruanda	Dhont N, Wijgert JV, Luchters C Muvunyi, yankandondera J, Temmerman M; Sexual violence, HSV-2 and HIV are important predictors for infertili in Rwanda: Hu rep 2010,25(10):2007-15
10-Dhont <i>et al</i>	2011	Ruanda-áfrica subsaara	Estudo qualitativo e quantitativo	-312 mulheres inférteis mais 312 mulheres férteis no pós parto; cinco grupos focais (com 20 mulheres e homens férteis e inférteis)	30% das mulheres inférteis e 23% dos homens se separam devido a infertilidade; mulher infértil teve mais violência doméstica pelos maridos e parentes; maior nível educacional de ambos os sexos protegeu contra a violência doméstica; homens relataram abuso verbal por suas mulheres; maior sentimento de isolamento social, depressão e perda se seguro social	Dhont,N; Wijgert JV, Coene G, Gasarabwe A, and Temmerman M; 'Mama and papa nothing': living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda; : Human reproduction,2011,26(3):623-29
11-Dhont <i>et al</i>	2011	Ruanda-áfrica subsaara	Estudo qualitativo e quantitativo	Mesmo estudo anterior	Associação entre violência e infertilidade; cobrança social com determinante da péssima relação com mulheres inférteis; HSV-2 e infecção pelo HIV como importantes preditores de infertilidade; fator tubário encontrado (69%); fator masculino (64%)	Dhont,N; Wijgert JV, Temmerman M; Clinical, epidemiological and socio-cultural aspects of infertility in resource-poor settings. Evidence from Rwanda F, V & V IN OBGYN, 2011, 3 (2): 77-88
12-Ardabily <i>et al</i>	2011	Irã	Estudo transversal entrevista usando questionário de violência doméstica	400 mulheres com infertilidade primária	61,8% sofreu violência doméstica por causa de sua infertilidade(primária). Os tipos:1-psicológico 33,8%;-físicos 14% e sexual 8%, com 24 mulheres (6%) lesões de relatórios. Todas pelo marido.	Ardabily H A <i>et al</i> . Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting .Inter JI of Gyn and Obstetrics 2011;112 :15-1
13-Adesiyun <i>et al</i>	2012	Nigéria	Relato de caso	Uma mulher	Relato de um caso de uma jovem que simulou gravidez para escapar da violência sofrida devido infertilidade.	Adesiyun <i>et al</i> . Calabash Pregnancy:A Malingering Response to Infertility mplicated by Domestic Violence;West Indian med J 2012;61(2):198-201
14-Muntaz <i>et al</i>	2013	Estudo qualitativa-entrevista	Estudo qualitativa-entrevista	12 mulheres e 8 homens sem filhos	Infertilidade enfraquece os laços conjugais, identidade, segurança e força da mulher; mulher tem piores consequências psicossociais, emocionais; exclusão no casal, ameaça no casamento, na famílias e social; ter de aceitar o casamento poligâmico; homens sofrem insultos menor de amigos;	Mumtaz Z,Shahid2 Uand Levay A, Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab Reproductive Health 2013, 10:3
15-Akyuz <i>et al</i>	2013	Estudo descritivo-usando um questionário da violência contra a mulher(SDVV)	Estudo descritivo-usando um questionário da violência contra a mulher(SDVV)	-228 mulheres inférteis -204 mulheres férteis como controle	- as mulheres inférteis estavam em um risco aumentado de violência conjugal no nível econômica e emocional; -mais violência se mais jovens e com menor nível educacional;	Akyuz,A, Seven M, ahiner G, R.N, Bakır, B; Studying The Effect of Infertility on Marital Violence in Turkish Women; Royan Insti Internal Journal of Fertility and Sterility Vol 6, No 4, Jan-Mar 2013, Pages: 286-293
16-Akyuz <i>et al</i>	2014	Estudo transversal-questionários: sdvw e para avaliar stress	Estudo transversal-questionários: sdvw e para avaliar stress	-139 mulheres inférteis (primária)	Primeiro estudo que mostra o efeito da violência contra as mulheres inférteis; nível sofrimento de infertilidade menor em mulheres empregadas; maior nas mulheres com longo tratamento de infertilidade; maior violência emocional	Akyüz A; Sahiner G;Seven M; Bakır B; The Effect of Marital Violence on Infertility Distress among A Sample of Turkish Women; International Journal of Fertility and Sterility 8, (1) Apr-Jun 2014: 67-76

Continua...

... continuação

Autor	Ano	Local	Tipo de Trabalho	Amostra	Principais Contribuições	Referências Bibliográficas
17-Sheikhan <i>et al</i>	2014	Estudo descritivo transversal: questionário para avaliar violência doméstica	Estudo descritivo transversal: questionário para avaliar violência doméstica	-400 mulheres inférteis	Violência doméstica(34,7%); física (5,3%), emocional (74,3%) e violência sexual (47,3%); violência doméstica associada com: casamento indesejado, número de FIVs, abuso de drogas, doenças, mental e física do marido	Sheikhan Z,Ozgoli G,Azar M, Alavimajd H; Domestic violence in Iranian infertile women; Medical journal of the islamic republic of Iran; 2014 (22 December).Vol. 28:152.
18-Onat	2014	Construção "Escala de determinação da exposição a violência de mulheres inférteis" (IWEVDS-31 itens)	Construção "Escala de determinação da exposição a violência de mulheres inférteis" (IWEVDS-31 itens)	- 166 mulheres inférteis; 166 homens (descartado – respostas inadequadas)	A escala mostrou boa confiabilidade, bom conteúdo e validade para mulheres da Turquia.	Onat G.; Development of a scale for determining violence against infertile women: a scale development study; <i>Reprod Health</i> . 2014 Feb 28;11(1):18
19-Bibi <i>et al</i>	2014	Estudo transversal	Estudo transversal	-de 378 mulheres casadas com diversas condições ginecológicas	Violência doméstica física 31% (120) – 31% pelo marido e 30% pelo sogro; motivos: desobediência; abuso de drogas;sogros não gostarem da esposa; infertilidade;agressão grave em 24%(precisou de atendimento); 2% procurou ajuda social ou legal	Bibi S, Ashfaq S, Shaikh F, Qureshi PMA. Prevalence, instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of Hyderabad, Sindh. <i>Pak J Med Sci</i> 2014;30(1):122-125
20-Aduloju <i>et al</i>	2015	Estudo coorte transversal	Estudo coorte transversal	-170 mulheres inférteis	Violência de parceiro íntimo (31,2%); associada com desemprego,casamento polígamo,hábitos sociais do marido,infertilidade primária; psicológica(50%) física (20%) e sexual entre 15 e 20%	Aduloju <i>et al</i> .Prevalence and predictors of intimate partner of violence among women attending infertility clinic in south-western in Nigeria; <i>Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol</i> . Aduloju May;188:66-9
21-Iliyasu <i>et al</i>	2016	Estudo coorte seccional transversal	Estudo coorte seccional transversal	-373 mulheres inférteis	violência de parceiro íntimo (35,9%): 94,0% psicológicas ,82,8% sexuais, 35,1% verbais, e 18,7% físicas; cônjuges como os principais agressores; associados a baixa escolaridade, desemprego	Iliyasu <i>et al</i> . Phenotypes of intimate partner violence among women experiencing infertility in Kano, Northwest Nigeria; <i>Intern Jour of Gynecol and Obstetrics</i> 133 (2016) 32–36;
22-Stellar <i>et al</i>	2016	Revisão sistemática	Revisão sistemática	-21 artigos	incapacidade de se tornar grávida(infertilidade) ou de manter a gravidez (subfertilidade) pode ser fator de risco para violência por parceiro íntimo	Stellar C,GarciacCM, Termean M, Poel SVD; A systematic review and narrative report of the relationship between infertility, subfertility, and intimate partner violence. <i>Intern Jour of Gynec and Obst</i> 133 (2016)3-8

REFERÊNCIAS

- Aduloju PO, Olagbuji NB, Olofinbiyi AB, Awoleke JO. Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Nigeria. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;188:66-9.
- Mumtaz Z, Shahid U, Levay A. Understanding the impact of gendered roles on the experiences of infertility amongst men and women in Punjab. *Reprod Health*. 2013;10:3.
- Ardabili HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;112(1):15-7.
- Chachamovich JLR. Avaliação dos fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde em uma amostra de mulheres inférteis brasileiras. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
- Iliyasu Z, Galadanci HS, Abubakar S, Auwal MS, Odoh C, Salihu HM, et al. Phenotypes of intimate partner violence among women experiencing infertility in Kano, Northwest Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(1):32-6.
- Sami N, Ali TS. Psycho-social consequences of secondary infertility in Karachi. *J Pak Med Assoc*. 2006;56(1):19-22.
- Dhont N, van de Wijgert J, Luchters S, Muvunyi C, Vyankandondera J, Temmerman M. Sexual violence, HSV-2 and HIV are important predictors for infertility in Rwanda. *Hum Reprod*. 2010;25(10):2507-15.
- Orji EO, Kuti O, Fasubaa OB. Impact of infertility on marital life in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;79(1):61-2.

9. Onat G. Development of a scale for determining violence against infertile women: a scale development study. *Reprod Health*. 2014;11(1):18.
10. Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE, Lombard CJ, van der Spuy ZM. Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Hum Reprod*. 2005;20(7):1938-43.
11. Dhont N, van de Wijert J, Coene G, Gasarabwe A, Temmerman M. 'Mama and papa nothing': living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Hum Reprod*. 2011;26(3):623-9.
12. Akyüz A, Sahiner G, Seven M, Bakır B. The Effect of Marital Violence on Infertility Distress among A Sample of Turkish Women. *Int J Fertil Steril*. 2014;8(1):67-76.
13. Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Alavimajd H. Domestic violence in Iranian infertile women. *Med J Islam Repub Iran*. 2014;28:152.
14. Adesiyun AG, Ameh N, Bawa U, Adamu H, Kolawole A. Calabash pregnancy: a malingering response to infertility complicated by domestic violence. *West Indian Med J*. 2012;61(2):198-201.
15. Moreno CG, Pallitto CP, Devries K, Stöckl H, Stöckl C, Abrahams N, et al. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Italy: RHR, WHO; 2013. p. 50.
16. Ali TS, Bustamante-Gavino I. Prevalence of and reasons for domestic violence among women from low socioeconomic communities of Karachi. *East Mediterr Health J*. 2007;13(6):1417-26.
17. Gomes VR, Lima VLdA, Silva AF, Sena LX, Santos ACBd, Sampaio DL, et al. Violence against women in regions of Brazil: a version of media paraense. *Revista Gestão & Saúde*; 2013. p. 933-45.
18. Leung TW, Ng EH, Leung WC, Ho PC. Intimate partner violence among infertile women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;83(3):323-4.
19. Yildizhan R, Adali E, Kulusari A, Kurdoglu M, Yildizhan B, Sahin G. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;104(2):110-2.
20. Stellar C, Garcia-Moreno C, Temmerman M, van der Poel S. A systematic review and narrative report of the relationship between infertility, subfertility, and intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016;133(1):3-8.
21. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):149-77.
22. McCloskey LA, Williams C, Larsen U. Gender inequality and intimate partner violence among women in Moshi, Tanzania. *Int Fam Plan Perspect*. 2005;31(3):124-30.
23. Dhont N. Clinical, epidemiological and socio-cultural aspects of -infertility in resource-poor settings. Evidence from Rwanda. *Facts Views Vis Obgyn*. 2011;3(2):77-88.
24. Akyuz A, Seven M, Sahiner G, Bilal B. Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *Int J Fertil Steril*. 2013;6(4):286-93.
25. Bibi S, Ashfaq S, Shaikh F, Qureshi PM. Prevalence instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of Hyderabad Sindh. *Pak J Med Sci*. 2014;30(1):122-5.
26. Abdollahi F, Abhari FR, Delavar MA, Charati JY. Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *J Family Community Med*. 2015;22(1):13-8.

Intersectorialidade entre as políticas públicas de assistência social e saúde: desafios para a promoção da saúde

Intersectoriality between public policies for social assistance and health: challenges for a promotion of health

Edvaldo Anastácio¹, Lindalva Guimarães Mendes¹, Valéria Silva Cardoso¹, Adriana Kátia Emiliano Souza¹, Gesiene Aparecida Cordeiro Reis¹, Lindalva Martins Abreu¹, Elza Machado de Melo¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Belo Horizonte, MG – Brasil.

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo contribuir para o debate sobre a Política Pública de Assistência Social e sua interface com a Política Pública de Saúde visando à promoção da saúde de seus usuários. Apresenta as normativas vigentes e busca, a partir de produções teóricas de alguns autores e da premissa da garantia dos direitos sociais, a compreensão quanto aos avanços e desafios dessas políticas na promoção da saúde de seus usuários, numa concepção de gestão intersectorial.

Palavras-chave: Assistência Social, Saúde, Proteção Social, Direitos Sociais, Promoção da saúde, Intersectorialidade.

ABSTRACT

The purpose of this article is to contribute to the debate about the Public Policy of Social Assistance and its interface with the Public Health Policy aiming at promoting the health of its users. It presents the current regulations and seeks, based on the theoretical productions of some authors and the premise of the guarantee of social rights, the understanding of the advances and challenges of these policies in the promotion of the health of its users, in an intersectoral management conception.

Key words: Social Assistance, Health, Social Protection, Social Rights, Health Promotion, Intersectoriality.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as políticas sociais são instituídas objetivando responder às demandas da população, oriundas do resultado das relações contraditórias determinadas pela luta de classes. Apesar de não superarem a desigualdade, pode-se afirmar que elas alteraram o padrão de distanciamento entre as classes sociais, na medida em que instituíram sistemas de proteção social. É neste contexto que apresentaremos a Política Pública de Assistência Social e a Política Pública de Saúde, contemplando suas especificidades, bem como a importância da interface entre elas, na promoção da saúde dos cidadãos.

O texto apresenta o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nas ações de promoção da saúde e nos desafios da intersectorialidade entre estas políticas, procedendo às considerações finais.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Edvaldo Anastácio
E-mail: edtacio@yahoo.com.br

O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

A assistência social no Brasil, antes de se tornar uma política pública, era marcada pelo assistencialismo, pela benesse, pela caridade e pela ação voluntária. Portanto, essa área era caracterizada como *não política*, considerada como secundária e à margem, no rol das políticas públicas. Com o advento da Constituição de 1988, a assistência social passa a ser direito do cidadão e dever do Estado, tornando-se parte da seguridade social e da proteção social pública.¹ Assim, as ações empreendidas pela Política de Assistência Social compõem o tripé da seguridade social, juntamente com a saúde e a previdência social. “Como Política de Estado, passa a ser um campo de defesa e atenção dos interesses dos segmentos mais empobrecidos da sociedade”.²

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), instituída cinco anos após a promulgação da Constituição, inovou ao afirmar o seu caráter não contributivo, a centralidade do Estado na universalização e a garantia de direitos e acesso aos serviços sociais, bem como no controle social, contemplando previsão de cobertura a todos que dela necessitar.³ No entanto, apesar do explícito reconhecimento de direitos, verifica-se sobre a LOAS o efeito contrário, “com a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais, que coloca em andamento processos desarticuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos no campo social”.⁴

Apenas em 2004, quase 10 anos depois, foi instituída a Política Nacional de Assistência Social, resultado de um intenso e amplo debate nacional e fruto da resistência ao ideário neoliberal.⁵ Conforme afirma Valente:

De acordo com a PNAS (2004), para a efetivação da proteção social, há necessidade de desenvolver maior capacidade de aproximação do cotidiano da vida dos indivíduos, pois é nele que riscos e vulnerabilidades se constituem, devendo garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e autonomia), de acolhida, de convívio ou vivência familiar.⁶

Quanto à segurança de rendimentos, a PNAS se refere à possibilidade do provimento da sobrevivência, independentemente das limitações para o trabalho ou situações de desemprego. É o caso de pessoas com

deficiência, idosos, desempregados, famílias numerosas, famílias desprovidas das condições básicas para sua reprodução social em padrão digno e cidadão de existência. A segurança da autonomia está relacionada ao desenvolvimento de capacidades e habilidades dos usuários, com vistas à conquista da independência pessoal, superação de vicissitudes e contingências que venham impedir o protagonismo social e político. A conquista da autonomia só se torna possível quando apoiada nas certezas de provisões estatais, de proteção social pública e de direitos assegurados. A segurança de acolhida opera com a provisão de necessidades humanas, tais como alimentação, vestuário, abrigo, etc. Outra situação que também demanda acolhida é a necessidade de separação da família, por diversas situações, tais como violência familiar ou social, drogadição, alcoolismo, desemprego por longo período e criminalidade. A segurança de convívio ou vivência familiar supõe a não aceitação de situações de isolamento e perda das relações sociais, pois é na relação que o sujeito cria sua identidade e reconhece a sua subjetividade (PNAS/2004).

A estruturação da proteção social a ser ofertada pela assistência social concretiza-se segundo dois níveis de atenção: proteção social básica e proteção social especial (de média e de alta complexidade). Essa lógica de estruturação está diretamente relacionada às diferentes modalidades de desproteção social, que exigem do Estado respostas ao seu enfrentamento.

A proteção social básica tem caráter preventivo e processador de inclusão social. Seu objetivo é prevenir situações de risco a partir do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação, ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, bem como fragilização dos vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (PNAS/2004).

A proteção social especial volta-se para indivíduos e grupos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social, decorrentes do abandono, privação, perda de vínculos, exploração, violência, entre outras. Os serviços da proteção especial destinam-se ao enfrentamento de situações de risco em famílias e indivíduos, cujos direitos tenham sido violados, ou em situações nas quais já tenha ocorrido o rompimento dos laços familiares e comunitários. Esses serviços podem ser de média ou de alta complexidade.

A regulação e a organização da Política de Assistência Social em todo o território nacional se dão por intermédio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo. Seus eixos estruturantes são: a matricialidade sociofamiliar, a descentralização político-administrativa e territorialização, o financiamento, o controle social, o desafio da participação popular, a política de recursos humanos, a informação, o monitoramento e avaliação dos serviços, programas, projetos e benefícios.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE _____

Segundo Souza e Costa⁷, um dos maiores movimentos de inclusão social na história do Brasil foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e representa, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos. À época de sua criação, na década de 80, o Brasil passava por um momento de clamor coletivo por mudanças políticas voltadas para a redemocratização do país. As manifestações populares tinham como propósito a realização de eleições diretas para presidente e, no campo da saúde, visavam à atenção integral e abrangente, democrática e igualitária, tendo como principais atores sociais os profissionais da saúde, os intelectuais, as lideranças políticas, os movimentos estudantis universitários e sindicais, entre outros. Isso culminou com o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente, dando lugar ao surgimento do SUS.⁸

Desde então, o Ministério da Saúde vem, juntamente com as instâncias estaduais e municipais, trabalhando na organização dos serviços de saúde para o desenvolvimento de atuação eficaz e qualificada para garantir o exercício pleno dos direitos humanos dos cidadãos, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime, como direito social de todo brasileiro: “a igualdade de direitos à saúde é preconizada na Constituição Federal de 1988, o que a torna um direito social”.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do SUS surgiu a partir de definições constitucionais, das legislações que regulamentam o Sistema Único de Saúde, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-

2007). Foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, ratificando o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS⁹. A premissa é a garantia da integralidade da assistência com equidade, livre de preconceitos e privilégios de qualquer espécie, com ampla participação social, sendo capaz de responder pela promoção, proteção e prevenção e recuperação da saúde.

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), o SUS indexou ao seu conceito ampliado que a saúde é resultante da organização e produção de determinado contexto histórico, social e cultural, resultante também dos modos de vida, buscando superar o entendimento de saúde como ausência de doença. Ainda em relação a esta lei, na redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013, os níveis de saúde de uma população expressam a organização social e econômica do país. Sendo assim, são considerados determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.¹⁰

A perspectiva de abordagem da promoção da saúde revela o desenvolvimento de políticas públicas e a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa. Sendo o processo saúde-doença decorrente de múltiplos e complexos aspectos, a promoção da saúde deve ser articulada intersetorialmente. Assim, os demais setores serão impulsionados a considerar, em suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e potencialidades da saúde que diretamente interferem na vida das populações, responsabilizando todos os setores e ressaltando que a promoção da saúde deve acompanhar uma agenda intersetorial.

OS DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE: SUAS-SUS _____

O reconhecimento da complexificação dos processos sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, tornou obsoletas e ultrapassadas determinadas concepções que subsidiavam o planejamento governamental. Um exemplo dessa situação é o consenso acerca da compreensão da pobreza, da

violência, da doença, entre outros, como fenômenos multicausais e multidimensionais e que, portanto, demandam para seu enfrentamento uma gama variada de ações por parte do poder público e da sociedade. Tornou-se necessário superar formas de intervenções fragmentadas e experimentar novas estratégias a partir de melhor conhecimento da realidade sobre a qual as políticas atuam. Assim, as novas formas de governança indicam a necessidade de mudanças nos padrões tradicionais de produção de políticas públicas que passem a enfatizar as relações intergovernamentais, o papel das redes e a intersectorialidade.

Conforme orienta Spasati:

As políticas sociais ainda combinam o caráter próprio, o complementar e os diferentes modelos de gestão. Estes podem conter mecanismos de gestão intersectorial que, em geral, são articulados com gestões descentralizadas, territorializadas e equânimes, isto é, respeitam a diferenciação, a heterogeneidade e equidade.¹¹

A partir do conceito ampliado de saúde, que traz a compreensão de que a promoção da saúde está relacionada a um conjunto de estratégias que atuam sobre os determinantes sociais e impactam na qualidade de vida dos indivíduos, a intersectorialidade é destacada como importante ferramenta de interação e complementaridade das ações entre as políticas públicas. Nesse contexto, ela pode ser entendida como um novo paradigma de gestão de política pública, um modelo de execução que visa à proteção social e à garantia de direitos.

Inojosa define a intersectorialidade como a “articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”.¹²

A Constituição Brasileira de 1988 denota a saúde e a assistência social como políticas sociais que se caracterizam pela afirmação do dever do Estado, por um sistema de organização participativo e descentralizado, pela universalização de acesso, pelo reconhecimento dos direitos sociais, numa perspectiva de cogestão entre governo e sociedade, buscando a atenção integral aos usuários dos serviços. Todavia, observa-se que mesmo com esses preceitos previstos constitucionalmente têm-se experienciado cotidianamente ações, programas e serviços que estão muito aquém de garantir a atenção integral de qualidade e os direitos sociais aos usuários.

Segundo Faria, os estudiosos da intersectorialidade intragovernamental são unânimes em afirmar as diversas ordens de dificuldades inerentes à produção da cooperação desejada na produção de políticas públicas. Estas se traduzem em barreiras organizacionais, técnicas ou legais e também de ordem política.¹³ São muitos os fatores detectados: número, diversidade, interesse, expertise, visão específica dos problemas a serem enfrentados, além dos recursos, capacitação e delimitações jurisdicional de cada um dos atores envolvidos.

Portanto, entende-se que o desafio para a assistência social e a saúde é contribuir para que os sistemas de proteção social e de promoção da saúde se tornem um conjunto de medidas efetivas que garantam os direitos sociais, conforme previstos legalmente no tripé da seguridade social. Trata-se de promover, institucionalmente, a articulação de cada serviço como uma rede complexa composta pela totalidade de outras instituições e serviços de diferentes políticas, incentivando o trabalho interdisciplinar e intersectorial. Assim sendo, pressupõe que seja necessária, para sua efetivação, articulação das políticas sociais, tanto no âmbito da formulação e do planejamento quanto na execução, monitoramento e avaliação. Apesar dos ensaios desse importante e imprescindível modelo de gestão na atualidade, a intersectorialidade ainda se constitui como desafio, em termos de efetivação na prática cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas de saúde e assistência social conquistaram muitos avanços desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 e de suas legislações específicas. No entanto, ainda nos deparamos com políticas específicas ainda frágeis, com ações fragmentadas e sem a sinergia necessária à consolidação da intersectorialidade.

Dessa forma, para que a intersectorialidade se efetive, é fundamental que as diversas políticas não vejam a si mesmas como partes isoladas, mas sim como vinculadas às demais por um grau de interdependência relativa à questão da promoção da saúde, e que as interações sejam capazes de gerar ganhos para todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

2. Yazbek MC. A política social brasileira nos anos 90: a refilantropização da Questão Social. São Paulo: Abong, 1995. Cadernos Abong Políticas de Assistência Social
3. Brasil. Presidência da República. Lei orgânica da Assistência. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.
4. Raichelis R. A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: Couto BR, Yazbek MC, Silva e Silva MO, Raichelis R. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez; 2010.
5. Ministério do Desenvolvimento Social (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS; 2004.
6. Valente J. Família acolhedora: as relações de cuidado e de proteção no serviço de acolhimento. São Paulo: Paulus; 2013.
7. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde Sociedade. 2010 [citado 2016 nov. 20]; 19(3):509-17. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sau-soc/v19n3/04.pdf>>.
8. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19/09/1990: Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado 2016 nov. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
9. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
10. Presidência da República (BR). Lei 12.864 de setembro de 2013. [citado 2016 nov. 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12864.htm
11. Sposati A. Especificidade e intersetorialidade da política de Assistência Social. São Paulo; 2004. [citado 2016 nov. 20]. Disponível em: https://www.google.com.br/?gws_rd=cr,ssl&ei=OexFWcreJMS6-AHw3bKgBw#q=Sposati+A.+Especificidade+e+intersetorialidade+da+pol%C3%ADtica+de+Assist%C3%Aancia+Social.
12. Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos FUNDAJ, São Paulo, 2001; 7:102-10.
13. Faria CAP. Os desafios da intersetorialidade na produção de políticas. In: Mourão MA, Passos ADB, Faria CAP, organizadores. O Programa BH Cidadania: teoria e prática da intersetorialidade. Belo Horizonte: Únika; 2011.

A orientação psicanalítica sobre atendimento breve

The psychoanalytic orientation on brief sessions

Hebert Geraldo de Souza¹, Cristiane de Freitas Cunha², Elza Machado Melo²

RESUMO

Muito embora a Psicanálise produza efeitos terapêuticos, percebe-se em Freud (1918-1919), Lacan (1974) e Miller (2005) um esforço de reivindicação sobre a particularidade da Psicanálise em relação às psicoterapias e à Psiquiatria. Com isso, a experiência realizada nos Centros Psicanalíticos de Consulta e Tratamento (CPCT), criados na França, serviu como base para os breves atendimentos realizados com as mães em situação de violência doméstica, acolhidas no Centro “Risoleta Neves” de Atendimento (CERNA/MG), instituição pública de Direitos Humanos de Minas Gerais. Diante disso, este trabalho apresenta sua contribuição à inserção da Psicanálise em instituições na interface com as políticas públicas, possibilitando efeitos terapêuticos breves, sem perder o rigor da formalização clínica e teórica, dentro de uma nova orientação da psicanálise aplicada.

Palavras-chave: Psicanálise; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental.

¹ Unimed/BH; Fundação de Educação para o Trabalho de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Although Psychoanalysis causes therapeutic effects, there's an effort to claim on the particularity of Psychoanalysis in relation to Psychotherapy and Psychiatry seen on Freud (1918-1919), Lacan (1974) and Miller (2005). The experience held in Psychoanalytic Centers of Session and Treatment (PCST), created in France, served as the basis for the brief sessions conducted with mothers in a situation of domestic violence. Those were sheltered at the “Risoleta Neves” Attendance Center (CERNA / MG), a public institution of Human Rights in Minas Gerais State. As a result, this paper presents its contribution to the insertion of Psychoanalysis on institutions based on public policies, enabling brief therapeutic effects, without losing the rigor of clinical and theoretical formalization, within a new orientation of applied Psychoanalysis.

Keywords: Psychoanalysis; Mental Health; Mental Health Services.

INTRODUÇÃO

Nesses tempos dirigidos pelo capitalismo, que promove uma espécie de apagamento do desejo e um “imperativo de gozo”¹, a Psicanálise é convocada a dar provas de sua eficiência, como forma de se manter relevante no poder crescente da Psiquiatria e das terapias alternativas, para marcar seu lugar em instituições de atendimento psicoterapêutico com duração limitada pelo tempo cronológico. Assim, é preciso debater sobre as mudanças da clínica em função das transformações da civilização.

Com sua inserção social, a Psicanálise passou a ter espaço em numerosas situações e outras maneiras de praticá-la, tal como no contexto das instituições, diante das demandas sociais contemporâneas, às quais os psicanalistas que possuem essa

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Hebert Geraldo de Souza
E-mail: hebertg.souza@hotmail.com

inserção não podem se furta². Quando se trata da utilidade social da Psicanálise, essa entrada não é sem consequências.

Contudo, antes de iniciar a discussão sobre os efeitos terapêuticos breves em Psicanálise, anuncia-se que este trabalho é um compilado de um dos capítulos da dissertação aprovada pelo Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da UFMG, que tratou sobre a violência doméstica de filhos contra as mães.

As mães foram atendidas, pelo autor da pesquisa, no Centro “Risoleta Neves” de Atendimento (CERNA/MG), instituição pública estadual de Direitos Humanos que atende mulheres em situação de violência doméstica. A duração de atendimento oscilou entre dois e cinco meses ou entre quatro e 20 sessões.

Embora os discursos evidenciassem pontos de convergência, principalmente quanto ao desejo materno, havia uma singularidade radical nessas mães quanto à queixa, ao sintoma e aos modos de gozo. Então, foi preciso percorrer, de modo breve, uma vez que permaneceriam na instituição por pouco tempo, os impasses da violência doméstica cometida por filhos contra as mães, o que classificou como enigma a maternidade diante da violência, para, então, havendo abertura subjetiva para as intervenções, a Psicanálise pudesse atuar mais ativamente.

A Psicanálise tem marcado sua relevante entrada na universidade, em instituições públicas e em serviços privados de saúde e contribui, a seu modo, a respeito de avanços no campo social e clínico. Todavia, é fundamental esclarecer que a Psicanálise comparece de forma diferente de outros modelos teóricos de verificação na área, pois ela não está condicionada a estudos experimentais, probabilísticos ou quantitativos, mas, eminentemente, a estudos clínicos.³

Assim, “o conhecimento advindo dela [a Psicanálise] não é verificável por experimentação, não depende de investigação metódica, nem é sistemático”^{4:68}. Na atualidade, ao marcar o campo de ação do psicanalista, que não é a ciência, e sim a clínica, seus avanços e impasses, a dimensão da Psicanálise aplicada não pode ser desconsiderada quando se trata de sua aplicação em instituições, das mais diversas áreas de saúde, educação, direitos humanos e outras.

Sobre isso, Matet e Miller⁵ afirmam que não existe psicanálise aplicada sem a psicanálise pura. Para ambos, “passou o tempo da figura mítica do psicanalista limitando seu campo de atividade às paredes de seu consultório, para convencer de sua devoção à causa

privada de seus analisantes”^{5:2}. Assim conduzindo, abrem-se espaços para se discutir o lugar do psicanalista que faz um novo laço.

A prática da psicanálise aplicada em instituições que atuam não somente com violência contra mulher, como o CERNA/MG, é também o espaço onde o sujeito será chamado a dar um basta no gozo que o faz sofrer na ordem do consciente, mas que lhe confere algum ganho pelas vias do inconsciente. Por isso, é o próprio Freud⁶ quem adverte: “se algum dia essa instituição chegar a existir, muito da técnica psicanalítica deverá ser repensada”^{6:81}.

No estudo de Freud⁶ percebe-se que o trabalho de psicanalistas em instituições não é uma ideia pós-freudiana, uma vez que ele já analisava a possibilidade de seu lançamento para instituições de educação, saúde, políticas e outras. Anunciou ainda que haveria um tempo em que a Psicanálise seria aplicada a parcelas da população pelo Estado, trazendo modificações em seu contexto prático.

Vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável massa da população. Haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que de outra forma cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose possam tornar-se capazes, pela análise de resistência e de trabalho eficiente^{6:180}.

O que desde o princípio se considera é o incurável no próprio fundamento do método, não se reduzindo à ambição terapêutica, isto é, ao desejo de curar. E que seria um obstáculo para a prática o que ele conceituou como ambição terapêutica, fato que as instituições estariam mais propensas a aderir, muito em função de uma prova social de funcionamento de um dado serviço.

E, mesmo em instituições, a Psicanálise não carece de se alinhar aos efeitos terapêuticos a qualquer custo, ao ideal de felicidade e bem-estar, muito menos atender a demandas das instituições para efetivar sua validação como método. Essa talvez tenha sido a maior contribuição de Breuer e Freud, nesse aspecto, em “Estudos sobre a histeria” (1893/1895), em que alertou que a Psicanálise não faz promessas ou objetiva a busca pela felicidade.

Entretanto, avançando um pouco mais com essa proposta, é preciso levar em conta que, mesmo com a aposta de Freud na Psicanálise para além da clínica, Lacan⁷ manteve ressalvas quanto à sustentação no Estado e nas instituições, uma vez que estes estão inseridos na lógica do todo saber, o absoluto, daqueles que se dispõem a regular ou a reconciliar.⁸

Souza e Pimenta⁸ comentam que a advertência de Lacan faz ser emblemática a presença da Psicanálise em instituições, porque é a partir da incompletude e não da reconciliação ou da regulação que o praticante da Psicanálise poderá situar o saber em jogo na experiência analítica, em uma clínica orientada pelo real.

Lacan⁹ parece se preocupar com o que essa política dos resultados terapêuticos proporcionaria, vindo a produzir uma homogeneização sintomática, seguida de uma padronização dos tratamentos e dos resultados esperados, o que contaminaria os analistas que, uma vez contagiados, não seriam mais analistas.

Quando o sujeito e sua história não são o centro da instituição, a isso se podem acrescentar os riscos do utilitarismo e do pragmatismo de estatísticas vazias que determinam o propósito da cura imediata. Com Vorcaro³, entende-se que mesmo em um atendimento breve, o mais importante deve ser evidenciado em um caso: o “saber que ele transmite”, mais do que qualquer outro interesse, e escreve:

Além desses aspectos que a abordagem clínica em Psicanálise exige sempre problematizar, dentro ou fora da pesquisa acadêmica, o essencial na abordagem do caso clínico na pesquisa em Psicanálise é a função de exponencial saber adquirido com os ensinamentos do caso, tornando-o capaz de interrogar, reformular, distinguir ou ultrapassar o que já foi explicitado pela generalização teórica psicanalítica^{3,15}.

Essa foi a proposta, não apenas nos casos das mães em situação de violência, mas também com as mulheres atendidas no CERNA/MG, sob o vértice da psicanálise de orientação lacaniana. O relato do sujeito é considerado uma verdade e as intervenções do praticante da Psicanálise buscam, com as entrevistas preliminares, que a queixa se transforme em demanda.¹⁰

Portanto, o que interessa é decantar a clínica e transmitir dela o caso, e o caso não se limita ao paciente, mas se refere ao encontro que a clínica promove. Contudo, o tratamento psicanalítico pode atuar e causar efeitos, sem desconsiderar os princípios

que conduzem a clínica e afastando-se da homogeneização sintomática a que se referiu Lacan⁷.

É com Miller¹¹, no texto “Rumo ao Pipol 4”, que se encontra uma possibilidade de resposta a essa questão. Ele aborda o “Lugar Alfa”, onde os efeitos psicanalíticos propriamente ditos se produzem nos ambientes institucionais, uma vez que neles também existe um lugar analítico. Esse “Lugar Alfa” não é apenas um espaço de escuta de um “blá-blá-blá” qualquer, com o intuito de apenas aliviar, mas é um “lugar de respostas, um lugar onde a falação toma a forma de pergunta e a questão se torna resposta”, ou seja, o “blá-blá-blá” assume a forma de uma questão e, na própria questão, deve-se revelar um tesouro, um saber inconsciente.

Foi o que demonstrou Miller na Conversação de Barcelona, evidenciando os efeitos terapêuticos rápidos em Psicanálise¹² por meio da prática nos Centros Psicanalíticos de Consulta e Tratamento (CPCT), criados em 2003, em Paris. Propõem, na perspectiva da psicanálise aplicada, no aspecto do efeito terapêutico rápido, demonstrar a efetivação de um “ciclo” em tratamento de curta duração, cuja diferença é notória com o final de análise, e constatar que a Psicanálise produz efeitos terapêuticos rápidos sem perder sua orientação.

Os efeitos terapêuticos que indicam o fim de um ciclo devem considerar uma posição subjetiva do sujeito diante do seu sintoma. Por meio da ideia de conclusão de um ciclo durante esse tratamento breve, pode-se perceber que a desejável mudança de posição subjetiva, a qual deve supor uma perda de gozo, não diz respeito à precisão determinada de tempo. Por se tratar de mudança subjetiva, seus efeitos serão sentidos *a posteriori*, a partir da intervenção do analista em vista dessa mudança.¹²

Miller¹² recomenda que, em instituições, o psicanalista tente conduzir seus pacientes pelo menos a concluir o primeiro ciclo, que pode ser breve. Completa afirmando que “o ciclo é perfeitamente calculável, porém, *après-coup*”, *a posteriori*, esse seria o segundo ciclo. Esse primeiro ciclo não é realmente um tempo necessário. Ao contrário, trata-se apenas de um tempo casual, na medida em que ele é calculável apenas depois, *après-coup*.

Percebe-se que o tratamento psicanalítico desvela a satisfação pulsional, no impossível de se inscrever, pois os efeitos terapêuticos demonstrados tanto nos CPCTs quanto em instituições onde a psicanálise está inserida com a proposta dos atendimentos breves, como no caso do CERNA/MG, não correspondem a uma tentativa de alteração de sentido, mas à redução do gozo im-

plicado no sintoma, que surge como o que guarda uma mensagem cifrada, não impossível de ser revelada.

Trata-se de conduzir o sujeito a saber um pouco mais sobre suas formas de gozar, a saber se arranjar um pouco melhor com os tropeços, os obstáculos e as dificuldades encontradas. “Conhecer seu sintoma quer dizer *savoir faire* com ele, saber se virar com ele, manejá-lo”, como ensina Miller¹¹ a partir dos ensinamentos de Lacan. E a palavra é sempre um recurso possível para nomear, produzir alcance ao núcleo real dessa fixação no sintoma.

A possibilidade de análise, mesmo que breve, ou de uma intervenção retificadora por parte do psicanalista, só será possível pelo estabelecimento da transferência, pois, caso contrário, nenhuma intervenção terá efeito ou até mesmo efeito contrário. Não existe análise fora do contexto transferencial, como mencionado em Quinet¹⁰. Ou seja, com “essa mudança subjetiva, a partir do sujeito, consciente de sua responsabilidade na direção de sua própria vida, poderá buscar as mais diversas propostas para a elaboração de suas dificuldades”^{13:10}.

No CERNA/MG, o trabalho orientado pela psicanálise aplicada sustentava os atendimentos a mulheres e mães em situação de violência doméstica; e, advertidas de que seriam atendimentos breves, a experiência dos CPCTs foi crucial nesse percurso, principalmente no tocante aos efeitos terapêuticos rápidos e como seria lidar com a transferência, o sintoma e o gozo do sujeito em tão pouco tempo.

Sobre os casos abordados no trabalho do mestrado, sustentados em fragmentos, não se teve inclinação para a completude ou para uma psicanálise pura, uma vez que os atendimentos eram breves. Não se pretendeu esgotar a história de cada mãe, tampouco fornecer explicações acerca do caso clínico, mas testemunhar uma mudança de posição do sujeito em relação ao desejo e às formas de circunscrever o gozo, a partir das quais o sintoma era sustentado. Ou até mesmo marcar as resistências do sujeito a essa mudança de posição, uma vez que a situação de violência da mãe com o filho revelava suas formas de gozo, seu sintoma e sua história com a maternidade.¹⁴⁻¹⁶

REFERÊNCIAS

1. Lacan J. O Seminário – livro 20: mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
2. Escola Brasileira de Psicanálise. A utilidade social da psicanálise: a regulamentação em questão. In: Rev Esc Bras Psicanálise. 52. [citado em 2016 maio 02]. Disponível em: <http://www.diretorianarede.com.br/territorios/territorios006.asp>.
3. Vorcaro A. Psicanálise e o método científico: o lugar do caso clínico. In: Kyrillos Neto F, Moreira JO. Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade. Barbacena: UEMG; 2010. p. 11-23.
4. Couto LFS. Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In: Kyrillos Neto F, Moreira JO. Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade. Barbacena: UEMG; 2010. p. 59-80.
5. Matet J, Miller JA. Apresentação. In: Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007. p. 1-5.
6. Freud S. Linhas de progresso na terapia analítica. Rio de Janeiro: Imago; 1996.
7. Lacan J. Televisão. In: Lacan J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 2003. p. 508-43.
8. Souza HG, Pimenta PR. A junta médica e os vários de uma prática. Belo Horizonte: CliniCAPS; 2013.
9. Lacan J. O Seminário - livro 17: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1992.
10. Quinet A. As 4 + 1 condições da análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
11. Miller JA. Rumo ao pipol 4. Correio da EBP/Rev Esc Bras Psicanálise. 2008;60:7-14.
12. Miller JA, D'Angelo L, Fuentes A, Garrido C, Goya A, Rueda F, et al. Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona. Buenos Aires: Paidós; 2005.
13. Couto SM. Violência doméstica: uma nova intervenção terapêutica. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC; 2005.
14. Breuer J, Freud S. Estudos sobre a histeria. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
15. Di Ciaccia A. Inventar a psicanálise na instituição: pertinências da psicanálise aplicada. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007. p. 69-75.
16. Miller JA. O osso de uma análise. Salvador: Escola Brasileira de Psicanálise; 1998.

Política de assistência social, autonomia e promoção de saúde: uma breve reflexão

Social assistance policy, autonomy and health promotion: a brief reflection

Carlos Eduardo Firmino¹, Ana Paula Dias Guimarães¹, Lucinéa Almeida Amorim¹, Elza Machado Melo¹

RESUMO

Neste artigo, buscou-se discutir a relação entre a assistência social e a promoção de saúde. Para tanto, parte-se do pressuposto de que a garantia do desenvolvimento de autonomia, uma das seguranças a serem afiançadas pela Política de Assistência Social, pode contribuir para a ampliação das capacidades dos indivíduos e coletivos em relação às suas escolhas e rede de dependências. O acesso aos benefícios socioassistenciais, o fortalecimento das redes de convívio e o incentivo à participação dos usuários, tanto no controle da política quanto na atuação em seus territórios, são elementos que podem favorecer o empoderamento do público atendido. Neste sentido, o trabalho social ofertado nessa política auxilia a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Ao final, serão abordadas as potencialidades e ambiguidades dessa política, tendo em vista a dificuldade de localizar o seu objeto, assim como o seu suposto lugar de mantenedor do *status quo*. Pesa sobre a Política de Assistência Social, na perspectiva de alguns atores sociais, o estigma de política compensatória.

Palavras-chave: Assistência Social; Autonomia; Promoção da Saúde.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the relationship between Social Assistance and health promotion. For this purpose, we assumed that the guarantee of the development of autonomy, one of the securities of the Social Assistance Policy, can contribute to expand the capacity of choice and the support of social network of individuals and communities. The guarantee of access to socio-welfare benefits, the strengthening of social networks and the incentive to participation of users, in both the control of the policy and the work in their own territories, are elements that can favor the empowerment of the public. In this sense, the offered social work in this policy helps to improve the quality of people's lives. In the end, the potentialities and ambiguities of this Policy will be addressed, considering the difficulties in delimiting its object, as well as its supposed place of maintenance of the status quo. According with the perspective of some social actors, Social Assistance Policy still has a stigma of compensatory policy.

Key words: Social Assistance; Autonomy; Health Promotion..

INTRODUÇÃO

Sendo parte do chamado tripé da seguridade social – junto à saúde e à previdência social –, a assistência social tem como objetivo principal garantir, como determina nossa Carta Magna, os chamados mínimos sociais necessários e a proteção social às famílias em situação de vulnerabilidades e riscos sociais. Na medida

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Carlos Eduardo Firmino
E-mail: firminosq@gmail.com

em que tal garantia também engloba ações de outras políticas públicas, convencionou-se dizer que a proteção social de assistência social faz menção ao acesso a direitos socioassistenciais que se materializam como seguranças afiançadas. Estas são divididas em três grandes grupos: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia), de acolhida e de convívio ou vivência familiar.¹ Nesse sentido, cada serviço, programa ou projeto pensado no campo da assistência social necessariamente apresenta, como horizonte de trabalho, ações que viabilizem a garantia das seguranças citadas.

Diante do exposto, no presente texto faz-se o exercício de pensar a relação possível entre a garantia da segurança de autonomia e a promoção de saúde do público atendido pela Política de Assistência Social. Tal como Fleury-Filho *et al.*², assume-se a autonomia como uma categoria central no que diz respeito ao processo de promoção de saúde/qualidade de vida; por outro lado, tem-se a tarefa de, em linhas gerais, localizar as potencialidades e limites da intervenção da assistência social.

DE QUAL AUTONOMIA FALAMOS? _____

De saída, cabe dizer que autonomia absoluta, ao que parece, é um estado que não existe. Não parece plausível pensar, tal como a etimologia da palavra induz (*auto+ nomos*), que a intenção da Política de Assistência Social seja desenvolver pessoas que ditam as próprias regras. Mais próxima de nosso propósito está a ideia de processos de coconstrução de autonomia, tal como propuseram Onocko Campos e Campos. Na proposta discutida por esses autores, diferentemente da ideia de uma liberdade absoluta, a autonomia passa a ser compreendida como a habilidade do sujeito na lida com sua rede de apoio.³

Sendo a autonomia efeito da atuação de vários fatores, Onocko Campos e Campos optam por falar em *processos*. São processos de coconstrução que sofrem influências das ações do próprio sujeito, da cultura na qual está inserido, do acesso a direitos e informações, às políticas públicas, etc. Por outro lado, a ideia de coconstrução parece retirar da noção de autonomia excessiva carga de responsabilidade que poderia ser direcionada ao usuário. Afinal, na medida em que se entende que vários fatores influenciam a construção da mesma, menos possibilidades, em tese, existem de culpabilizar os

vitimizados (*"blaming the victims"*). Tal leitura se faz importante, sobretudo em tempos nos quais programas sociais são questionados a partir da justificativa de que os beneficiários – o discurso corrente sobre o Programa Bolsa-Família é paradigmático – deveriam, por meios próprios, ter acesso à renda, escolaridade, habitação, etc. No limite, tal concepção identificada pelos autores citados faz pensar que quanto mais possibilidades de apoio, suporte e rede de sustentação estiverem disponíveis às pessoas, será atingido maior grau de autonomia.

Tomando de empréstimo referências próprias ao tema da promoção de saúde^{2,4}, pode-se dizer que, no tocante à autonomia, cabe às políticas de proteção social, entre as quais a assistência social, contribuir para o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas dos indivíduos em relação às possibilidades de realização de escolhas. Tarefa árdua, na medida em que, tal como nas práticas de promoção de saúde, exige, ao mesmo tempo, ações de âmbito global do Estado – considerando o acesso a benefícios socioassistenciais, por exemplo – e o respeito à singularidade dos grupos e indivíduos⁴. A palavra *escolha* surge de forma carregada quando o tema em questão é autonomia. O discurso acerca da escolha, da opção, da liberdade, do público e do privado é sempre atravessado por tensões, sendo o papel de intervenção do Estado questionado.

Em certa medida, a noção – ou o conceito de autonomia – padece do mesmo mal que as noções de felicidade e bem-estar. Dada a polissemia de seus sentidos e as idiossincrasias dos indivíduos, o uso de tais palavras vai, aos poucos, sendo desgastado. Além disso, a ideia de autonomia compartilhada no tecido social, em várias situações, parece eivada de um espírito neoliberal, meritocrático e, no limite, individualista. Daí, a importância de se realizar uma opção política ao assumir certa concepção de autonomia e atuar nesse campo. Faz-se necessário reconhecer que a ampliação da potencialidade de cada indivíduo só se dá *em relação*, no encontro com o outro, com a alteridade, na produção conjunta da vida cotidiana. Por isso, a centralidade desse conceito no tema da promoção de saúde². Se a promoção está ligada – deixando de lado o véu neoliberal que a cerca – ao aumento da atuação sobre os determinantes da saúde, ela só se efetivará se os indivíduos e coletivos puderem agir de forma autônoma. Restringir a autonomia é desproteger; já a sua ampliação favorece a promoção de saúde.

POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA DE AUTONOMIA

O Sistema Único de Assistência Social/SUAS, um sistema de gestão que organiza as ações de assistência social no país, foi instituído a partir da publicação da Lei Orgânica da Assistência Social/ LOAS⁵. Desde então, além das alterações da lei em questão, normas técnicas, cadernos de orientações, entre outros documentos oficiais, têm sido produzidos no sentido de implementar e consolidar as ações de assistência social. Entre eles, destacam-se a Política Nacional de Assistência Social/PNAS¹ e as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Assistência Social^{6,7}. Tais marcos legais imprimem em tal política pública a perspectiva de cidadania. Buscam romper as práticas filantrópicas, as ações descontinuadas e fragmentadas e o clientelismo dirigido aos pobres por uma afirmação de um novo paradigma que compreende os cidadãos usuários como sujeitos de direitos. Desse modo, a proteção social de assistência social atua sobre as fragilidades, vitimizações, vulnerabilidades e riscos aos quais as famílias e indivíduos estão expostos devido às imposições sociais, econômicas ou políticas.⁸ Ao reconhecer tais situações como uma ofensa à dignidade humana, o Estado passa a ocupar o lugar de responsável pela proteção social, retirando da família a responsabilidade exclusiva pela resolução dos problemas citados.

Sendo assim, a política de assistência social, pautada pelas diretrizes, princípios e objetivos das referências legais, fomenta proposição metodológica que coloca a família como sujeito de direito a partir do trabalho social com famílias. Espera-se que o trabalho social realizado possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida, o protagonismo e o acesso e conquista dos direitos.⁸ Do ponto de vista normativo,

ainda que haja vários cadernos de orientação direcionados a cada serviço do SUAS, é na PNAS que se encontra a base que sustenta as principais discussões sobre a execução da política e a garantia das seguranças anteriormente citadas.

Apesar de ser o documento de base, como dito, a PNAS propõe garantir a segurança de autonomia, porém não discorre sobre a mesma. Apenas se detém à segurança de renda, considerando que ela – longe de ser uma forma de compensação do salário mínimo, direcionada àqueles fora do mercado de trabalho – visa garantir que todos possam ter um recurso monetário para garantir a sobrevivência, independentemente da condição em que se encontram. Aqui, cabe um destaque especial aos idosos, às pessoas com deficiência, às famílias numerosas, entre outras situações. Em certo sentido, parece estar na base do documento citado a ideia de que sem renda, sem uma sustentação material, a autonomia soa como impossível. Voltaremos a este ponto adiante.

A partir da publicação da chamada Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais⁹ no ano de 2009, foram demarcadas as aquisições dos usuários a serem alcançadas por intermédio das seguranças sociais afiançadas. Nesse documento, o tema do desenvolvimento de autonomia é um pouco mais explorado, de acordo com as ofertas dos serviços. A ideia da participação e da satisfação do público atendido, bem como as mudanças objetivas ocorridas em suas vidas – ainda que pouco tangíveis – servirão de base para avaliar se as seguranças sociais realmente estão sendo garantidas. Em linhas gerais, a segurança de autonomia visa impulsionar, no público usuário, além do acesso a direitos, a participação e o protagonismo. A seguir, tendo como referência a NOB-SUAS⁷, de 2012, na Tabela 1 são citadas as ações esperadas pela assistência social no tocante às seguranças de renda e de autonomia.

Tabela 1 - Seguranças e provisões da política de assistência social

A segurança de renda implica a garantia de acesso a uma renda mínima, seja para as famílias pobres ou para idosos ou pessoas com deficiência que estejam impossibilitadas para o trabalho.	Operada por meio da concessão de auxílios financeiros e de benefícios continuados, nos termos da lei, para cidadãos não incluídos no sistema contributivo de proteção social, que apresentem vulnerabilidades decorrentes do ciclo de vida e/ou incapacidade para a vida independente e para o trabalho.
A segurança de autonomia visa a atuar na promoção do protagonismo, participação e acesso a direitos.	<p>Ações profissionais e sociais para:</p> <p>a. O desenvolvimento de capacidades e habilidades para o exercício do protagonismo, da cidadania;</p> <p>b. A conquista de melhores graus de liberdade, respeito à dignidade humana, protagonismo e certeza de proteção social para o indivíduo, a família e a sociedade;</p> <p>c. Conquista de maior grau de independência pessoal e qualidade nos laços sociais, para indivíduos sob contingências e vicissitudes</p>

Fonte: NOB SUAS/2012.⁷

Como visto, o que orienta a concepção de autonomia – palavra gasta, insistamos –, é uma opção política, de mundo. Os documentos oficiais da Política de Assistência Social exploraram o tema, em linhas gerais, da maneira que aqui se expôs de forma breve.

CONSIDERAÇÕES

Com o intuito de associar o trabalho da Política de Assistência Social ao tema da promoção de saúde, partiu-se da premissa de que a ampliação da autonomia dos indivíduos e coletividades está diretamente associada à melhoria da qualidade de vida. De saída, como dito, sem a sustentação material – sobretudo do ponto de vista da renda –, a ideia de autonomia parece impossível. Assim, o alcance da autonomia está condicionado às oportunidades e condições de acesso reais (e não meramente formais) – por parte das pessoas em situação de vulnerabilidade ou risco – aos bens e serviços sociais. Nesse sentido, em que pesem as críticas, tão compartilhadas, na mídia e na sociedade brasileira como um todo, a oferta de benefícios – transferência de renda direta aos usuários, por exemplo – cumpre um importante papel na política de assistência social¹⁰.

Não se trata de uma leitura ingênua, nem unidimensional da pobreza; esta, como se sabe, não se reduz à renda. As famílias vulneráveis apresentam, ainda, para além de uma multiplicidade de privações materiais (renda, alimentação, moradia, saúde, educação, trabalho, transporte, acesso a serviços, etc), algumas condições ou aspectos psicossociais (vergonha, humilhação, apatia, perda de autonomia) que dificultam o enfrentamento e a superação das condições de pobreza. Tais famílias poderão ser taxadas, pelas políticas públicas, de “incapazes”¹¹.

Como se percebe, além da garantia de renda, a ampliação da rede de dependências dos indivíduos e coletivos passa, como já dito, pelo acesso às redes públicas e comunitárias de proteção social. E nesse ponto, a atuação da assistência social merece destaque. Muitas famílias em situação de risco e vulnerabilidade social só conseguem acessar certos serviços públicos a partir do trabalho realizado pela assistência social. Em alguns casos, em virtude dos aspectos psicossociais citados anteriormente, bem como a emergência de violações de direito – tais como a situação de rua –, o público atendido apresenta poucas possibilidades de enfrentamento

às condições em que se encontram. Longe de culpabilizar os sujeitos, cabe à assistência social, além da articulação na rede pública de serviços, auxiliar os usuários no estabelecimento e fortalecimento de redes de convívio (vizinhança, igrejas, atividades esportivas, associações) em suas comunidades. Espera-se que o trabalho técnico desenvolvido no campo da assistência social – por meio de das oficinas e atendimentos individuais e coletivos, por exemplo – possa funcionar como um elemento catalisador de tais processos, contribuindo para a constituição de redes de proteção nos territórios em questão.

Merece destaque, ainda que de passagem, o tema da participação. A participação dos usuários nas formulações e controle das ações é uma das diretrizes da assistência social¹. Da mesma forma, a participação nas decisões coletivas é entendida na literatura sobre promoção de saúde como um elemento que impulsiona, favorece o *empowerment* e, conseqüentemente, atua sobre os determinantes da saúde². Nesse sentido, a concepção de participação política, aquela na qual o indivíduo está envolvido de forma direta, no sentido ativo proposto por Bobbio¹², há de ser favorecida pela assistência social. Afinal, o aprimoramento das políticas públicas passa pela mobilização e pelo controle social por parte do público atendido. Aqui se encontra uma das principais potências da contribuição da Política de Assistência Social no tocante ao desenvolvimento da autonomia. Mas, também há limites.

A Política de Assistência Social é marcada por discursos contraditórios e atravessada pela amplitude de seu objeto. Ao mesmo tempo em que surge como potente o discurso sobre a autonomia e a participação, a assistência social ainda caminha sob a pecha de uma política destinada aos pobres, herança de um histórico assistencialista, marcado pela bem-estar, tema amplamente discutido em textos da área. A oferta de renda àqueles que não se encontram incluídos no sistema contributivo de proteção social, bem como a garantia legal dos mínimos sociais, levanta a suspeita de que se trata de uma política destinada à manutenção do *status quo*. Tal ponto, via de regra, torna confuso o entendimento a respeito do objeto e da natureza da intervenção dessa política, inclusive no que diz respeito à garantia das seguranças sociais.

O que de fato são os mínimos sociais? Como equalizar autonomia e a suposta manutenção do *status quo*? Essas perguntas são complexas e as respostas ainda nos escapam.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social-PNAS/2004. Norma Operacional Básica-NOB/SUAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2005.
2. Fleury-Teixeira P. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008 [citado em 2016 maio 10]; 13(2):2115-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000900016&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Onocko RTC, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-87.
4. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
5. Presidência da República (BR). Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF; 1993. [citado em 2016 maio 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm
6. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica- NOB/SUAS – Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2005.
7. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. NOB/SUAS 2012. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012.
8. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. Departamento de Proteção Social Especial. *Fundamentos ético-políticos e rumos teórico-metodológicos para fortalecer o trabalho social com famílias na política de assistência social*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2016.
9. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2013.
10. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Curso de introdução à atualização sobre especificidade e interfaces da proteção social básica no SUAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2016.
11. Bronzo C. Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo. 2010. [citado em 2016 nov. 03]. Disponível em: <http://www.en.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/200/194>
12. Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. *Dicionário de política*. Brasília: UNB; 1998. [citado em 2016 nov. 03]. Disponível em: http://www.filoczar.com.br/Dicionarios/Dicionario_De_Politica.pdf

Prevenção de intoxicações acidentais domiciliares em crianças: o que diz a literatura?

Prevention of accidental household poisoning in children: what does the literature say?

Roberto Marini Ladeira¹, Luciana Vilaça², Fernando Madalena Volpe³

RESUMO

As lesões por causas externas na infância, como as intoxicações exógenas, representam importante problema de saúde pública global. Este trabalho apresenta uma revisão da literatura com o objetivo de analisar as recomendações de prevenção de intoxicações exógenas em crianças. Entre as medidas preventivas, as intervenções avaliadas foram: armazenamento seguro de produtos e plantas e disponibilidade do número do centro de controle de intoxicações. As ações educativas obtiveram melhorias no armazenamento seguro de medicamentos e produtos domésticos, sem evidência favorável no tocante às plantas. O fornecimento de adesivos com o telefone dos centros de controle de intoxicações apresentou resultado positivo. Em suma, as intervenções de segurança não legislativas domiciliares configuram otimização das medidas comportamentais contra as intoxicações, mas permanece controversa a redução factual do número de casos de envenenamento de crianças e adolescentes. Verificou-se escassez de evidência de alta qualidade nacional e internacional, destacando-se a ausência de referências brasileiras. **Palavras-chave:** Envenenamento; Cuidado da Criança; Acidentes Domésticos; Prevenção e Controle.

ABSTRACT

Injuries from external causes in childhood, such as exogenous intoxications, represent an important global public health problem. This paper presents a literature review with the objective of analyzing the effectiveness of recommendations for prevention of accidental poisoning in children. Among the preventive measures, the evaluated interventions were: safe storage of products and plants and availability of the poison control center number. The educational actions pointed to improvements in the safe storage of medicines and household products, without favorable evidence regarding the plants. The supply of adhesives with the telephone of the poison control centers presented a positive result. In short, home safety interventions improve preventive behavioral measures, but the actual reduction in the number of cases of child and adolescent poisoning remains controversial. It was verified a lack of evidence of high national and international quality, highlighting the absence of Brazilian references.

Key words: Poisoning; Child Care; Accidents, Home; Prevention and Control.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca as lesões por causas externas na infância como um importante problema de saúde pública global. No ano de 2004, essas lesões foram responsáveis por 30% das mortes em crianças de um a três anos,

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Roberto Marini Ladeira
E-mail: roberto.ladeira@themig.mg.gov.br

umentando até 60% na faixa dos cinco aos 17 anos, em todo o mundo. Mais além, os impactos para a vida resultantes das sequelas decorrentes das lesões são também relevantes, pois indivíduos jovens e saudáveis são usualmente os acometidos.¹

A investigação das intoxicações exógenas acidentais na infância e na adolescência é fundamental para que sejam identificados os fatores associados e seus determinantes, como um passo relevante no planejamento de intervenções que possam minimizar seus impactos. O perfil que procura atenção médica é de meninos de até quatro anos de idade que ingeriram medicamentos ou produtos disponíveis no lar.² A concentração de casos em faixas etárias muito precoces demandam ações em diversos campos, a saber: produção industrial, legislação de comercialização, regulação sanitária, armazenamento de produtos no domicílio, supervisão das crianças no ambiente doméstico e também na estruturação da rede de serviços de saúde.

Dois estudos de caso-controle conduzidos no Reino Unido³ e Paquistão⁴ detectaram que o não acondicionamento e guarda em local seguro de medicamentos e produtos domésticos é um fator de risco para a ocorrência de intoxicações. Um histórico de intoxicações prévias também é fator de risco⁴, o que indica que oportunidades de prevenção estão sendo perdidas. Embora exista uma série de recomendações divulgadas para a prevenção das intoxicações acidentais em crianças^{5,6}, a literatura sobre o tema ainda traz muitas controvérsias a respeito da eficácia das medidas comumente preconizadas.

Este estudo tem o objetivo de examinar as recomendações de prevenção de intoxicações exógenas em crianças a partir de uma revisão da literatura recente, com foco nas intervenções dirigidas para a segurança domiciliar.

REVISÃO DA LITERATURA _____

Foi realizada busca nas bases de dados PubMed e LILACs por artigos publicados entre 2011 e 2016, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, a partir das palavras-chave: (“poison*” AND child*” AND “prevention”). A busca resultou em 643 referências, cujo detalhamento chegou a 12 artigos tratando especificamente do tema. Após análise mais refinada de cada artigo, foram selecionados quatro abrangentes de revisão que abordaram especificamente o tema da eficácia das medidas preventivas.

Existe alguma evidência de que a educação em prevenção de intoxicações pode ser efetiva em aumentar o conhecimento das substâncias tóxicas e de comportamentos preventivos tais como o armazenamento seguro de medicamentos e produtos de limpeza,^{7,8} mas não há evidência de que isso reduza as intoxicações.⁸

Nos estudos que avaliaram as medidas preventivas, as intervenções mais comumente avaliadas podem ser agrupadas como se segue:

Armazenamento seguro de produtos e plantas

Medicamentos

Wynn *et al.*⁸ mencionam estudos primários que apresentam efeitos em atendimentos médicos ou intoxicações autorrelatadas a partir de intervenções educativas realizadas em ambiente escolar. Também é relatado estudo que avalia o uso de frasco resistente a crianças para prevenir o envenenamento por aspirina, que reportou redução na proporção de todos os atendimentos médicos de intoxicação por aspirina na área que recebeu a intervenção. Entretanto, não se evidenciou efeito significativo da intervenção nas intoxicações que receberam atendimento médico.

Wynn *et al.*⁸ descrevem que intervenções para promover o armazenamento seguro de medicamentos (pelo uso de trancas ou cadeados em armários e gavetas, móveis trancados ou guarda fora do alcance de crianças) foram registradas em 18 estudos, sendo que uma metanálise encontrou evidência de que educação, com ou sem o oferecimento de equipamento de segurança, foi efetiva em aumentar o armazenamento seguro de medicamentos.

Ainda segundo Wynn *et al.*⁸, de 25 estudos primários, sete realçaram que os grupos de famílias que receberam a intervenção armazenaram significativamente os medicamentos de forma mais segura do que as famílias do grupo-controle. Os demais estudos não encontraram diferenças significativas no armazenamento seguro de medicamentos entre os grupos estudados.

Outra abrangente metanálise⁹ envolveu 13 trabalhos que estudaram o armazenamento de medicamentos em armários e gavetas trancadas ou armazenamento acima do nível da cintura de um adulto ou inacessíveis a uma criança. No grupo que recebeu a intervenção (segurança doméstica) houve mais pro-

babilidade de armazenar medicamentos com segurança do que no grupo-controle.

Produtos domésticos

Em relação ao armazenamento seguro de produtos domésticos, duas metanálises mostraram que medidas educativas, com ou sem fornecimento de equipamentos de segurança, foram eficientes em aumentar a guarda segura dos produtos. Entre 31 estudos primários, seis mostraram que famílias no grupo de intervenção armazenaram produtos domésticos de maneira mais segura.⁸

Ensaio clínico randomizado avaliando os efeitos de visitas domiciliares ofertando educação para segurança, inspeções de segurança e fornecimento de cadeados mostrou que as famílias do grupo de intervenção significativamente armazenaram parafina (a substância em estudo) de forma mais segura. O restante dos estudos avaliando uma gama de intervenções de segurança não detectou diferenças significativas entre os grupos.⁸

Segundo Kendrick *et al.*,⁹ famílias dos grupos que receberam intervenções de segurança doméstica tiveram significativamente mais probabilidade de armazenar produtos de limpeza de maneira mais segura que as famílias do grupo-controle. Entretanto, a magnitude do efeito variou bastante entre os estudos. Essa heterogeneidade pode ser explicada parcialmente pela oferta de cadeados para armários ou gavetas em comparação com a oferta exclusiva de ação educativa. Também contribuíram para essa variação o ambiente do estudo e o período de seguimento. O efeito parece ser maior entre os estudos que ofereceram os cadeados. Intervenções realizadas no ambiente clínico parecem ter menos efeito que aquelas ofertadas no domicílio. O efeito também parece ser maior em períodos de *follow-up* menores (até três meses) quando comparados com períodos mais longos.

Foram incluídos em metanálise seis estudos relatando armazenamento de substâncias tóxicas fora do alcance.⁹ As intervenções de segurança doméstica não foram efetivas em aumentar o armazenamento seguro de substâncias tóxicas, com significativa heterogeneidade no tamanho dos efeitos. Os efeitos são maiores nos estudos que oferecem cadeados em comparação aos que oferecem apenas ações educativas. Da mesma forma, aquelas intervenções efetuadas em casa ou na comunidade tiveram mais efeito

do que as realizadas no ambiente clínico. As ações com mais tempo de seguimento (quatro meses ou mais) causaram mais efeito do que aquelas com menos tempo de seguimento (até três meses).

Plantas

Segundo Kendrick *et al.*,⁹ três estudos sobre o armazenamento de plantas fora do alcance (também plantas não acessíveis ou não possuir alguma planta tóxica em casa) foram incluídos na metanálise. Não houve evidência de que educação em segurança doméstica é efetiva em promover o armazenamento seguro de plantas, sem heterogeneidade significativa na magnitude dos efeitos.

Nos artigos analisados por Wynn *et al.*⁸ também não houve diferenças entre os grupos estudados para armazenamento de plantas fora do alcance de crianças.

Disponibilidade do número do centro de controle de intoxicações

Wynn *et al.*⁸ citam oito revisões com 11 estudos primários avaliando intervenções que promoviam o uso de adesivos/informações com contatos de centros de controle de intoxicações, com dois ensaios clínicos randomizados não incluídos nas revisões. Uma das metanálises demonstrou que educação, com ou sem o fornecimento de equipamento de segurança, foi efetiva em aumentar a disponibilidade dos números dos centros de controle de intoxicações.

Entre os 13 estudos primários, seis constataram efeitos significativos, favorecendo o grupo com intervenção. Entre eles, cinco ensaios clínicos randomizados que avaliaram educação para segurança e oferta de adesivos com telefone de centros de controle de intoxicações obtiveram efeito positivo para intervenção.⁸

No trabalho publicado por Kendrick *et al.*,⁹ foram incluídos na metanálise nove estudos que ressaltaram a disponibilidade do número do telefone de centros de controle de intoxicação. Famílias incluídas no grupo de intervenção para segurança doméstica tiveram mais probabilidade de ter o número do centro de controle de intoxicações acessível. A heterogeneidade pode ser parcialmente explicada pela oferta de adesivos com o número do telefone dos centros de controle de intoxicações ou o ambiente em que a

intervenção foi realizada. Estudos que forneceram os adesivos com o telefone dos centros de controle de intoxicações apresentam mais efeito do que aqueles que não informam esses dados. Intervenções realizadas no domicílio parecem obter mais efeito do que quando realizadas em ambiente clínico. A duração do *follow-up* (três meses ou menos X quatro meses ou mais) não mostrou diferença entre os efeitos.

De qualquer forma, os cuidadores devem estar alertas para procurar um serviço de emergência imediatamente ou comunicar um centro de controle de intoxicações em caso de ocorrência (ou suspeita) de intoxicação.¹⁰

Disponibilidade do xarope de ipeca

O xarope de ipeca é utilizado para indução de vômitos em situações de intoxicação por produtos químicos ingeridos. Durante muito tempo foi recomendado que estivesse disponível no domicílio. Entretanto, atualmente a sua utilização não é mais recomendada,¹⁰ embora os estudos de Kendrick *et al.*⁹ e Wynn *et al.*⁸ tenham analisado as ações educativas para incentivar a disponibilidade desse medicamento em domicílio. Considerando que essa é uma medida não mais indicada, não será objeto deste artigo.

DISCUSSÃO

Programas educativos de prevenção de intoxicações (especialmente aqueles que oferecem gratuitamente ou a baixo custo cadeados para armários ou adesivos com telefone dos centros de controle de intoxicações) têm mostrado melhora no comportamento de armazenamento seguro de produtos no domicílio. Ainda que as evidências indiquem que programas educativos possam melhorar o comportamento seguro, ainda não está claro se eles resultam em menor número de envenenamentos acidentais.^{9,10}

O acesso a equipamentos de baixo custo em programas centrados na comunidade parecem ser efetivos. Estudos têm demonstrado que intervenções domiciliares de caráter multifacetado que incluem oferta de equipamentos de segurança melhoraram as práticas preventivas.¹⁰ No entanto, é possível que as características psicológicas da mãe e sua relação com a criança sejam fatores mediadores da efetiva prevenção.¹¹ A profundidade e complexidade desses

aspectos são potenciais barreiras à efetividade das intervenções preventivas objetivas.

Em consultório lotado, oferecer todo o aconselhamento sobre segurança das crianças pode ser desencorajador. Uma estratégia prática seria envolver a equipe de enfermagem ou utilizar questionários para identificar riscos para crianças específicas e aí oferecer aconselhamento sobre segurança.¹⁰

Esta revisão demonstrou a escassez de evidência de alta qualidade no campo das intervenções não legislativas para prevenir envenenamentos na infância e a limitada qualidade de muitos estudos identificados. De modo geral, as publicações abordam diversos mecanismos de lesão e poucas são focadas em programas centrados na comunidade. Além disso, muito poucos estudos consideraram as intoxicações como um desfecho e apenas dois encontraram redução significativa dos envenenamentos. Um dos estudos concluiu que não houve redução das taxas de intoxicações.⁸

Apesar de este não ser um achado universal, pesquisas que relataram efeitos significativos nas ações preventivas contra intoxicações tenderam a oferecer medidas educativas, cadeados e adesivos com número do centro de controle de intoxicações. Alguns, mas não todos, também incluíram inspeções domiciliares das condições de segurança.⁸

É necessária a realização de mais estudos para avaliar a efetividade de medidas não legislativas para reduzir as intoxicações. Estudos maiores e provavelmente multicêntricos são necessários para conseguir mais poder de demonstrar redução nas taxas de intoxicações. O uso de desfechos e ferramentas padronizadas entre os estudos facilitaria a síntese das evidências.⁸

Há confirmações de que intervenções educacionais não legislativas melhoram as práticas preventivas contra intoxicações, mas há insuficientes resultados mostrando que elas reduzem envenenamentos em crianças. Intervenções envolvendo educação parental e oferta de equipamentos de segurança domiciliar devem ser consideradas ao lado de medidas mais amplas (legislação sobre embalagens, por exemplo) para prevenir intoxicações em crianças.⁸

As intervenções de segurança domiciliares foram efetivas em aumentar uma série de práticas de segurança, incluindo o armazenamento de medicamentos e produtos de limpeza fora do alcance de crianças, a disponibilidade de xarope de ipeca e acesso ao número do centro de controle de intoxicações.⁹

O efeito das intervenções aparentemente foi maior quando as intervenções eram realizadas no do-

micílio, em comparação ao ambiente clínico no caso do armazenamento de produtos de limpeza fora do alcance, disponibilidade do xarope de ipeca e acesso ao número do centro de controle de intoxicações. Os efeitos das intervenções de segurança no domicílio aparentemente diminuem com o tempo, sendo os maiores efeitos demonstrados para armazenamento seguro de produtos de limpeza durante períodos de até três meses do que em períodos maiores. Entretanto, efeitos significativos foram encontrados para a disponibilidade do xarope de ipeca e do número do centro de controle de intoxicações em seguimentos por tempo acima de quatro meses.⁹

CONCLUSÃO

Educação para segurança domiciliar e modificação do ambiente doméstico mediante a disponibilidade de equipamentos de segurança deve ser apenas um dos aspectos da estratégia para reduzir acidentes domésticos em crianças. Outras abordagens da Engenharia são também importantes componentes dessa estratégia, por exemplo, o desenho de produtos ou componentes da estrutura doméstica para aumentar a segurança, especialmente porque estes oferecem frequentemente proteção passiva. As estratégias também necessitam abranger abordagens legais como parâmetros regulatórios e legislação, que têm se mostrado efetivos em reduzir as taxas de lesões em crianças.⁹

Nos estudos apresentados, não há referência a algum trabalho realizado no Brasil. Esse fato sinaliza que a avaliação de medidas preventivas ainda desperta pouca atenção de pesquisadores e profissionais que lidam com tão importante problema de saúde pública ou, ainda, reflete a pouca disponibilidade de recursos financeiros para dar suporte a essa linha de investigação. De toda forma, enquanto não são produzidas evidências adequadas às características culturais e de organização da sociedade brasileira, segue-se utilizando as referências oriundas de estudos internacionais. Pelo que foi visto, a adoção de recomendações para adoção de comportamentos e práticas de segurança domiciliar ainda traz resulta-

dos contraditórios e, principalmente, não comprova de forma cabal o impacto na redução do número de intoxicações domiciliares em crianças.

REFERÊNCIAS

1. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF, *et al.* World Health Organization. World Report on Child Injury Prevention. Switzerland: World Health Organization; 2008.
2. Vilaça L. Intoxicações exógenas acidentais em crianças e adolescentes atendidos na unidade de emergência de um hospital de referência de Minas Gerais, em Belo Horizonte, em 2013 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência; 2016.
3. Kendrick D, Majsak-Newman G, Benford P, Coupland C, Timblin C, Hayes M, *et al.* Poison prevention practices and medically attended poisoning in young children: multicentre case-control study. *Inj Prev.* 2016. [citado em 2015 jan. 18]. Disponível em: <http://injuryprevention.bmj.com/content/early/2016/11/04/injury-prev-2015-041828.full>
4. Ahmed B, Fatmi Z, Siddiqui AR. Population attributable risk of unintentional childhood poisoning in Karachi Pakistan. *PLoS One.* 2011;6(10):24.
5. Glenn L. Pick your poison: what's new in poison control for the preschooler. *J Pediatr Nurs.* 2015;30(2):395-401.
6. Mintegi S, Esparza MJ, González JC, Rubio B, Sánchez F, Vila JJ, *et al.* Comité de seguridad y prevención de lesiones no Intencionadas en la infancia de la Asociación Española de Pediatría. [Recommendations for the prevention of poisoning]. *An Pediatr (Barc).* 2015;83(6):440.
7. Achana FA, Sutton AJ, Kendrick D, Wynn P, Young B, Jones DR, *et al.* The effectiveness of different interventions to promote poison prevention behaviours in households with children: a network meta-analysis. *PLoS One.* 2015;20:10(3):24.
8. Wynn PM, Zou K, Young B, Majsak-Newman G, Hawkins A, Kay B, *et al.* Prevention of childhood poisoning in the home: overview of systematic reviews and a systematic review of primary studies. *Int J Inj Control Safety Prom.* 2016;23(1):3-28.
9. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, *et al.* Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention. *Evid Based Child Health.* 2013; 8(3):761-939.
10. Theurer WM, Bhavsar AK. Prevention of unintentional childhood injury. *Am Fam Physician.* 2013;87(7):502-9.
11. Schmettmann M, Williamson A, Black D, Wilson L. Risk factors for unintentional poisoning in children aged 1-3 years in NSW Australia: a case-control study. *BMC Pediatr.* 2013;13(88):2-10.

Programa saúde na escola: marcos jurídicos e institucionais

School health program: legal and institutional frameworks

Lidiane Sales Vieira¹, Gisele Marcolino Saporetti¹, Soraya Almeida Belisário¹

RESUMO

Vários fatores, tanto no âmbito internacional como no nacional, contribuíram para que o Programa Saúde na Escola (PSE) fosse institucionalizado no Brasil e adotado nos municípios brasileiros. Este artigo, que é um recorte de uma dissertação de mestrado interessada na intersectorialidade entre políticas públicas de saúde e educação na promoção da saúde escolar, tem como objetivo apresentar de forma sucinta os principais marcos jurídicos e institucionais do PSE no Brasil. Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória que utilizou a pesquisa documental como instrumento de coleta de dados. Percebeu-se que a expansão dos alcances da saúde ao cotidiano escolar ocorreu na medida em que o conceito ampliado de saúde esboçou marco político/ideológico no processo de construção das políticas de saúde. Enfim, a proposição de atuação intersectorial do PSE é uma realidade nacional e em permanente movimento de ampliação, mostrando-se como investimento de ganhos públicos no campo da promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde Escolar; Ação Intersetorial; Promoção da Saúde.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

Several factors, not only in the international but also in the national scope, contributed to the institutionalization of the School Health Program (PSE) in Brazil and adopted in Brazilian cities. This article which is a cutting of a master dissertation interested in the intersectoriality between health public policies and education in the promotion of school health, aims to present succinctly the main legal and institutional frameworks of the PSE in Brazil. It is a qualitative and exploratory approaching that used documentary research as a data collection instrument. It was noticed that the expansion of the scope of health in the everyday school occurred as the expanded concept of health reached a political / ideological framework in the process of health policies. Finally, the intersectoral action proposal of the PSE is a national reality and, in a permanent expansion, it is showed as an investment of public gains in the area of health promotion.

Key words: School Health; Intersectoral Action; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A apropriação do espaço escolar como campo de comportamentos saudáveis foi influenciada pela evolução política global da promoção de saúde.¹ A convocação da Declaração de Alma-Ata em 1978, em que se suscitaram abordagens multissetoriais para a promoção da saúde², entre suas determinações, projetou a premência da integração de ações de saúde nas escolas.¹

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Lidiane Sales Vieira
E-mail: lidianisavi@yahoo.com.br

A Carta de Ottawa também chamou a atenção para o efeito do ambiente sobre a saúde e seus modos de promoção, bem como para a importância de se aproveitar os privilégios dos espaços coletivos ao desenvolvimento de competências de saúde.³ Fornecidas as bases mundiais para a expansão da promoção de saúde em territórios estratégicos, iniciativas especificamente direcionadas para a promoção da saúde escolar ganharam destaque.⁴ Nesses moldes, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprimorou o enfoque internacional na saúde escolar, estabelecendo o empreendimento da Escola Promotora de Saúde (EPS) como oportunidade de desenvolvimento sustentável no âmbito intersetorial.⁵

Entre os programas institucionais brasileiros que tomaram por base o escopo da promoção da saúde, mediada entre saúde e educação, se sobressai o Programa Saúde na Escola (PSE), que atende 18 milhões de estudantes em todo o país.⁶ Segundo seu decreto constituinte, o PSE, em articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a rede de ensino público, se propõe a integrar os dois setores com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da comunidade escolar nacional.⁷

O governo federal brasileiro propõe o PSE como contribuinte ao fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral dos escolares, com o intuito de enfrentar “*vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros*”.⁸ O progresso da política intersetorial Saúde-Escola tem importante marco em 2013, quando todos os municípios brasileiros foram habilitados a participar do PSE.^{9,10} Segundo o Ministério da Saúde (MS), nesse período, dos 5.565 municípios brasileiros, 87,4% aderiram ao programa intersetorial.¹⁰

Vários fatores, tanto no âmbito internacional como no nacional, contribuíram e propiciaram para que o PSE fosse institucionalizado no Brasil e adotado nos municípios brasileiros. Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Intersectorialidade entre políticas públicas de saúde e educação na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola em Venda Nova – Belo Horizonte”, a qual integra o projeto Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica, do Núcleo de Promoção da Saúde Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O recorte aqui apresentado tem como objetivo apresentar de forma sucinta os principais marcos jurídicos/institucionais do Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil.

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória que utilizou a pesquisa documental como instrumento de coleta de dados. A adequação do uso de documentos em pesquisas deriva de sua contribuição ao entendimento de objetos que demandam contextualização detalhada.¹¹ Neste trabalho foram pesquisadas as legislações, protocolos, manuais, publicações internacionais e nacionais, com a finalidade de buscar elementos que possibilitassem compreender a constituição e o percurso do PSE no Brasil.

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) —

O estreitamento entre a produção do conhecimento e um viver saudável expandiu-se ao cotidiano escolar, na medida em que o conceito ampliado de saúde esboçou marco político/ideológico no processo de construção das políticas de saúde.¹² A partir da década de 1980, com o fortalecimento da democracia e da luta pela cidadania no país, o cenário escolar incorporou novas ideologias, orientando-se pela diversificação de seu campo de atuação.¹³

Alcançando destaque especial com a promulgação da Carta de Ottawa³, o ambiente escolar tornou-se alvo de interesse crescente nas dimensões da saúde.^{5,12,14} Em avanço das iniciativas de Promoção da Saúde mundo afora, durante os anos 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e a Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde (IEPS). O desenvolvimento da EPS sustenta-se no trabalho em redes e na participação comunitária, sobretudo as de contato imediato com comunidade educativa.¹

A Tabela 1 apresenta uma síntese dos principais marcos internacionais relacionados à promoção da saúde na escola.

Em coerência ao movimento global estruturante da promoção da saúde como interferente imediato da intersectorialidade entre saúde e educação, no Brasil também se coordenaram ações políticas para a criação da saúde no território escolar.¹⁵

A Tabela 2 apresenta uma síntese dos principais marcos políticos brasileiros, relacionados ao PSE.

Tabela 1 - Principais marcos políticos internacionais da promoção de saúde na escola

Ano	Marcos políticos	Determinações
1948	Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU).	Reconhecimento internacional do direito à saúde. Repercussão política na consideração de determinantes e condicionantes sociais sobre a saúde. ¹³
1954	Comissão de Especialistas em Educação em Saúde na OMS	Constatação da necessidade da promoção da saúde dentro do espaço escolar. ¹⁵
1974	Informe Lalonde	Definição internacional do conceito de Campo da Saúde. Apoio à formulação das bases modernas da promoção à saúde e das estratégias para criação de espaços saudáveis e protetores. ^{14,16,17}
1978	I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde	Declaração Alma-Ata: significação da saúde como direito humano fundamental, e importante meta social mundial. ¹⁸
1986	I Conferência Internacional de Promoção da Saúde	Carta de Ottawa: referência global para a promoção da saúde e invocação pela participação multissetorial no desenvolvimento e fornecimento de ambientes saudáveis. ^{1,13,14,17,18}
1995	Diretrizes regionais: desenvolvimento de escolas promotoras da saúde – guia de ação.	Marco de referência para escolas aspirantes ao status de escola promotora de saúde. ¹
1995	Iniciativa Global de Saúde nas Escolas	Ação mundial destinada a melhorar a situação de saúde relacionada ao espaço escolar. ¹⁹
1995	Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (IREPS)	Compromisso latino-americano em prol da promoção e a educação para a saúde com enfoque integral e multissetorial no âmbito escolar. ^{5,14}
1995	Congresso de Saúde Escolar no Chile	Criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS). ^{5,14}
1996 1998 2002 2004	Reuniões Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS).	Apoio à organização e desenvolvimento das EPS e redes latino-americanas, intercâmbio das experiências. 5 Discussão de temas prioritários de saúde e identificação de linhas de ação para à promoção de saúde. ¹⁴
1997	Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde	Desenvolvimento de escolas promotoras de saúde em países europeus. ^{1,14}
2000	V Conferência Global de Promoção da Saúde	Estabelecimento das Escolas Promotoras de Saúde como efetiva iniciativa na criação de espaços saudáveis. ¹⁴
2001	Rede Caribenha de Escolas Promotoras de Saúde	Extensão da RLEPS ao Caribe. ⁵
2004	Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (ASAFS)	Incorporação da política global centrada na ação governamental para melhorar os hábitos alimentares e aumentar a atividade física em ambiente escolar. ²⁰
2008	Modelo de Política Escolar	Orientação mundial de componentes básicos para elaboração de política de saúde escolar nacional ou subnacional. ²⁰

Fonte: Elaborado pela própria autora, baseado em pesquisa da literatura e de documentos.^{1,5,13-20}

Tabela 2 - Síntese dos principais marcos políticos brasileiros, relacionados ao PSE

Ano	Marcos	Orientações
1971	Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº 5.692 de 1971.	Inserção compulsória de temas da saúde nos currículos escolares de todos os estabelecimentos de ensino do Brasil, por meio dos "programas de saúde". ²¹
1974	Parecer 2.246/74 do Conselho Federal de Educação.	Definição de objetivos e diretrizes pedagógicos relacionados ao ensino de saúde em sala de aula. ²²
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	Debate "Saúde como direito de todos e dever do Estado", impactante na instituição constitucional do SUS, com a consideração capital da promoção da saúde. ¹³
1988	Constituição Federal	Inserção da saúde no Sistema da Seguridade Social, junto à previdência e assistência social. ¹³
1990	LOS 8.080 LOS 8.142	Instituição de Sistema Único de Saúde (SUS) como um aparelho universal de atenção e cuidados. Destaque para o princípio organizativa intersetorialidade na produção social da saúde. ¹³
1998	Diretrizes ou Parâmetros Curriculares Nacionais (DCN ou PCN).	Tratamento da saúde na educação como temática transversal e, interseção da educação com vários outros saberes e ciências, em especial com a área de saúde. 14
2003	Inclusão da Educação Popular em Saúde como área técnica do Ministério da Saúde.	Definição de um espaço formalizado para integração entre as práticas desenvolvidas por outras áreas do Ministério da Saúde e propícias ao tema "saúde na escola". 14
2003	Reestruturação do Ministério da Saúde	Destaque a estruturas de educação na saúde: reforço à consideração da Promoção da saúde como intervenção dependente da articulação intersetorial. ¹⁴
2004	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)	Esforço nacional para a prática do conceito de Escolas Promotoras de Saúde. ²³

Continuação...

... continuação

Tabela 2 - Síntese dos principais marcos políticos brasileiros, relacionados ao PSE

Ano	Marcos	Orientações
2005	Mudança político-gerencial do Ministério da Saúde	Criação na estrutura do Ministério da Saúde de uma área de educação popular em saúde: bases para o desenvolvimento da escola produtora de saúde. ¹⁴
2005	Portaria Interministerial N° 749, de 13 de maio de 2005	Institui a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola. ²⁴
2005	“Escola que Produz Saúde” Publicação da revista “A Educação que produz Saúde”	Proposta que desloca a saúde do campo biológico e da ação biomédica nas práticas na escola. Valorização de aspectos históricos sociais, necessidades básicas, crenças e direitos da cidadania. ²⁵
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS)	Organização do trabalho e diálogo intersetorial: abordagem dos determinantes sociais da saúde, mobilização e participação multissetoriais. ¹³
2006	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Contribui à estruturação da promoção da saúde na escola, norteada pelos princípios e as diretrizes da PNaPS. ¹³
2007	Livro Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil.	Marco de referência nas experiências de saúde na escola no Brasil. ¹³
2007	Decreto Presidencial n° 6.286, de 5 de dezembro de 2007.	Instituição do Programa Saúde na Escola (PSE). ⁷

Fonte: Elaborado pela própria autora, baseado em pesquisa da literatura e de documentos. 7,13,14, 21,22,23,24,25

Foi nos anos 90 que o Brasil iniciou um esforço nacional para a execução do conceito de escolas promotoras de saúde. Num contexto de abertura política e ativismos sociais, a “*implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), em 2004, e a Política Nacional de Promoção de Saúde, aprovada em 2006, cujos fundamentos remontam à Carta de Ottawa, formalizam uma das expressões conceituais da EPS no Brasil*”.²³

Assim, diversas articulações entre saúde e educação foram potencializadas por meio da criação de aparatos institucionais com o objetivo de elaborar ações em saúde no espaço escolar. Nesse conjunto, o estabelecimento dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), publicado pelo Ministério da Educação (ME) na década de 1990, mesmo não sendo obrigatório, influenciou o tema saúde no cotidiano da sala de aula.²¹

Tabela 3 - Arcabouço jurídico do Programa Saúde na Escola – Brasil, 2016

Ano	Legislação	Disposições
2007	Decreto n° 6.286, de 5 de dezembro de 2007.	Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. ⁷
2008	Portaria interministerial Ministério da saúde/ Ministério da Educação (MS/ ME) n° 675, de 4 de junho de 2008.	Estabelece a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). ²⁸
2008	Portaria interministerial MS/ME n° 1.399, de 14 de novembro de 2008.	Trata da composição da CIESE. Estabelece assim agentes públicos para o exercício prático da interação interministerial MS/ME. ²⁹
2013	Portaria n° 364, de 8 de março de 2013	Trata da Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), constituída por ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, realizadas nos estabelecimentos públicos de ensino em todo o território nacional. ³⁰
2013	Portaria n° 1.302, de 28 de junho de 2013.	Coloca sobre o registro das informações das ações realizadas na Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) junto aos Sistemas de Avaliação e Monitoramento do PSE. ³¹
2013	Portaria n° 1.412, de 10 de julho de 2013.	Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. No artigo 5° especifica a necessidade de envio de informações do PSE para o banco de dados do SISAB. ³²
2013	Portaria interministerial n° 1.413, de 10 de julho de 2013.	Redefine as regras e critérios para adesão ao PSE e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. De forma geral, estende a possibilidade de vinculação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica ao PSE. ³³
2013	Portaria interministerial n° 15, de 10 de outubro de 2013.	Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do PSE e do Programa Brasil Alfabetizado. ³⁴
2014	Portaria n° 220, de 25 de março de 2014.	Normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde das equipes que desempenham ações exclusivas no PSE. ³⁵
2015	Portaria n° 798, de 17 de junho de 2015.	Redefinições sobre a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola). ³⁶

Fonte: Elaboração própria baseada nas legislações do PSE veiculadas no Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>). Acesso em 13 maio de 2016.

Cenário ainda mais favorável delineou-se com a instituição da Portaria Interministerial que estabeleceu a Câmara Intersectorial de Educação em Saúde na Escola. Além, claro, de outras políticas, como a Política Nacional de Atenção Básica e a própria organização dos serviços de saúde na ótica do Sistema Único de Saúde, que incluíram em suas projeções créditos para ações em territórios estratégicos como a escola.²⁶

Assim, tangenciada também por investimentos específicos da promoção da saúde escolar como o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)²³ e as portarias interministeriais propositoras da intersectorialidade “Educação em Saúde na Escola”²⁴, a escola passou a ter com a saúde importante relação.²⁶ Prova disso são as correlatas publicações nacionais no período, tais como “*A educação que produz saúde*”, revista da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e “*Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil*”, livro elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Pan-americana de Saúde.²⁶

Na Tabela 3 apresenta-se uma síntese dos estabelecimentos legais vigentes relativos ao PSE. Trata-se das legislações imediatamente relacionadas à organização, estruturação e mecanismos fundamentais do PSE, veiculadas no portal da atenção básica do Ministério da Saúde na respectiva página eletrônica do programa até junho de 2016 (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>. Acesso em 13 maio de 2016).²⁷

Pelo fato de o PSE ser um programa com adesões em ciclos⁷, ocorrem constantes publicações de portarias nas quais se confirmam prioritariamente questões sobre adesões municipais, veiculadas apenas a título de tornar públicos os repasses e financiamentos. Portarias que trataram estritamente dessa formalização não foram inclusas no esboço, por se aterem apenas às divulgações de recursos financeiros ligados à adesão do PSE, não inseridas no objeto de discussão.

As demais publicações pertinentes à análise proposta do PSE apresentam conteúdos que dizem das suas ações de saúde – considerações e responsabilidades, competências dos setores envolvidos e esferas gestoras responsáveis, conjunção de responsabilidades intersectoriais, diretrizes e planejamentos subsidiados do programa. Essencialmente é o que é trazido no decreto que instituiu o PSE⁷ e demais portarias que ordenam sua vigência.²⁸⁻³⁶

A gestão de estratégias essenciais à articulação institucional entre o Ministério da Educação e o da Saúde, decorrido o Decreto nº 6.286⁷, se valida na imediata constituição da Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). Por meio de portaria específica, à CIESE interessa a execução de ações no campo da saúde nas escolas, baseando-se no caráter transversal da atenção à saúde e na necessidade de envolver a comunidade nas estratégias de educação para a saúde na rede pública de educação básica.²⁸

Identifica-se ainda nos marcos políticos do PSE a “*parceria da educação e da saúde no que diz respeito à maior parte da estruturação do programa*”.³⁷ Segundo os autores, portarias como as instituidoras da comissão intersectorial e de projetos especiais referenciam estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação, especialmente na apreciação dos mecanismos e efetivação das ações intersectoriais do programa.³⁷

No que se refere à adesão ao programa, a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, estende a possibilidade de todos os municípios e equipes de atenção básica incorporarem em seus territórios o PSE. Ampliado também para as creches e pré-escolas, todos os níveis de ensino passaram a fazer parte do programa.³³ Essa universalização do programa em 2013 abona sua notoriedade e ascensão, comprovadas no acréscimo relevante na adesão ao PSE. A comparação do índice de participação municipal expõe o salto de 609 municípios, em 2009, para 4.865 municípios em 2013. Segundo informações divulgadas dos 5.565 municípios brasileiros, 87,4% aderiram ao programa intersectorial em 2013.¹⁰

Dados divulgados na 22^a Conferência Mundial de Promoção da Saúde da União Internacional para Promoção da Saúde e Educação e seus parceiros (IUPES), ocorrida no Brasil em 2016, referem uma situação de estabilidade na adesão ao PSE brasileiro. Entre 2014 e 2015, abrangeram-se 4.787 municípios (86%), totalizando 18.313.214 educandos e 32.317 equipes de saúde da família, distribuídos num universo de 78.934 escolas pactuadas com o PSE.⁶

Em permanente movimento de ampliação, o PSE apresenta um panorama cada vez mais expandido. Mostrando-se como investimento de ganhos públicos no campo da saúde e seguridade infanto-juvenil, constata-se que a proposição de atuação intersectorial é uma realidade nacional, com expressiva apropriação nos territórios brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen (DK): Health Evidence Network report; 2006. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf
2. World Health Organization. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: who; 1978. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>
3. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
4. Graciano AMC, Cardoso NMM, Mattos FF, Gomes VE, Oliveira ACB. Promoção da saúde na escola: história e perspectivas. *J Health Biological Sci.* 2015;3(1):34-8.
5. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas promotoras de la salud: fortalecimiento de la iniciativa regional: estrategias y líneas de acción 2003-2012. Washington, D.C: OPAS; 2003.
6. Cruz DKA. O Programa Saúde na Escola. Simpósio "Iniciativas de promoção da saúde nas escolas na América do Sul e na África: novos caminhos e perspectivas" In: IUHPE World Conference on Health Promotion, 22, 2016, Curitiba. 22nd IUHPE World Conference on Health Promotion. Promoting Health and Equity; 2016;25(1):535-6.
7. Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 5 dez. 2007.
8. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
9. Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde na Escola 2014 - passo a passo para a adesão. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.608, de 31 de outubro de 2013. Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Legislação do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 28]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
11. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Ciênc Soc.* 2009 [citado em 2016 jan. 21];1(1):1-15. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6/pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declarações das conferências de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
13. Bressan A. O que escola tem a ver com a saúde? Saúde e educação: interfaces possíveis. In: Ministério da Educação (BR). Saúde e Educação. Boletim Salto para o Futuro, TV Escola, Brasília: MS; 2008. p. 11-21.
14. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2007.
15. Gonçalves FD, Catrib AMF, Vieira NFC, Vieira LJS. A promoção da saúde na educação infantil. *Interface (Botucatu).* 2008 [citado em 2016 maio 02];12(24):181-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n24/13.pdf>
16. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.* 2006 [citado em 2016 maio 01];15(2):352-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
18. Mendes IAC. Desenvolvimento e Saúde: a declaração de almatata e movimentos posteriores. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004 [citado em 2016 maio 01];12(3):447-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a01.pdf>
19. World Health Organization. Global School Health Initiative. In: Programmes School and youth health; 2016. [citado em 2016 jun. 15]. Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/
20. Organização Mundial da Saúde. Modelo de política escolar: implementação da Estratégia Global da OMS para Alimentação, Atividade Física e Saúde. 2008. Agência de Saúde Pública do Canadá, Vancouver: OMS; 2008.
21. Monteiro PHN, Bizzo N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *Hist Ciênc Saúde Mangueiras.* 2015;22(2):411-27.
22. Monteiro PHN, Bizzo N. Hábitos, atitudes e ameaças: a saúde nos livros didáticos brasileiros. *Cad Pesquisa.* 2014 [citado em 2016 maio 08];44(151):133-54. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/48353>
23. Barbieri A, Noma AK. Políticas públicas de educação e saúde na escola: apontamentos iniciais sobre o Programa Saúde na Escola (PSE). In: Anais do Seminário de Pesquisa do Projeto Pós-Graduação em Educação, 2013, Maringá, Paraná. [citado em 2016 maio 13]. Disponível em: http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2013/
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 749 de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Legislação do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
25. Silva CS, Bodstein RCA. A theoretical framework on intersectoral practice in school health promotion. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016 [citado em 2016 set. 16];21(6):1777-88. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://go.galegroup.ez27.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=capes&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA459423662&asid=46f131cd7d1dc2ad14fdabe20773232e>
26. Silva CS. O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens? In: Ministério da Educação (BR). Saúde e Educação. Boletim Salto para o Futuro, TV Escola. Brasília: MS; 2008. p. 22-31.
27. Ministério da Saúde (BR). Portal do Departamento da Atenção Básica. Programa Saúde na Escola (PSE): Portarias e Decretos. In: Biblioteca / Estação Multimídia, Informes e legislações; 2016.

- [citado em 2016 jan.06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>
28. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial MS/ ME nº 675 de 04 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola. Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Legislação do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
 29. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Portaria interministerial MS/ME nº 1.399, de 14 de novembro de 2008. Designa membros para a Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Legislação do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
 30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 364, de 8 de março de 2013. Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro. Legislação do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
 31. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.302, de 28 de junho de 2013. Altera o prazo para o registro das informações das ações realizadas na Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) junto aos Sistemas de Avaliação e Monitoramento do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
 32. Ministério da Saúde (BR). Portal da Atenção Básica. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Legislação do PSE; 2016
 33. Ministério da Saúde (BR). Portaria interministerial MS/ME nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Legislação do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
 34. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 15, de 10 de outubro de 2013. Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do Programa Saúde na Escola - PSE e Programa Brasil Alfabetizado - PBA, e dá outras providências. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Legislação do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
 35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 220, de 25 de março de 2014. Define normas para o cadastramento no SCNES das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos de Atenção Básica, que desempenham ações pactuadas no Programa Saúde da Escola. Ministério da Saúde. Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Legislação do PSE; 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
 36. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015. Redefine a semana de mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola). Portal da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Legislação do PSE. 2016. [citado em 2016 jan. 06]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>.
 37. Ferreira IRC, Vosgerau DSAR, Moyses SJ, Moyses ST. Diplomas normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 [citado em 2016 jan. 06];17(12):3385-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>

Redução da maioria penal: aspectos gerais e controversos

Reduction of criminal majority: general and disputes aspects

Cláudio Leles do Nascimento¹, Filipe Fagundes Cardoso¹, Joanna de Angelis Andrade Lopes Mello¹, Washington César Pereira¹

RESUMO

A redução da maioria penal é muito discutida no Brasil e gera intensa movimentação legislativa. Nesse contexto, busca-se ampliar o entendimento sobre o tema por meio de uma pesquisa bibliográfica exploratória e relatar alguns aspectos que a envolvem. Conclui-se que não existe solução simples, imediata e única para o problema complexo que é a delinquência juvenil.

Palavras-chave: Direito Penal; Aplicação da Lei; Crime; Imputabilidade; Responsabilidade Penal.

ABSTRACT

The reduction of criminal responsibility is much discussed in Brazil and generates intense legislative drive. In this context, we seek to expand the understanding of the subject through a bibliographical research and report some aspects that surround it. We conclude that there is no simple, immediate and only solution to the complex problem that is juvenile delinquency.

Key words: Criminal Law; Law Enforcement; Crime; Imputability; Criminal Liability.

INTRODUÇÃO

A violência aumenta no Brasil e a mídia explora, diuturnamente, crimes bárbaros, sobretudo quando praticados por adolescentes. Essa difusão maciça da criminalidade faz com que os cidadãos, inclusive aqueles que residem em municípios com baixa prevalência criminal, se sintam inseguros.¹ Essa sensação de insegurança gera, em muitas pessoas, necessidade de se posicionar a respeito da redução da maioria penal como solução efetiva de redução criminal por meio da formulação de políticas de segurança pública.

Campos² traçou um paralelo entre opinião pública e políticas públicas, concluindo que, em decorrência da divulgação de crimes violentos cometidos por adolescentes, emergiu a discussão sobre a diminuição da idade de responsabilidade penal e o “suposto” caráter liberal do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), fazendo com que diferentes setores da sociedade civil se posicionassem sobre a redução da maioria penal. Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE)³ constatou que 83% da população eram a favor da redução da maioria penal e 15% eram contra. Esse cenário foi favorável a uma especulação eleitoral, que influenciou na apresentação, até o ano de 2007, de 31 propostas de emenda à Constituição (PEC) (Tabela 1) com o fito de reduzir a maioria penal, todas sem a devida tramitação e solução.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Claudio Leles do Nascimento
E-mail: claudioleles@gmail.com

Tabela 1 - Propostas de emenda à Constituição para alteração da imputabilidade

345/2004	Redução para 12 anos
169/1999 e 242/2004	Redução para 14 anos
171/1993; 37/1995; 91/1995; 301/1996; 426/1996; 531/1997; 68/1999; 133/1999, 150/1999; 167/1999; 377/2001; 582/2002; 179/2003; 272/2004 e 48/2007	Redução para 16 anos
386/1996	16 anos (alguns crimes)
633/1999	16-18 anos com ou sem emancipação
260/2000	Redução para 17 anos
321/2001	Verificação de aspectos psicossociais do agente para imputabilidade
64/2003	Entre 16 e 18 anos para casos excepcionais
302/2004	16 anos com parecer em contrário de junta médico-jurídica, ratificado pelo juízo competente
489/2005	Prévia avaliação psicológica, podendo o juiz concluir pela imputabilidade, se julgar que o grau de maturidade justifica a aplicação da pena
73/2007	Capacidade de entender o caráter delituoso do fato a partir de laudo médico e psicológico
85/2007	16 anos nos crimes dolosos contra a vida mediante avaliação de equipe multiprofissional constituída pela autoridade judiciária e imputável se constatado que tinha consciência do caráter ilícito do fato.
87/2007	Imputável o menor de 18 anos que praticar crime doloso contra a vida ou inafiançável e insuscetível de graça, anistia ou imprescritível, porém se comprovada a incapacidade de entender o caráter ilícito do fato inimputável.
125/2007	A imputabilidade será determinada por decisão judicial baseada em fatores psicossociais e culturais do agente e nas circunstâncias em que foi praticada a infração penal.
18/1999	Nos casos de crimes contra a vida ou patrimônio, cometidos com violência, ou grave ameaça à pessoa, são penalmente inimputáveis apenas os menores de 16 anos, sujeitos às normas da legislação especial.
20/1999	Entre 16 e 18 anos são penalmente imputáveis quando constatado seu amadurecimento intelectual e emocional.

Fonte: adaptado de Campos (2009).

A definição da idade de responsabilização penal é variável. Para Mirabete⁴, enquanto alguns países adotam a maioria penal aos 18 anos de idade, como o Brasil, Áustria e Dinamarca, outros divergem, como a Grécia (17 anos), Argentina (16 anos), Índia (15 anos), Alemanha (14 anos) e Inglaterra (10 anos). Alguns países ampliaram para 21 anos, como a Suécia e o Chile.

De acordo com Oliveira⁵, a variação da maioria penal entre os países é baseada em três critérios: biológico, psicológico e biopsicológico. O critério biológico baseia-se na ideia de que um indivíduo que apresenta algum tipo de doença mental, desenvolvimento mental retardado ou incompleto seja considerado inimputável, sem ser necessário qualquer tipo de exame. O critério psicológico considera, no momento do ato ilícito, se o agente tinha condições de entender o caráter criminoso do seu ato e de controlar suas vontades, desconsiderando qualquer doença mental. A combinação desses critérios é chamada de critério biopsicológico.

No Brasil, adotou-se o critério biológico baseado no entendimento de que o menor de 18 anos possui desenvolvimento mental incompleto e não estão completamente formadas suas condições de saber se está praticando um ato ilícito. Presume-se, então, que o

menor de 18 anos não tem maturidade mental e emocional completa, logo, não possui plena capacidade de entender o caráter ilícito de seus atos e de controlar seu comportamento. A Constituição Federal (CF) do Brasil⁶ fixou, assim, a maioria penal aos 18 anos, criando uma excludente de culpabilidade para os menores.

ENTENDENDO O CRIME E O ASPECTO PREVENTIVO DA PENA _____

Desde o nascimento, os indivíduos estão envolvidos em fatos sociais (regras morais, jurídicas, religiosas, sistemas financeiros, usos e costumes, etc.), que são normas coletivas com poder de coerção sobre eles e que dirigem o comportamento individual.⁷ Nesse contexto, o que direciona o indivíduo no caminho dos meios institucionalizados (caminho dos comportamentos socialmente aceitos) são: a socialização primária, que é um processo de integração social que decorre na infância e adolescência visando à aquisição de comportamentos, valores básicos e conhecimentos necessários à vida cotidiana, cujos agen-

tes/grupos são família, vizinhos, companheiros de escola, etc.; a socialização secundária, que decorre na vida adulta ou sempre que há mudanças e adaptações a novas situações sociais, implicando novas competências em nível de conhecimentos e comportamentos, cujos agentes são empresas, associações, religiosas, partidos políticos, etc.; e a coerção social, representada pela força que os fatos exercem sobre os indivíduos, levando-os a conformarem-se às regras da sociedade onde vivem, independentemente de sua vontade e escolha, representada pela punição e pena (Figura 1). Os fatos sociais deveriam ser suficientes para manter os indivíduos nesse caminho, qual seja, estudar, trabalhar, agir honestamente e atingir a satisfação das necessidades individuais sem o cometimento de crimes. No entanto, existem vários fatores que afastam alguns indivíduos desse caminho e os direcionam para o cometimento de infrações.

Segundo a teoria da anomia⁸, os crimes ocorrem pela vontade de obter satisfações (riqueza, status) acima das possibilidades de alcance por meio dos meios institucionalizados (trabalho, estudo), ou seja, socialmente aceitos. Movido por essa vontade, o indivíduo ignora as regras (leis, valores, costumes) e busca o caminho dos delitos para atingir seus fins.⁷ Nesse contexto, a coerção cumpre dois papéis: o primeiro é preventivo, uma vez que o indivíduo pode deixar de

cometer um delito por medo da pena, por estar preso ou por ser ressocializado. O segundo papel é o repressivo, no qual se pune o infrator (aspecto retributivo).

A socialização, por sua vez, é exclusivamente preventiva. A educação formal e informal (socialização primária e secundária) no âmbito familiar, religioso, escolar e social é fator fundamental para a prevenção criminal, principalmente para as crianças e adolescentes. No Brasil, em 2006, 51,8% dos adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas possuíam ensino fundamental, 3,4% possuíam menos que o ensino fundamental, 6,5% ensino médio, 0,4% EJA/supletivo sem especificar o nível e 37,8% não possuíam informação sobre a escolaridade. No ano de 2003, na Promotoria da Justiça da Infância e Juventude do Distrito Federal, a maioria absoluta dos adolescentes infratores era oriunda das camadas menos privilegiadas, cujas famílias tinham pouca ou nenhuma fonte de renda para a sobrevivência e vários desses adolescentes eram vítimas de violência física e moral dentro de seus próprios lares, acabando por reproduzir esses comportamentos na sociedade⁴. Nesse sentido, Cunha⁹ conclui que a forma como os pais educam, com mais afeto, acompanhamento, exemplos morais, ausência de abusos físicos, psicológicos ou sexuais determina o desenvolvimento ajustado e saudável da criança e do adolescente.

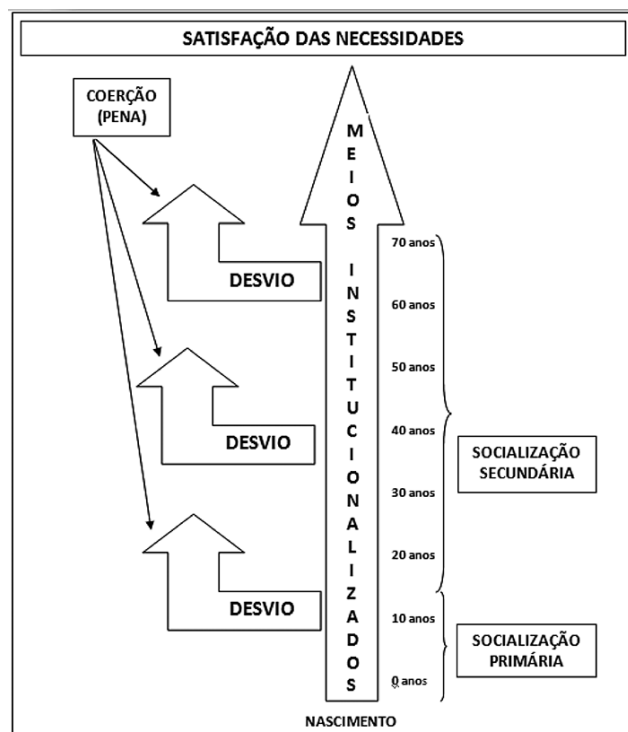


Figura 1 - Entendendo o crime. Fonte: dos autores.

Além disso, a pena analisada apenas em seu aspecto retributivo não atinge os fins sociais esperados, uma vez que, embora a sociedade deseje a punição do infrator, ela também espera que, ao sair da prisão, ele deixe de cometer delitos.

O QUE SE ESPERA COM A REDUÇÃO DA MAIORIDADE PENAL _____

Da maioridade penal estabelecida no Art. 288 da CF, surge a distinção: crime são atos cometidos por indivíduos com 18 anos de idade ou mais e por isso sujeitos à legislação criminal, enquanto ato infracional são crimes/contravenções praticados por menores de 18 anos sujeitos às medidas socioeducativas e de proteção do ECA. Neste trabalho trata-se apenas do ato infracional cometido por adolescentes, visto que entre as propostas de redução da maioridade nenhuma atinge os direitos dos menores de 12 anos (crianças).

Entre as medidas socioeducativas têm-se a advertência, a obrigação de reparar o dano, a prestação de serviços à comunidade, a liberdade assistida, a inserção em regime de semiliberdade e a internação em estabelecimento educacional. As medidas de proteção podem ser o encaminhamento aos pais ou responsável; orientação, apoio e acompanhamento temporários; matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; acolhimento institucional; inclusão em programa de acolhimento familiar e colocação em família substituta.¹⁰ Essas medidas socioeducativas e de proteção se amoldam, então, à ideia da ressocialização sugerida por Durkheim⁷ como meio de alinhar o comportamento individual ao socialmente aceito.

A internação constitui medida privativa da liberdade análoga à prisão, que se busca ampliar com a redução da maioridade penal. É uma medida excepcional, sem prazo determinado, devendo sua manutenção ser reavaliada mediante decisão fundamentada, no máximo, a cada seis meses e não pode exceder três anos, limite no qual o indivíduo deverá ser liberado ou colocado nos regimes de semiliberdade

de ou liberdade assistida. A liberação também será compulsória aos 21 anos de idade.⁹

Consoante o ECA, a internação somente pode ser aplicada quando o ato infracional for cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa, reiteração no cometimento de outras infrações graves ou por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta, hipótese essa na qual a internação não poderá ser superior a três meses. Além disso, a internação deverá ser cumprida em entidade exclusiva para adolescentes, obedecida rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração. Assim, se um adolescente cometer um ato infracional análogo ao homicídio poderá ficar internado por, no máximo, três anos, embora atenção seja dada às penas. A redução da maioridade penal não se resume a substituir a internação pela prisão, mas sim altera todo o sistema processual e de responsabilização (penas). Já um adulto primário que cometer um homicídio poderá passar para o regime semiaberto depois de cumpridos quatro anos e nove meses.

Outro aspecto da privação de liberdade dos adolescentes é a ausência de vagas em estabelecimentos adequados para internação, podendo resultar na liberdade do infrator. Conforme o relatório anual do programa Justiça ao Jovem aprovado durante a sessão plenária do Conselho Nacional de Justiça, no ano de 2010 havia um déficit de 559 vagas no sistema socioeducativo dos adolescentes em conflito com a lei.¹⁰ Esse diagnóstico foi realizado em 18 estados, contendo 116 unidades de internação, com o total de 5.305 internos para 4.746 vagas. Esse déficit pode estar subestimado, pois desconsidera a impossibilidade de aplicação da internação devido à falta de vagas ou à inexistência de estabelecimento adequado.¹¹

ARGUMENTOS A FAVOR E CONTRA A REDUÇÃO DA MAIORIDADE PENAL _____

Um dos argumentos para que haja a redução da maioridade penal é que a criminalidade juvenil tem tomado conta do país. Embora seja acentuado o número de atos ilícitos cometidos por adolescentes, eles não ultrapassam os índices dos crimes cometidos por adultos. Além disso, a população de jovens entre 14 e 18 anos vem diminuindo no Brasil.¹² Nesse contexto, a redução da maioridade não pode ser uma política única para a resolução dos problemas da criminalidade no país.¹³

Argumenta-se, também, que os jovens da atualidade são mais amadurecidos, bem informados e têm melhores condições de diferenciar entre atitudes certas e erradas, considerando a melhoria do acesso à informação. Sobre esse amadurecimento, há contradições na literatura: Borring¹⁴ afirma que existe certa relação da violência com o progresso do mundo e o amadurecimento mais precoce das crianças, sendo cabível a redução da maioria penal, uma vez que a gravidade dos delitos praticados pelos adolescentes é a mesma dos cometidos pelos adultos. Por sua vez, Cuneo¹⁵ afirma que, em função de os adolescentes estarem em desenvolvimento e amadurecimento emocional e psicológico, devem ser submetidos a medidas que mantenham o convívio social e familiar. Esse posicionamento induz a concluir que para reduzir a maioria penal é preciso assegurar condições sociais (educação, lazer e trabalho) que possibilitem o desenvolvimento dos adolescentes.

Em 2012, 58.764 adolescentes cumpriam medidas socioeducativas no Brasil. Esse é um segmento frequentemente associado à prática de crimes hediondos, mas as estatísticas contrariam o senso comum, demonstrando alta prevalência de ações contra o patrimônio (62,8%), sendo o roubo (34,7%) e o furto (22%) as modalidades mais recorrentes. Os crimes contra a pessoa e os costumes representam 13,6% dessas ações, sendo que os homicídios respondem por 4,1%.¹⁶

Consideração contrária à redução da maioria penal descreve que é uma política primordialmente repressiva, que busca trancafiar o autor do delito e não prevenir que ele o pratique. Além disso, grande parte dos crimes possibilita ao infrator responder o processo em liberdade e iniciar o cumprimento da pena em regimes diferentes do fechado, logo, não se obtém necessariamente a remoção do criminoso do convívio social, o que possibilita a continuidade delitiva.

Outra alegação a favor da redução é de que, se o jovem com 16 anos pode votar, também poderia responder criminalmente por seus atos. Esse argumento é contradito por não ser baseado em critérios científicos (psicológicos e/ou biológicos). Além disso, o voto aos 16 anos é um direito, já a capacidade de ser punido criminalmente é uma obrigação, não podendo o infrator optar por fazê-lo ou não.⁴

O relatório do programa Justiça ao Jovem¹¹ destaca que o tratamento dado aos adolescentes infratores não difere do dispensado aos adultos encarcerados. São precárias as condições de manutenção das unidades de internação. A maioria delas está deteriora-

da e sem condições de abrigar com dignidade um ser humano. Além disso, muitas são antigas, com conceito arquitetônico prisional e segregador. O problema da superlotação é recorrente. Muitas delas não possuem oficinas profissionalizantes e não promovem atividades físicas e de lazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Crer que a redução da maioria penal seja a solução para a criminalidade reflete o desconhecimento sobre os fatores que levam o indivíduo a delinquir e sobre as medidas preventivas a serem adotadas. Antes de optar pela redução, é preciso questionar se é garantido aos jovens um desenvolvimento social inclusivo que os afaste da criminalidade; se haveria vagas no sistema prisional para a demanda gerada; e se as medidas socioeducativas são realmente executadas.

O problema da criminalidade relaciona-se muito com as deficiências das estruturas sociais. É preciso fortalecer os processos de socialização, haja vista que a maioria dos adolescentes infratores apresenta baixa escolaridade e vem de camadas menos favorecidas nas quais os laços afetivos e os exemplos morais derivados das relações parentais não são suficientes para afastar as condutas antissociais.

Considerando a internação como uma medida excepcional, é preciso ampliar o número de vagas e otimizar as condições em que ela é executada. O reiterado cometimento de delitos, por si só, deve ser considerado, pois pode indicar a incapacidade de entendimento pelo infrator, da ilicitude dos seus atos.

Isoladamente, a redução da maioria penal é uma medida que implica criminalizar adolescentes que, mesmo estando em processo de formação e mesmo tendo possibilidade de ressocialização, seriam inseridos em presídios superlotados. Conclui-se, então, que não existe uma solução simples, única e imediata para o problema complexo que é a segurança pública.

REFERÊNCIAS

1. Scheufele DA, Tewksbury D. Framing, agenda setting, and priming: the evolution of three media effects models. *J Commun.* 2007;57:9-20.
2. Campos MS. Mídia e política: a construção da agenda nas propostas de redução da maioria penal na Câmara dos Deputados. *Opinião Pública*. 2009 [citado em 2016 jan. 18];15(2):478-509.

- Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010462762009000200008
3. Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. Pesquisa do IBOPE. Inteligência para a TV Globo e O Estado de São Paulo. 2014. [citado em 2016 jan. 18]. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt-br/noticias/Paginas/83-da-populacao-e-a-favor-da-reducao-da-idade-penal.aspx>
 4. Mirabete JFM. Manual de processo penal. 19ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
 5. Oliveira AN. Aspectos controversos da redução da maioria penal. *Âmbito Jurídico*. 2012; XV(106). [citado em 2016 jan. 18]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12435&revista_caderno=3
 6. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 35ª ed. São Paulo: Saraiva; 2005.
 7. Durkheim E. As regras do método sociológico. São Paulo: Nacional; 2001. 128 p.
 8. Merton RK. Sociologia: teoria e estrutura. São Paulo: Mestre Jou; 1910. 758p.
 9. Cunha PI, Ropelato R, Alves MPA. Redução da maioria penal: questões teóricas e empíricas. *Psicol Ciênc Prof*. 2006 [citado em 2016 jan. 18]; 26(4):646-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932006000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 10. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. In: Angher AJ, organizador. *Vade Mecum acadêmico de direito: coleção de leis Rideel*. 3ª ed. São Paulo: Rideel; 2006. p.917-33.
 11. Conselho Nacional de Justiça (BR). Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário. Relatório Anual do Programa Justiça ao Jovem. 2011. [citado em 2016 jan. 18]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/264-acoes-e-programas/programas-de-a-a-z/justica-ao-jovem/13112-programa-justica-ao-jovem>
 12. Carvalho L, Euzébio G. Unidades de internação de adolescentes têm déficit de 559 vagas. Agência CNJ de Notícias. Brasília. 2011. [citado em 2016 jan. 18]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/56865-unidades-de-internacao-de-adolescentes-tem-deficit-de-559-vagas>
 13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2016. [citado em 2016 jan. 18]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm
 14. Borring N. Redução da maioria penal no novo Código Civil. *J Segur*. 2003 [citado em 2016 jan. 18]; 77. Disponível: <http://www.seguranca.com.br/noticias/arquivo/015.htm>
 15. Cuneo MR. Inimputabilidade não é Impunidade: derrube esse mito, diga não à redução da idade penal. *Rev Igualdade*. 2001;9(31):22-37.
 16. Presidência da República (BR). Comunicação e Direitos. Secretaria de Direitos Humanos. Adolescentes em conflito com a lei: guia de referência para a cobertura jornalística. Brasília; 2012. 136 p. [citado em 2016 jan. 18]. Disponível em: http://issuu.com/andi_midia/docs/guia_correto/137

Reflexões a respeito da experiência do trabalho interdisciplinar em um serviço de referência em hanseníase

Reflections on the experience of interdisciplinary work in a referral service in leprosy

Nidia Bambirra¹, Maria Mônica Freitas Ribeiro², Ana Regina Coelho de Andrade³, Cynthia Rossetti Portela Alves², Luciana Miranda Barbosa Mello², Marcelo Grossi Araújo¹

RESUMO

O objetivo deste manuscrito foi enfatizar a relevância e a experiência do atendimento em equipe interdisciplinar no controle da hanseníase em um centro de referência. A perspectiva histórica e cotidiana do trabalho em equipe em unidade de referência é tomada como ilustração. Os aspectos clínicos, sociais e psicológicos também têm grande impacto na vida dos pacientes. A articulação e o envolvimento dos diversos profissionais em um trabalho interdisciplinar possibilitam melhorias efetivas no acompanhamento e na busca da quebra do arquétipo cultural que a hanseníase representa. A inserção do centro de referência em uma instituição de ensino proporciona o treinamento de futuros profissionais para atender em equipe e para o acompanhamento dos casos de hanseníase.

Palavras-chave: Hanseníase; Equipe; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

This article emphasizes the relevance and experience of patient care team in a leprosy referral center providing health education and training of health workers in an integrative perspective of treatment of leprosy patients. Historical and everyday perspective of team-work in a reference unit is taken as an illustration. Besides clinical aspects of disease, the social and psychological aspects of leprosy have a great impact in life of the patients. The interprofessional team work is essential to achieve an increased efficiency of care, and gives the possibility to reach cultural aspects related to leprosy. The referral center inserted in a medical school offers the possibility to learn about the team work routines, besides the opportunity to acquire expertise in leprosy management.

Key words: *Leprosy; Patient Care Team; Interpersonal Relations.*

INTRODUÇÃO

O Brasil, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, é o segundo país do mundo em número de casos de hanseníase.¹ Embora, entre as doenças contagiosas, seja doença passível de diagnóstico, tratamento e cura, sua abordagem ainda causa muita insegurança entre os indivíduos acometidos e entre os profissionais de saúde de todos os níveis. O diagnóstico tardio, com sequelas, e as diversas intercorrências resultantes da resposta imune de alguns indivíduos acabam por contribuir para o processo histórico de preconceito, negação e estigma que a acompanham. Nesse contexto, o papel da equipe multidisciplinar na abordagem da hanseníase tem sido preconizado e discutido.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Nidia Bambirra
E-mail: nbambirra@gmail.com

Em um contexto de declínio da endemia, os Centros de Referência (CR) para o atendimento da hanseníase têm papel relevante, tanto na referência e contrarreferência para a atenção primária, onde é preconizado o tratamento do doente, quanto para o ensino de graduação e pós-graduação em saúde e para a educação continuada dos profissionais que atuam na atenção à doença.² Os CRs concentram profissionais com experiência no manejo das diversas complicações da doença e são locais onde a pesquisa e o ensino devem ocorrer, além da assistência.

Em 1989, o Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG (SD-HC/UFMG) se estabeleceu como referência estadual para acompanhamento clínico da hanseníase no estado de Minas Gerais. A implantação da poliquimioterapia trouxe inovação no tratamento, com um processo de intervenção interdisciplinar, o que tornou essencial o trabalho de diversos profissionais e a efetiva participação do usuário.³ Nessa ocasião houve a criação da equipe multidisciplinar, parte essencial do processo. Hoje, o serviço é referência para o Sistema Único de Saúde e para os médicos que demandem orientações para o cuidado de seus pacientes. A reflexão sobre os desafios e as conquistas da equipe multidisciplinar para o tratamento, ensino e pesquisa da hanseníase, nesse centro de referência, constitui o objetivo deste trabalho.

Para subsidiar a reflexão proposta sobre o atendimento interdisciplinar na hanseníase, foi realizada pesquisa bibliográfica, na Biblioteca Virtual em Saúde com os termos hanseníase, *leprosy*, equipe, *care team*, interprofissional e *interprofessional*, bem como na releitura de outros textos considerados importantes.

A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ABORDAGEM DA HANSENÍASE _____

Na revisão da literatura, o cotidiano do trabalho em equipe na abordagem da hanseníase não se destaca, apesar dos diversos artigos relacionados à atuação de profissionais nas diversas áreas: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.^{4,5} Entretanto, o trabalho em equipe na área de saúde, especificamente na abordagem da hanseníase, tem sido discutido e valorizado.

Peduzzi⁶, em artigo sobre o trabalho em equipe na perspectiva da gerência, acrescenta que há necessidades não contempladas na atenção à saúde pela

lógica tecnocientífica e pela atuação fragmentada de profissionais, sem considerar as ações dos demais colegas. A valorização da atuação de cada profissional incorporada aos saberes da equipe de trabalho e da comunidade envolvida no processo, bem como no compromisso com o projeto institucional, produz melhoras efetivas no acompanhamento dos indivíduos.^{6,7}

Lana *et al.*⁸ chamam a atenção para o fato de o trabalho interdisciplinar e o atendimento integral não poderem estar inseridos apenas nos atendimentos em serviços especializados e nos CRs, reforçando a importância de o Programa de Controle da Hanseníase estar inserido no Programa de Saúde da Família. Para os autores, a interdisciplinaridade deveria envolver todos os níveis de atenção, adequando-se à complexidade e à realidade de cada um deles.

OS DESAFIOS NO COTIDIANO DO TRABALHO EM EQUIPE NO CENTRO DE REFERÊNCIA: RELATO DA EXPERIÊNCIA _____

No SD-HC/UFMG, desde a implantação da equipe multidisciplinar na abordagem da hanseníase, buscou-se a perspectiva de atuação interprofissional integrada. O primeiro grande desafio enfrentado foi a criação da própria equipe em um momento histórico em que as equipes interdisciplinares ainda não eram parte do cotidiano dessa instituição. Trabalhar em equipe no atendimento de pessoas, particularmente daquelas que apresentam hanseníase, exigia um processo participativo no qual era necessário construir uma nova concepção, saindo do imaginário de uma doença deformante e incurável para o de uma doença que tem tratamento e cura. Isso demandou disponibilidade, escuta, desejo de construir atendimento integral e partilhado, em que todos conhecessem as particularidades do atendimento de cada profissional, com o objetivo de usar a mesma linguagem e partilhar um conhecimento comum com os usuários.

Costa salienta que, para trabalhar em equipe, os profissionais devem ter clara a importância de haver um processo reflexivo sobre sua prática, inserção e autonomia de decisão nos serviços em todas as etapas do atendimento.⁹ Na construção desse processo, houve necessidade de reuniões frequentes e de construção de um projeto conjunto, com troca de informações e organização do trabalho, estabelecendo o acolhimento e o fluxo dos pacientes.

O atendimento realizado no Ambulatório de Hansenologia do SD-HC/UFMG foi construído em parceria entre Coordenadoria Estadual de Hanseníase de Minas Gerais, Universidade Federal de Minas Gerais (Faculdade de Medicina, Escola de Enfermagem) e serviços do HC-UFMG (dermatologia, enfermagem, fisioterapia, serviço social, farmácia, laboratório, terapia ocupacional), buscando interação interprofissional e interinstitucional. O serviço conta atualmente com profissionais da área médica, de enfermagem, de terapia ocupacional e fisioterapia, de serviço social e tem o suporte da farmácia e do laboratório.

Ponto primordial do processo tem sido a presença da coordenação do ambulatório, que assegura a comunicação entre os diversos profissionais, o intercâmbio com as diversas instituições de atendimento e a negociação intrainstitucional para atender às necessidades de agendamentos, referências e especificidades do atendimento.

O trabalho em equipe permite atendimento global ao usuário, que não se sente fragmentado, mas participe do processo. Cada paciente e os desdobramentos do seu caso são discutidos entre os profissionais durante o atendimento e fora dele. Esse intercâmbio no momento do atendimento faz com que os usuários tenham respostas imediatas às suas demandas. A participação da equipe em treinamentos de profissionais da rede de saúde contribui para a capacitação desses e descentralização do atendimento ao usuário.

Por estar inserida em um serviço de hospital universitário, a equipe tem importante papel no ensino. Para estudantes de graduação, é um espaço onde se vivencia o trabalho em equipe, como preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para Formação em Saúde,^{10,11} além de ser um espaço de prática no cuidado do paciente com hanseníase. Para a residência médica, seja em Dermatologia ou em Saúde da Família e Comunidade, é espaço de treinamento, onde se aprende que tratar do paciente vai muito além da prescrição de medicamentos, envolvendo o trabalho integrado de diferentes profissionais. Para os profissionais da equipe, os trabalhos de extensão e pesquisa, vinculados a essa experiência interdisciplinar, estimulam a própria educação continuada e produz material de qualidade para a comunidade e profissionais de saúde.

Muitas são as dificuldades encontradas desde a implantação do trabalho em equipe para atendimento de pessoas com hanseníase. A rotatividade dos profissionais na instituição gera dificuldades pela descontinuidade do atendimento, tanto pela necessidade do

treinamento do novo profissional para assumir o trabalho em equipe, quanto pelo preconceito ou o medo em relação à doença. É um desafio a rotatividade de médicos-residentes, em formação, que, além de terem seu primeiro contato com a hanseníase, não passaram por treinamento anterior sobre o conhecimento das especificidades do funcionamento da equipe no serviço.

Mesmo inseridos em uma instituição de ensino, pesquisa e assistência, há falta de ferramentas e de tempo para verificar o alcance do trabalho e o impacto prático dessa relação de colaboração entre profissionais e usuários e sua repercussão nas condições crônicas e no contexto familiar dos usuários.

Outro desafio que se apresenta é a motivação e formação de novos profissionais para assumir o trabalho em CR frente às inúmeras novas demandas e responsabilidades presentes, em especial na sua assessoria à atenção básica e treinamentos. A perda de expertise para lidar com uma doença complexa como a hanseníase é uma preocupação já relatada na literatura⁹ e não é específica do serviço em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o relato de experiência no trabalho com hanseníase, pretendeu-se enfatizar a importância da atuação das equipes multidisciplinares e os desafios vivenciados na sua prática.

Certamente tem o viés do olhar de quem participou da construção inicial, atua e valoriza o trabalho em equipe. Espera-se que ele possa estimular a criação de outras equipes em um momento em que a efetivação da interdisciplinaridade não pode se desvincular da responsabilidade individual, da necessidade de partilha e inserção e, mais importante, de assumir as novas formas de responsabilidade pelo social que devem se fazer presentes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global leprosy situation, 2016. *Week Epidemiol Rec.* 2016; 35(91): 405-20.
2. Alves CRPRibeiro MMFMelo EM, Araújo, MG. Ensino da hansenologia: desafios atuais. *An Bras Dermatol.* 2104;89(3):454-59.
3. Bambirra N. O atendimento multiprofissional da hanseníase no serviço de dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária.* Belo Horizonte: UFMG; 2004.

4. Silva MCD, Paz EPA. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(2):223-9.
5. Lana FCF. Organização tecnológica do trabalho em hanseníase com a introdução da poliquimioterapia. *Rev Bras Enferm.* 1993;46:199-210.
6. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza CG, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis.* 2011;21(2):629-46.
7. Costa MDH. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: Mota AE. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Organização Pan-Americana de Saúde; 2006.
8. Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e índice de desenvolvimento humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009;11(3):539-44.
9. Helene LMF, Pedrazzani ES, Martins CL, Vieira CSCA, Pereira AJ. Organização de serviços de saúde na eliminação da hanseníase em municípios do estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2008;61:744-52.
10. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: ME; 2014.
11. Ministério da Educação (BR). Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília: ME; 2001.

O silêncio da violência institucional no Brasil

The silence of institutional violence in Brazil

Priscilla Soares dos Santos Ladeia¹, Tatiana Tscherbakowski Mourão¹, Elza Machado de Melo¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Atualmente, a violência, em suas múltiplas faces, constitui um problema mundial, pelas suas graves consequências em agravos à saúde e impacto socioeconômico. O setor saúde, que deveria responder pelo cuidado aos indivíduos envolvidos em situações de violência e promover ações de enfrentamento desse problema, paradoxalmente atua como agente de violência institucional. Apesar da sua gravidade e potenciais consequências, a violência institucional persiste naturalizada e silenciada, por profissionais e usuários, em instituições de saúde. Este artigo tem por objetivo fazer uma revisão da literatura acerca do tema “violência institucional”, especificamente no setor saúde no Brasil, exemplificada em experiências de profissionais e usuários.

Palavras-chave: Violência; Assistência à Saúde; Fatores de Risco, Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT

Currently, the violence, in its many faces, is a worldwide problem because of its serious consequences for health and socioeconomic impact. The health sector, which should promote the care of individuals involved in violence's situations and foment actions to address this problem, paradoxically acts as an agent of institutional violence. Despite its seriousness and potential consequences, institutional violence persists naturalized and silenced, by professionals and users, in health institutions. This article aims to review the literature on the topic “institutional violence”, specifically in the health sector in Brazil, exemplified in experiences of professionals and users.

Key words: Violence; Delivery of Health Care; Risk Factors; Socioeconomic Factors.

INTRODUÇÃO

A violência, em suas múltiplas faces, constitui preocupação mundial, pela alta prevalência e graves consequências quanto à morbimortalidade, além de impactos sociais e econômicos. Segundo o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, publicado em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas mais sofrem lesões não fatais, como resultado de violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva. Somam-se a isso a dor e sofrimento associados, entre outras múltiplas consequências sociais e psicológicas para os indivíduos e suas famílias.

A interlocução do setor saúde com a violência acontece na medida em que ele deve responder pelo cuidado físico e mental dos indivíduos envolvidos em situações de violência. Além disso, deve, juntamente com outros setores, traçar estratégias de prevenção e

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Priscilla Soares dos Santos Ladeia
E-mail: priscilla_branca@yahoo.com.br

enfrentamento desse problema, com o objetivo de assegurar saúde plena em todos os seus aspectos biopsicossociais. No entanto, paradoxalmente, os serviços de saúde e seu corpo profissional constituem-se também em cenários e perpetradores de atos de uma violência silenciosa, que, nesse contexto, recebe o nome de “violência institucional”. Este artigo tem por objetivo fazer uma revisão da literatura acerca do tema “violência institucional”, especificamente no setor saúde no Brasil, exemplificada em experiências de profissionais e usuários.

MÉTODO

Realizou-se pesquisa no Portal Capes utilizando-se a busca por assunto com os termos “violência institucional” OR “*institutional violence*”; com o filtro de “idioma”, incluindo português, inglês e espanhol. Foram encontrados 192 trabalhos, cujos resumos foram lidos. Descartaram-se os trabalhos em duplicidade, aqueles cuja definição do tema pesquisado era diferente do foco deste artigo e também aqueles que tratavam da violência institucional em outros cenários que não o da saúde. Do total, foram selecionados 12 trabalhos para produção deste artigo.

REVISÃO

A violência institucional é definida como a violência praticada por órgãos e agentes públicos que deveriam responder pelo cuidado, proteção e defesa dos cidadãos. Manifesta-se, no setor saúde, segundo D’Oliveira *et al.*², por meio da negligência; violência verbal como tratamento grosseiro, repreensão, ameaças; violência física, incluindo o não alívio da dor; e o abuso sexual.

Segundo Fleury *et al.*³, existe uma assimetria entre o profissional de saúde e o enfermo. Essa assimetria é pautada, para além do conhecimento técnico e científico, na autoridade cultural e moral atribuída aos profissionais de saúde, em especial ao médico, conforme Aguiar e D’Oliveira⁴. A violência aconteceria quando se converte essa diferença e assimetria numa relação hierárquica com fins de dominação, de exploração e opressão, colocando o sujeito em situação de objeto, com negação ou prejuízo de sua atividade e fala.⁵ Assim, no momento em que o profissional de saúde extrapola os limites de poder e autoridade a ele atribuídos bem como impede ou limita a autonomia do usuário, oprimindo-o, institui-se a violência.

Há que se destacar que a privação dessa autonomia representa também a negação de um princípio fundamental da atenção à saúde prevista na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990: “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”. O usuário deixa de participar e ter voz ativa na decisão sobre seu cuidado, tornando-se simples objeto de intervenção.

Aguiar e D’Oliveira⁴ ressaltam a “crise de confiança” na área da saúde como outro determinante da violência institucional. Essa crise seria resultado da fragilidade do vínculo estabelecido entre profissionais e pacientes, com o uso excessivo de tecnologia em prejuízo da escuta, do acolhimento e do cuidado integral e individualizado.

No entanto, não é somente na relação entre profissional e usuário que a violência institucional acontece, mas, também, na negação desse “encontro”, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e peregrinações em busca de atendimento. Estudo realizado por Diniz *et al.*⁶ em maternidades localizadas em capitais nordestinas evidenciou que 58% das participantes não conseguiram vaga nas instituições, tendo que passar por dois ou mais serviços de saúde antes de serem atendidas. O mesmo problema foi encontrado em outro estudo no Rio de Janeiro:

Eu fui para o Rochinha e a mulher olhou pra mim e disse: “Ah! Você tem que ir pro Rocha Faria”. Quando eu fui pro Rocha Faria eles me disseram: “Não, você tem que ir pro Rochinha” (Militante do Movimento Negro).^{3:17}

A expressão da violência institucional na saúde é ainda mais importante em alguns grupos como mulheres, idosos, negros e aqueles de classe econômica mais baixa, refletindo situações históricas de preconceito e discriminação em função do sexo, classe social e raça, além de valores culturais e julgamento moral. Tal fato é apresentado em discursos de usuários e profissionais em diversos estudos:

A cor da pele conta muito, o lugar onde a pessoa vive, se a pessoa está com os pés cheios de lama porque vive em um lugar que não tem asfalto, tudo isso conta na hora de uma consulta médica. Há situações em que o médico não quer nem colocar a mão sobre a pessoa [...] não coloca (Militante do Movimento Negro).^{3:17}

Um médico afirmou que não se deveria confiar totalmente nas histórias de violência sexual contadas

pelas mulheres, já que muitas “querem fazer aborto e arranjam esta desculpa”.^{7:119}

É porque é pobre, né? Porque no [hospital privado X] ele não vai fazer isso, você entendeu? [...] Então eu acho que existe essa forma de ver as coisas. A paciente é pobre? Ah, tudo bem, né? Você percebe algumas situações, assim, que o profissional, seja médico ou enfermagem, né, ele não faria isso se tivesse num hospital “top” de linha (Obstetra 10).^{8:2293}

As instituições que deveriam ofertar atenção em saúde de modo igualitário não somente negam esse direito constitucional como também são cenários perpetuadores de outras violências.

As práticas de violência institucional manifestam-se tão corriqueiramente e de forma tão natural e silenciosa que muitas vezes não são reconhecidas como tais. A violência também é legitimada como “necessária” para o exercício do trabalho ou “para o bem” do usuário:

*Ah, isso eu já falei também [Não grita se não eu não venho te atender! Se continuar eu paro agora o que eu estou fazendo!]. (...) Porque eu queria tentar chamar atenção pra ela colaborar no trabalho de parto.*⁸

Além disso, em especial quando a violência não gera lesão física, os profissionais tendem a não entendê-la em sua definição e gravidade: “[...] atos violentos nunca presenciei, mas constrangedores, inúmeros” (P1).^{9:61}

Os usuários dos serviços de saúde, por sua vez, por medo de represália ou desconhecimento de seus direitos, mesmo reconhecendo atos de violência institucional, muitas vezes abdicam de contestá-los. Vieira e Favoreto^{10:92} destacam que, “apesar das situações de sofrimento e violência, as famílias tendem a manter o tratamento, por meio do silêncio e evitando o embate com profissionais”.

*Lá na maternidade tinha uma mulher, já era o quarto filho dela. E a mulher lá, dando as contrações, a mulher fazendo um escândalo. E eu lá, era o meu primeiro filho, porque diz que se você não gritar, não fazer escândalo, eles não maltrata. [...] eles deixaram ela de canto lá, reclamando sozinha. [...] Aí o médico falou assim: “só por isso você vai ficar aqui aguentando” [...] E eu lá com as contrações, eu não dava um pio, eu me mordida, [...] mas eu não gritava, não fazia nada.*⁴

Souza *et al.*^{11:62} destacam como a violência muitas vezes não é reconhecida também pelos usuários: “exatamente por ser exercitada nas ações diárias de instituições consagradas por sua tradição e poder, essa forma de violência costuma ser considerada como algo natural que, na maioria das vezes, não é contestada”. Isso se confirma na observação de Fleury *et al.*³ de que muitos usuários afirmam não terem presenciado alguma situação de violência, embora seus discursos estivessem marcados por preconceitos e desrespeitos.

Dessa forma, o não reconhecimento e o silenciamento diante de atos de violência institucional favorecem a sua manutenção, perpetuação e terminam por legitimá-la como intrínseca às práticas de saúde. As iniciativas de resistência e/ou de enfrentamento a essa forma de violência, por usuários e profissionais, são, em geral, individualizadas e nem sempre resolutivas. Manifestam-se por meio de denúncias, de boicote às regras, de transformar a situação em um “espetáculo” ou “escândalo”, de tentativas de resolução do conflito ou judicialização da questão.³

A menina quase agarrou a médica lá agora [...] quando ela saiu, ela ia segurando a médica. [...] Mas é assim que funciona, eu consigo porque chego lá e armo um escândalo. Porque eu estou no meu direito, sabe? (Militante do Movimento Negro).^{3:20}

[...] Já vi e intervi..., de tomar a assistência dele [referindo-se ao colega]. Pode deixar que eu faço, não precisa você cuidar, pode deixar que eu cuido (P10).^{11:69}

São reconhecidas algumas formas de resistência coletiva representadas, por exemplo, por grupos de pacientes de doenças específicas que partilham vivências de dificuldades comuns. Em geral, nesses grupos, “encontramos consciência reivindicativa tanto com relação aos direitos negados como referente a práticas discriminatórias na atenção à saúde”.^{3:20} Estudo realizado por Amaro *et al.*¹² investigou e comparou a percepção da violência em duas comunidades da periferia de Londrina, PR. Em sua conclusão, este estudo reforça que grupos ou comunidades com mais mobilização popular têm percepção mais aprofundada e condizente com a complexidade do problema da violência, referindo-a como reflexo da estrutura social, da cultura e agressões por agentes dos serviços públicos, o que pode favorecer o seu enfrentamento.¹³⁻¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência institucional constitui grave problema no setor saúde no Brasil e tem potencial de causar consequências físicas e psicológicas para os usuários em instituições de saúde que, pressupostamente, deveriam promover o cuidado e respeitar direitos constitucionais. Diversos estudos evidenciam como outras violências, como a de sexo, classe socioeconômica e cor/raça, se entrelaçam e acentuam as manifestações da violência institucional.

A despeito da gravidade dessas ações e/ou omissões, a violência institucional persiste ainda pouco reconhecida e naturalizada por profissionais e usuários, com movimentos discretos para seu enfrentamento. As múltiplas vozes envolvidas se calam. A invisibilidade da violência institucional por profissionais de saúde e usuários, bem como o silêncio perpetuado, mesmo diante de sua identificação, alerta para a urgência de mais mobilização popular e estudos que possam subsidiar políticas públicas para melhor reconhecimento e enfrentamento desse problema.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. World Report on Violence and Health. Genebra: WHO; 2002.
2. D'oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(11):1681-5.
3. Fleury S, Bicudo V, Rangel G. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colectiva*. 2013;9(1):11-25.
4. Aguiar JM, D'oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2011;15(36):79-91.
5. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar Editor; 1985.
6. Diniz NMF, Lopes RLM, Arrazola LSD, Gesteira SMA, Alves SLB. Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiência de mulheres. *Rev Bras Enferm*. 2010;57(3):354-6.
7. Villela WV, Vianna LA, Lima LFPC, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML *et al*. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc*. 2011;20(1):113-23.
8. Aguiar JM, D'oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2287-96.
9. Diniz SG, D'oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters*. 2012;20(40):94-101.
10. Viera DKR, Favoreto CAO. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface Comunic Saúde Educ*. 2016;20(56):89-98.
11. Souza AS, Meira EC, Menezes MR. Violência contra pessoas idosas promovidas em instituições de saúde. *Mediações*. 2012;17(2):57-72.
12. Amaro MCP, Andrade SM, Garanhani ML. A violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina, Paraná, Brasil. *Saúde Soc*. 2010;19(2):302-9.
13. Barbosa L, Dimenstein M, Leite J. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Av Psicol Latinoam*. 2010;32(2):309.
14. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*; 20 set. 1990. p. 18055.
15. Cuevas MC. Vocês sobre la violencia en la atención del aborto. *Rev Venezolana Estudios Mujer*. 2006;3(1):20-6.
16. Gomes AMA, Nations MK, LUZ MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. *Saúde Soc*. 2008;17(1):61-72.
17. Jacques PB, Olinda QB. A health's view on violence. *Rev Bras Prom Saúde*. 2012;25(2):129-30.

Sujeitos que se drogam e reforma psiquiátrica: uma oferta de hospitalidade ao estrangeiro contemporâneo

Drug addicts and psychiatric reform: an offer of hospitality to contemporary foreigners

Rosimeire Aparecida da Silva¹, Vivian Andrade Araújo Coelho¹, Bárbara Coelho Ferreira¹, Cristina Campolina Vilas Boas¹, Fabiana Campos Baptista¹, Miguel Figueiredo Antunes¹, Rosimery Iannarelli¹, Vivane Martins Cunha¹, Fernanda Otoni de Barros Brisset¹, Cristiane de Freitas Cunha¹

RESUMO

Este artigo busca refletir sobre o percurso da Reforma Psiquiátrica - Política Pública de Estado de assistência aos portadores de sofrimento mental grave - e seu encontro com os sujeitos que se drogam. Tal reflexão tomará como fio condutor o trabalho desenvolvido pelo Ateliê Intervalo de Redução de Danos, dispositivo de formação sobre a “questão drogas”, que tem como público-alvo os profissionais das redes públicas de saúde, assistência social, justiça e defesa social de 16 municípios mineiros e onde se realiza um processo de investigação teórica e política, visando orientar e qualificar a prática dos profissionais no encontro com os sujeitos que se drogam, na escuta de suas demandas, necessidades e vulnerabilidades.

Palavras-chave: Preparações Farmacêuticas; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Políticas Públicas de Saúde; Redução do Dano.

ABSTRACT

This article proposes a reflection on the experience of the Psychiatric Reform – a Public Policy of the Brazilian State – concerning the assistance provided to bearers of severe mental suffering and the encounter of this policy with the subjects who take drugs. The guideline of this article is the work developed by the Interval Atelier of Damage Reduction, a device of formation on the question of drugs, which has as its target-public the professionals of the public service nets of health, social assistance, justice and social defense from sixteen cities of the state of Minas Gerais, and develops a process of theoretical and political research, aiming at orienting and qualifying the practice of teams dealing with encountering and taking care of the subjects, their demands, needs and vulnerabilities.

Key words: Pharmaceutical Preparations; Psychiatric Reform; Mental Health; Public Health Policy; Harm Reduction.

INICIANDO A CONVERSA

Logo de saída, uma constatação: a Reforma Psiquiátrica reencontra, em um segundo momento de seu percurso, um antigo hóspede da instituição a que se propôs substituir: os sujeitos que se drogam. No momento anterior, que corresponde ao da criação da política, os usuários de drogas representavam 35,6% da população internada nos hospitais psiquiátricos¹ e a Reforma Psiquiátrica era ainda uma tímida realidade, já que existiam, em todo o país, poucos serviços substitutivos. A assistência

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH, Departamento de Sociologia. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Cristiane de Freitas Cunha
E-mail: cristianedefreitascunha@gmail.com

encontrava-se concentrada na oferta da internação em instituições hospitalares, a lei federal era ainda um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional e os serviços substitutivos pontuavam timidamente os textos e os discursos oficiais. Faz-se importante destacar que a aprovação da Lei Federal 10.216/01² a erige à condição de Política Pública de Estado, superando o caráter inicial que se concentrava na iniciativa de determinados governos, com especial destaque nas iniciativas de governos municipais que se inauguraram com e inspiradas pela experiência do município de Santos.

Em estudo recente e restrito ao município de Belo Horizonte, Coelho *et al.*³ analisam a alteração do perfil de atendimento de dois hospitais psiquiátricos públicos no período de 2002 a 2011 e salientam que:

Um dos achados mais importantes no presente estudo é a tendência de inversão nas morbidades mais frequentes nesses hospitais, com os transtornos ligados ao abuso e dependência de substâncias, ultrapassando o número de atendimentos por transtornos psicóticos no ano de 2011. É improvável que este fenômeno se associe diretamente com variações de prevalências na comunidade. Ao contrário, é razoável supor que o fenômeno esteja associado com a marcante diferença na efetividade dos tratamentos para as psicoses e para a dependência e, também, à dificuldade de acesso aos tratamentos especializados para essas últimas.³

Por outro lado, pode-se apontar que as demandas dos sujeitos que se drogam eram recepcionadas e acolhidas pelos hospitais gerais e psiquiátricos, mas também pelos chamados centros especializados, que se constituíram, em sua grande maioria, articulados à academia, conforme nota Machado⁴. Reconhecidos pelo Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), esses centros voltavam-se para a pesquisa, prevenção e/ou tratamento, mas “suas práticas nem sempre estiveram articuladas à formulação de políticas de saúde”^{4:45}, ainda que tenham contribuído e inaugurado “no país a possibilidade de realização de práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, não centradas em uma perspectiva moralista ou repressiva”^{4:45}.

Em 2003 o Ministério da Saúde (MS) incluiu em suas pautas – entre as quais se inclui e se destaca a Reforma Psiquiátrica – a assistência aos sujeitos que se drogam, propondo, para tanto, uma política de atenção integral. Antes dessa decisão, a Reforma Psiquiátrica já havia acolhido em sua rede de cuidados

as demandas e necessidades desse “novo estrangeiro”, a partir da proposição de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) específico: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CASP-AD), introduzindo aí o incentivo à adoção de práticas orientadas pela redução de danos.

A inclusão tardia dos sujeitos que se drogam inicia-se tendo que se posicionar em relação a um dos efeitos gerados pelo vácuo de respostas. Nesse hiato temporal, “alternativas de atenção total, fechada e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência”^{5:7} se constituíram em respostas da sociedade civil como um todo e de grupos organizados em particular, por instituições religiosas. As chamadas comunidades terapêuticas e seu modelo de tratamento dominavam o cenário assistencial e a segregação – como medida de tratamento – fazia seu retorno.

O modelo de tratamento dessas instituições orienta-se pela díade “proteção-exclusão”, que preconiza a salvação do sujeito pelo viés do tratamento, universalizado na prática em uma resposta única: a internação.⁶ Tais comunidades não escondem sua aliança com a “guerra às drogas” ao reiterar o consumo de drogas como crime e os sujeitos que se drogam como criminosos. Mas, sobretudo, e como salienta Delgado^{7:4}, restaura-se, com esse discurso e prática, “o modelo biomédico e hospitalocêntrico no cuidado em saúde mental” que, juntamente com a judicialização do cuidado,

[...] constituem núcleos temáticos presentes em todo o longo debate que ainda teremos pela frente no que concerne à melhor forma de lidar com os sujeitos com sofrimento mental [...] e os usuários de drogas, no Estado Democrático de Direito.

O reencontro da Reforma Psiquiátrica com os sujeitos que se drogam já não terá como cenário exclusivo o hospital psiquiátrico e passará a acontecer – e sendo esse o convite – nos serviços substitutivos criados pela Política Pública. Esses serviços e as tecnologias de cuidado são orientados pelos princípios éticos que enunciam alguns pontos fundamentais de orientação, quais sejam: o cuidado em liberdade, o consentimento com o tratamento e a reinserção social dos sujeitos, alvo do confronto que se estabelecerá.

Delgado⁷ localiza o debate acerca da assistência pública em saúde mental, para o qual o PL 3657/89 funcionou como elemento provocador, como um acontecimento que revelou uma curiosa ausência: a palavra do louco. Até então:

Não existia o paciente como sujeito político. Tudo se fazia em nome dele, para seu bem, sempre o que parecia ser o melhor para ele. Mas ele nunca estava presente para dizer o que pensava a respeito.^{7,3}

Esse fato se repete na prática com os sujeitos que se drogam e se revelou, de modo contundente, no debate ocorrido nos anos de 2010 a 2013, quando projetos de lei que visavam modificar a lei de drogas brasileira – propondo mais endurecimento das duras respostas penais – entraram em discussão na Câmara Federal e no Senado e quando o governo federal propôs uma nova Política Pública sobre Drogas ancorada no lema “*Crack, é possível vencer*”.

É possível, portanto, detectar no reencontro com a “questão droga” a reedição de antigos obstáculos e, sobretudo, perceber que a loucura que ora se apresenta – o novo estrangeiro, dissidente da moral e sujeito da ameaça social – porta traços que o identificam com o hóspede primeiro: o louco clássico ou o psicótico, para quem a Reforma Psiquiátrica se inventou, buscando estabelecer um novo paradigma de cuidado e relação entre ele e a sociedade, além de apresentar novas questões.

Uma pergunta orienta a implantação da política: qual o lugar social da loucura? E a construção que ensejou aproxima a experiência da loucura da psicose. Autores como Bezerra⁸, Birman⁹, Goldberg¹⁰, Lobosque¹¹, Silva¹², entre outros, expressam essa aproximação. Encontramos, por exemplo, em Goldberg^{10:111} que o CAPS tem como linhas essenciais de atuação “lidar com a psicose e suas determinações de marginalização e cronificação”. Vale salientar que o CAPS Luiz Cerqueira, ao qual se refere Goldberg, foi o primeiro serviço dessa natureza implantado no país.

Pode-se dizer, portanto, que a delimitação estabelecida pela Reforma Psiquiátrica, ao tomar como referência a estrutura da psicose, circunscreveu a experiência da loucura como uma *experiência de linguagem*, tal como ensina Lacan¹³:

É o registro da fala que cria toda a riqueza da fenomenologia da psicose, é aí que vemos todos os seus aspectos, as suas decomposições, as suas refrações. A alucinação verbal, que é aí fundamental, é justamente um dos fenômenos mais problemáticos da fala.^{13:47}

E continua:

O que é o fenômeno psicótico? É a emergência na realidade de uma significação enorme que

não se parece com nada – e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que ela jamais entrou no sistema de simbolização – mas que pode, em certas condições, ameaçar todo o edifício.^{13:102}

Uma experiência que, na clínica, se dá a reconhecer pelos distúrbios manifestos no campo da linguagem. O hóspede primeiro falava, por vezes, uma língua estrangeira aos códigos da razão e suas normas e se apresentava ora com palavras plenas, carregadas de enigma, ora com palavras vazias que a nada remetiam. E pedia a criação de uma clínica que desse lugar a seu dizer, não como mero signo da doença, mas como palavra portadora de sentido, ainda que este não obedecesse ou siga a convenção. E de uma política que o reconhecesse como um cidadão e trabalhasse em prol de sua cidadania.

A política pública de saúde mental organizou-se orientada pela busca da restituição dos direitos de cidadania para os ditos loucos, pela ruptura com a violência institucional em que estes eram objeto e, finalmente, pela elaboração de um pensamento clínico para dar sustentação ao trabalho a ser desenvolvido nos serviços substitutivos com os seres falantes que, em alguns casos e momentos, podem se pronunciar em uma língua fundamental e às vezes esotérica.

AD: UM PERTURBADOR SUFIXO _____

O encontro com os sujeitos que se drogam revela-se, ainda hoje, um fato perturbador. Não raro, ao se apresentarem, equipes que atuam em serviços não especializados se embarçam, adotando “sobrenomes” para o que antes não pedia complemento. Por exemplo: os CAPS sentem-se compelidos a completar sua nomeação com adjetivos tais como: CAPS normal, CAPS geral, CAPS transtorno ou, ainda, CAPS tudo, ao que cabe indagar o que, de fato, perturba a rede. O que tal perturbação expressa ou o que se mostra tão desconhecido assim para a Reforma Psiquiátrica nesse reencontro?

A “inclusão tardia”, como definido pelo MS, dar-se-á em um contexto marcado por algumas variáveis, entre as quais a de maior peso será, sem dúvida, o contexto de guerra estabelecido no plano internacional e reproduzido em solo pátrio como regulador das relações entre sujeitos e substâncias psicoativas. É uma marca cujas consequências podem ser extraídas dos dados relativos às mortes por causas externas, na qual o Brasil figura como

campeão entre jovens, sobretudo os jovens pobres e negros; assim como nos dados relativos ao encarceramento, no qual ocupamos o desonroso quarto lugar em número de encarcerados. E que, de novo, expressa o racismo que organiza a sociedade brasileira. A imensa maioria dos encarcerados são jovens, pobres e negros, como se pode constatar nas estatísticas apresentadas pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN).

Assim, o hóspede inesperado chega trazendo consigo, além da possível e esperada demanda, as marcas da violência e da criminalidade que circunscrevem o universo da droga em nossa sociedade. E a tensão se instala de saída e, em alguns momentos, assume tamanha proporção que turva a percepção, reduz ou faz desaparecer o sujeito e seu possível dizer diante do brilho da química proibida e criminalizada. Não se vê e se escuta o sujeito, e o cuidado acaba por se orientar por fantasias e preconceitos que reduzem a experiência à categoria do delito ou da doença. Nem uma coisa nem outra, diríamos. Mas, antes de tudo, uma solução para o mal-estar ou um modo de dar satisfação ao que em nós não sossega, aquilo de que não nos curamos e nunca cessa de tentar satisfazer-se: a pulsão. Este é um conceito, afirma Freud¹⁴:

Situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo.^{14:127}

Uma necessidade que perturba a homeostase do corpo e exige, imperiosamente, satisfação! Freud indica quatro destinos para a pulsão: a reversão ao seu oposto, o retorno em direção ao eu, o recalque e a sublimação. E que tanto o objeto quanto o modo de satisfação são variáveis. Essa pista pode auxiliar no encontro com sujeitos que apresentam um modo de satisfação fixa, repetitivo e sem intervalos. Sujeitos que vivem, de modo bastante significativo, uma experiência de curto-circuito que exclui o Outro e a possibilidade de fazer a pulsão ir além do corpo.

O campo árido das cenas de uso, onde a exclusão se enlaça à droga, ensina:

A cada dia e com cada usuário, que o que toca a flor da pele convulsiona, aperta o peito e faz delirar meninos, mendigos, malucos, bandidos, santos, padres e juizes, não pede remédios, pede pensamento.^{15:211}

CLÍNICA DE AD: UMA CLÍNICA PARA O CORPO NA REDE DE CUIDADO COM A LOUCURA

Se a experiência da psicose indica serem os fenômenos de linguagem a “assinatura da estrutura”, pode-se dizer que, na experiência com os novos loucos – os sujeitos que se drogam –, é o corpo o ponto que se destaca e é a pegada por onde a demanda de tratamento pode se produzir.

O corpo tem lugar de destaque na clínica das toxicomanias. Kehl¹⁶ inclui a toxicomania entre o que chama de “patologias sem representação, manifestas no corpo ou em ato, já que no terreno das representações inconscientes parece que pouco falta para que tudo esteja traduzido em imagens socialmente validadas”. E Freud¹⁷, ao indicar que a intoxicação constitui-se na mais grosseira e eficaz resposta ao mal-estar, permite ler nessa afirmativa que esta se constitui como um modo de tratamento da pulsão pelo corpo:

Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse amortecedor das preocupações, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu perigo e a sua capacidade de causar danos.^{17:86}

O tratamento da pulsão pelo corpo comporta riscos e um preço a pagar: o dano provocado pelo hábito ou pelo consumo intenso que aí se mostram. Constata-se em campo, no encontro com esses sujeitos, para além do descuido, das marcas de violência – “memórias da pele” – e da degradação física imposta pelo consumo intenso, que o corpo é terreno para inscrição de signos (tatuagens) e suporte para adereços: alguns se fazem recobrir de imagens, outros de camadas de roupas e adereços. Mas aí se recolhe também da experiência que é pela via do cuidado com o corpo que o laço é favorecido. Esses sujeitos demonstram um vivo interesse pelo corpo e se enlaçam mais facilmente quando a oferta os toca.

As equipes dos consultórios de rua, dispositivos clínicos que alcançam os que se encontram à margem de todas as redes, se deparam com esse ponto em seu cotidiano de trabalho e a produção de uma demanda de tratamento. O endereçamento ao Outro é facilitado

e mesmo precedido, quase sempre, por estratégias que visam ao corpo e apresentam modos substitutivos de satisfação pulsional. Isso leva a sustentar uma aposta: o encontro da clínica da Reforma Psiquiátrica com os sujeitos que se drogam, medida pela redução de danos, deve orientar-se pela invenção, sempre singular, de modos substitutivos de satisfação pulsional, reconhecendo que o corpo, tal como propõe a Psicanálise, se constitui na linguagem, no campo do Outro.¹⁸

A adstrição da redução de danos ao contexto da AIDS e a escolha da Reforma Psiquiátrica pela loucura como uma experiência de linguagem não permitiu que a perturbação expressa pelo hábito – às vezes arriscado e destrutivo – de consumir substâncias expressava algo da ordem daquilo que habitualmente se inscreve como loucura no Ocidente. Uma loucura que não se mostra nos distúrbios da linguagem, mas no corpo. Uma experiência de corpo e fechado no curto-circuito pulsional.

O Ateliê “Intervalo de Redução de Danos” formulou-se e se constituiu buscando instituir um lugar para a pulsação de um pensamento clínico, social e cidadão sobre a “questão droga”, mas, sobretudo, como um lugar para fomentar a investigação sobre a clínica de sujeitos que se drogam dentro da Política Pública de Saúde. Um dispositivo para dar lugar à indagação, à busca de conhecimento e às angústias que marcam os encontros cotidianos e de onde se extrai o conhecimento – dos livros, da academia – mas, antes de tudo, do não saber, da experiência clínica e sua transmissão orientada pelo dizer dos sujeitos e suas – às vezes desarranjadas – soluções.

Principia-se pelo ponto que se destacou e iluminou o percurso da conversa: o corpo. O que é um corpo para um sujeito? Desse modo, tenta-se abrir brechas e criar intervalos no discurso reducionista e preditor da proibição e da guerra, mas também se busca estabelecer modos de alugar a perturbação que os sujeitos trazem, ofertando ao inopinado hóspede – como propõe Derrida¹⁹ – “hospitalidade incondicional”.

REFERÊNCIAS

- Alves DSN, Seidl EF, Schechtman A, Silva RC. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: Amarante PDC, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1992.
- Ministério da Saúde (BR). Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília: MS; 2004.
- Coelho VAA, Volpe FM, Diniz SSL, Silva EM, Cunha CF. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 [citado em 2015 jul. 05]; 19(8):3605-16. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03605.pdf>
- Machado AR. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. 151f.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política integral do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2003. [citado em 2016 ago. 05]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
- Conselho Nacional de Justiça (BR). Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas. Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil. Brasília: CNJ; 2014. [citado em 2016 ago. 12]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf.
- Delgado PG. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arq Bras Psicol*. 2011 [citado em 2016 ago. 12]; 63(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672011000200012 &pid=S180952672011000200012”-pid=S180952672011000200012”.
- Bezerra JRB, Amarante B. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992.
- Birman J. A cidadania tresloucada. In: Bezerra BJ, Amarante P. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
- Goldberg J. A clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 1994.
- Lobosque AM. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
- Silva MVO, Costa FRM, Neves LM. In-tensa Ex-tensa. Programa de intensificação de cuidados e pacientes psicóticos. Salvador, BA: UFBA; 2007.
- Lacan J. O Seminário, livro 3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1988.
- Freud S. (1914). O instinto e suas vicissitudes. In: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos. Rio de Janeiro: IMAGO; 1996.
- Silva R. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. *Responsabilidades*. 2012; 1(2):203-14.
- Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009.

17. Freud S. (1930) O mal-estar na civilização. In: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Rio de Janeiro: IMAGO; 1996.
 18. Silva RA. Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015. 199f
 19. Derrida J. Da hospitalidade. São Paulo: Escuta; 2003.
-

Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento

Violence against the elderly: the great challenge of aging

Sandra de Mendonça Mallet¹, Maria da Conceição J. Werneck Côrtes¹, Karla Cristina Giacomin¹, Eliane Dias Gontijo¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Diferentemente de muitas décadas atrás, hoje o envelhecimento é parte da agenda política internacional e nacional, mas precisa avançar muito como objeto de política pública. As pessoas idosas, pela sua vulnerabilidade, vêm sofrendo violações de todos os tipos em seus direitos fundamentais. É urgente e necessário um efetivo sistema de defesa de direitos.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Maus Tratos ao Idoso; Violência.

ABSTRACT

Unlike many decades ago, aging today is part of the international and national political agenda, but it needs to make much progress as an object of public policy. The elderly, because of their vulnerability, have been suffering violations of all kinds in their fundamental rights. An effective system of defense of rights is urgent and necessary.

Key words: Aged; Aging; Elder Abuse; Violence.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. As Nações Unidas estimam que cerca de 1 milhão de pessoas ultrapassem a barreira dos 60 anos de idade a cada mês no mundo. Na América Latina, o aumento da população idosa será de 217% entre 1980 e 2025 e, no Brasil, no mesmo período, o aumento deverá atingir 412%, colocando o país no 6º lugar no mundo em número de pessoas idosas. Porém, enquanto os países europeus demoraram mais de um século para envelhecer, no Brasil o fenômeno acontece na metade desse tempo.¹ No início do século XX, a expectativa de vida do brasileiro não passava dos 33,5 anos, chegando aos 50 na metade daquele século. Em 2011, a esperança de vida era de 74,1 anos, sendo que as mulheres vivem, em média, sete anos a mais do que os homens.²

Até os anos 60, a população brasileira era representada por uma pirâmide etária, na qual a base era a quantidade de crianças e o ápice eram as pessoas idosas. Entre os fatores que influenciaram a transição demográfica brasileira, citam-se a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, sua contribuição para a redução significativa da taxa de fecundidade e a descoberta da pílula anticoncepcional, que tornou possível o planejamento familiar em relação ao número de filhos. Além disso, paralelamente a esse processo, houve o avanço da Medicina, principalmente com

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Sandra de Mendonça Mallet
E-mail: sandramallet@bol.com.br

a descoberta dos antibióticos e melhorias nas condições de saneamento básico, o que levou à redução da mortalidade infantil e ao aumento da longevidade.³

Segundo o Censo de 2010, observa-se o envelhecimento da população brasileira, sendo a faixa etária a partir de 60 anos a que mais cresce, representando 20.590.597 pessoas (11%). Além disso, a população idosa também envelhece: nos últimos 10 anos, a população brasileira de 60 a 69 anos cresceu 21,6%; a de 80 anos ou mais cresceu 47,8%, sendo que em algumas regiões do Sul essa elevação chegou a 65%.²

Na família tradicional, numerosa, em que todos viviam juntos, o cuidado com os velhos era de responsabilidade da família e era considerado um privilégio tê-los por perto.⁴ Diversas mudanças vêm desconstruindo esse modelo. Hoje, a família se transforma, se adapta e se reorganiza por conta da redução do número de filhos, das diversas formas de relacionamentos e casamentos, dos recasamentos, do surgimento de novas funções institucionais e pessoais, das mudanças nas relações de sexo e na participação da mulher no mercado de trabalho. Assim, a maior longevidade, o aumento do número de idosos e as mudanças na estrutura e nas funções da família refletem no cuidado ao idoso, que pode se tornar vítima de maus-tratos.

Os idosos, pela sua vulnerabilidade, vêm sofrendo violações de todos os tipos em seus direitos fundamentais. A Organização Mundial de Saúde define violência contra a pessoa idosa como qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa.⁵ Entre os vários tipos de violência, os abusos e maus-tratos podem ser de natureza física, emocional ou psicológica, financeira, sexual, abandono, negligência e autonegligência, podendo ocorrer fora ou dentro do domicílio da pessoa idosa. No Brasil, a conceituação e a classificação propostas pela OMS estão oficializadas no documento de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde.⁶

Usualmente, a violência doméstica e intrafamiliar é subnotificada, e pesquisas feitas em várias partes do mundo revelam que cerca de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges.⁷ Assim, em defesa do agressor (membro da família), o idoso omite e ainda justifica a agressão sofrida.⁸ Contribuem para isso: o choque de gerações que costuma se somar ao imaginário social, que considera a velhice como “decadência” e os idosos como “descartáveis”⁹; o sentimento de menos valia; a dificuldade em expor as mazelas familiares

e de tornar público o que é do mundo privado.⁸ Tais questões mantêm o silêncio e a cumplicidade da violência¹⁰, tornando a violência intrafamiliar um fenômeno desafiador para as políticas sociais⁸, especialmente quando acontece em um contexto de envelhecimento populacional acelerado e intenso, marcado por forte desigualdade social, como é o caso do Brasil.¹¹

Apesar de o vasto ordenamento legal presente na própria Constituição Federal¹², na Política Nacional do Idoso¹³ e no Estatuto do Idoso¹⁴ sobre a questão da violência contra a pessoa idosa faltam estruturas e recursos para promover seu efetivo enfrentamento.¹⁵

Desde 2002, o país conta com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, além de conselhos estaduais. Entretanto, conselhos municipais de idosos estão instituídos em apenas um terço dos municípios brasileiros ou pelo menos contam com legislação específica aprovada, segundo dados da Pesquisa Nacional de Municípios.²

Em 2010, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, órgão coordenador da Política Nacional do Idoso, instituiu o Disque 100 com um módulo específico de denúncias de violência contra idosos, “Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos”. Desde então, vêm aumentando as chamadas a esse órgão, o qual encaminha as denúncias para que sejam analisadas e solucionadas por instituições competentes, questionando-se se teria havido aumento da violência ou melhorado o processo de informação.¹⁵

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos e Notificações¹⁶, entre os anos de 2011 e 2013, em todo o Brasil, foram notificados 22.578 casos de violência doméstica, sendo que, em ordem decrescente de número de denúncias, os estados que mais notificaram foram: São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Paraná. A maioria das investigações mostra que as mulheres são as principais vítimas da violência no interior da casa, e os homens, fora do domicílio. Em ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis e mais dependentes para as atividades da vida diária são os que mais sofrem maus-tratos.⁸

Em Belo Horizonte, denúncias de violência e maus-tratos contra as pessoas idosas são levadas ao conhecimento do Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte (CMI/BH).¹⁷ Elas advêm de diversos órgãos de atendimentos (centros de saúde, unidades de pronto-atendimento, Disque 100, Disque Direitos Humanos, Ministério Público, Defensoria Pública, entre outros), bem como de demandas espontâneas (presenciais ou por telefone).

A INCLUSÃO DO ENVELHECIMENTO NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Na década de 80, a questão da velhice começou a fazer parte da agenda política. A Organização das Nações Unidas, em 1982, promoveu um fórum intergovernamental em Viena, que marcou a discussão sobre políticas públicas a favor da população idosa, que foi denominado de “I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento”. Nesse evento foi definido que: a pessoa com 60 anos ou mais era considerada pessoa idosa, nos países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos o marco cronológico da velhice era de 65 anos. Também foi elaborado um plano de ação para garantir segurança econômica e social aos idosos e identificar oportunidades para sua integração no processo de desenvolvimento dos países. Em 2002, durante a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri, foi aprovado um Plano de Ação Internacional que contém um conjunto de recomendações para os governantes, diante do acelerado processo de envelhecimento. O então chamado “Plano de Madrid” norteou as políticas públicas para a população idosa em todo o mundo.

No Brasil, várias iniciativas ocorreram a partir da década de 1970. Em 1970, houve a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e em 1976 foi elaborado um documento denominado Política Nacional para a Terceira Idade, que traçou diretrizes para a política social para a velhice. Em 1988, a Constituição Federal incluiu a pessoa idosa no capítulo que trata sobre seguridade social e no artigo 230 preleciona que:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Outro marco histórico aconteceu em 1994, com a criação do Conselho Nacional do Idoso. Finalmente, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, lei emblemática que em seu artigo 4º preconiza que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”.

AS VIOLÊNCIAS QUE AS ESTATÍSTICAS REVELAM

Legalmente, no Brasil, o Estatuto do Idoso¹⁴ estabelece que os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória, pelos serviços de saúde públicos e privados, à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso; Conselho Nacional do Idoso.

No Brasil, em 2011, as principais causas de morte entre as pessoas acima de 60 anos foram: doenças do aparelho circulatório (35,6%), neoplasias (16,7%), enfermidades respiratórias (14,0%); doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, particularmente o diabetes (7,9%), enfermidades do aparelho digestivo (4,7%), causas externas (3,4%), respectivamente.¹⁸ Em Belo Horizonte, no mesmo ano, o indicador de mortalidade por causas externas da população acima de 60 anos foi de 378 por 100.000 habitantes¹⁸, enquanto o indicador de morbidade no mesmo período e mesma faixa etária foi de 91,56 internações por 10.000 habitantes.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, por meio do Disque 100 “Módulo Idoso do Disque Direitos Humanos”, informou que de 2010 a 2012 houve aumento de 199% no número de denúncias. Nesse conjunto de dados ressaltam as seguintes violências: negligência (68,7%), seguidas pelos abusos psicológicos (59,3%), abusos financeiros, econômicos e violência patrimonial (40,1%). Os maus-tratos físicos vêm em último lugar (34%), tornando visível que a violência contra a pessoa idosa é muito mais abrangente e difusa do que a que aparecem nas taxas de internações hospitalares e mortes. Pode-se verificar que a soma dos percentuais ultrapassa 100, o que significa que os abusos e maus-tratos se sobrepõem.¹⁹ Portanto, é importante analisar como os órgãos colegiados de defesa de direitos da pessoa idosa têm atuado na questão da violência.

OS ÓRGÃOS DE DEFESA DE DIREITOS DA PESSOA IDOSA

A Constituição consagrou o princípio da participação dos conselhos na formulação, implementação,

monitoramento e avaliação das políticas existentes. Os conselhos de políticas públicas são compostos de representantes de organizações sociais e do poder público em regime paritário e podem ter caráter consultivo e/ou deliberativo.

Ao contrário do que ocorre com a criança e o adolescente que contam com o Conselho Tutelar para garantir que a transgressão do direito não aconteça ou a restauração caso a violação já tenha ocorrido, a pessoa idosa não é sujeito de tutela. E os Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa não têm estrutura para atuar nos casos de denúncias, encaminhando-os para os serviços especializados da Assistência Social ou da Saúde para averiguação e intervenção. Além disso, quando se avalia o funcionamento dos conselhos de idosos nos estados e municípios do Brasil, em sua maioria, verificam-se dificuldades na articulação entre sociedade civil e governo, falta de investimento dos gestores estaduais e municipais em infraestrutura para funcionamento, alguns com a presidência sempre do governo, sem alternância, alguns apenas consultivos.

A ATUAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO NO ÂMBITO DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE _____

A rede municipal de atendimento às pessoas idosas vítimas de violência é descentralizada, ou seja, cada uma das nove regionais administrativas do município realiza a abordagem da suposta vítima e de seus familiares, como também, se necessário, encaminha para outros serviços. Contudo, no tocante à abordagem e ao atendimento à violência, a Prefeitura de Belo Horizonte enfrenta várias dificuldades, entre as quais se destacam:

- a equipe de regulação e verificação de indícios da Secretaria Regional da Assistência Social não conta com recursos humanos e infraestrutura adequada, o que dificulta a realização de uma metodologia-padrão de abordagem da violência: cada regional administrativa atua de forma diferente conforme seus recursos (ou a falta deles);
- o gestor municipal não tem representação legal para realizar a visita domiciliar na situação de violência. Assim, o técnico só tem permissão para entrar na residência da vítima se os familiares permitirem;

- muitos gestores das regionais administrativas de assistência social desconhecem os fluxos e os documentos a serem preenchidos para a notificação do caso.

ATUAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE BELO HORIZONTE NA REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO _____

O Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte (CMI/BH) foi criado em 1992, com caráter permanente e deliberativo, vinculado à Secretaria Municipal de Ação Social. Em 2005, passou para a Secretaria Municipal de Políticas Sociais. Esse conselho atua promovendo e divulgando os direitos dos idosos, estabelecendo critérios para o funcionamento das entidades não governamentais e acompanhando os programas de atendimento a esses cidadãos. Compete a ele incentivar a participação popular na elaboração dos planos, programas e aperfeiçoamento da política municipal de atendimento ao idoso, bem como promover campanhas de formação à sociedade civil sobre os direitos da pessoa idosa.¹⁷

O Conselho recebe denúncias de diversos órgãos de atendimentos, tais como: centro de saúde, unidades de pronto-atendimento, hospitais públicos e privados; centros de saúde; UPA – Unidades de Pronto-Atendimento, Associação e Movimento de Idosos, Disque 100, Disque Direitos Humanos, Ministério Público, Defensoria Pública e outros como também demandas espontâneas de modo presencial ou por telefone.

No ano de 2006 foi criada a comissão de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, formada por conselheiros e colaboradores, cabendo-lhe conhecer a rede de proteção, para verificar as estruturas oferecidas. Porém, os órgãos de proteção e defesa da pessoa idosa do estado sofrem com problemas de recursos humanos e materiais, o que restringe a quantidade de atendimentos e afunila o exercício de suas atribuições. Na contramão dessa rede de proteção com baixa capacidade operacional, a violência intrafamiliar contra pessoas idosas só faz aumentar.

Quando a intervenção ultrapassa as competências do âmbito municipal, a denúncia é encaminhada para a rede de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa estadual, incluindo: o Conselho Estadual do Idoso, a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, a Delegacia Especializada de Proteção

ao Idoso e à Pessoa com Deficiência e a Promotoria de Justiça de Defesa da Pessoa com Deficiência e do Idoso – Ministério Público do Estado de Minas Gerais.

Em 2013, um dos autores desenvolveu pesquisa para avaliar as denúncias de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, com base na atuação do Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, no período de 2011 a 2013.²⁰ Foram registradas 859 denúncias, com duplicação da taxa, que passou de 6,15 / 10.000 idosos em 2011 para 12,05/10.000 idosos em 2013, com predomínio de vítimas do sexo feminino (70%) em todas as faixas etárias. Quanto ao denunciante, as principais fontes de denúncias foram anônimas, representando 50%, as instituições de saúde, 21%, e a família, 14%. A tipologia da violência mais identificada nas denúncias, de modo isolado ou associado a outros tipos, foi a negligência (34%), seguida pela violência psicológica (20%) e o abandono (19%). Verificou-se que 66% das vítimas sofreram dois ou mais tipos de violência associadas. Em 2013, 45% da violência eram praticados por mais de um membro da família. Impressiona que 39 vítimas (26%) morreram em um ano após a denúncia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentemente de muitas décadas atrás, hoje o envelhecimento é parte da agenda política internacional e nacional, mas precisa avançar muito como objeto de política pública. No Brasil, mais de 95% dos idosos residem com as famílias ou em suas próprias casas. Assim, é preciso investir muito na competência dos familiares para abrigá-los com respeito e dignidade. Contudo, isso não é tarefa fácil, basta verificar o alto índice de violência intrafamiliar aqui abordado.

O espaço familiar merece ser foco de atenção das políticas públicas, principalmente no que se refere à negligência, alto índice de violência detectado. Muitas vezes a família não sabe como cuidar ou ainda não quer cuidar de seus idosos. Urge promover opções de cuidado diurno, evitando, assim, a institucionalização. A opção de criminalizar a negligência e o abandono familiar não resolve a falta de estruturas de apoio para cuidar da velhice com dependência.

No que diz respeito aos direitos das pessoas idosas, sua falta de empoderamento favorece que sejam vítimas de empréstimos consignados, do endividamento

e de todas as outras formas de violência. É importante que se tornem protagonistas de suas próprias escolhas e deem limites às situações abusivas.

O presente texto mostra que são urgentes e necessárias a organização dos serviços, sua definição e institucionalização com definição de competências, de fluxos e da constituição de um efetivo sistema de defesa de direitos da pessoa idosa, que seja capaz de dar respostas efetivas, e em tempo hábil, a um público cada vez mais idoso e muito mais vulnerável.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Direitos Humanos. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. Brasília: MS; 2014.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
3. Chaimowicz F. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos. Belo Horizonte: Nescon UFMG; 2013. 167 p.
4. Zimerman G. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
5. World Health Organisation. World report on violence and health. Genebra: WHO; 2002.
6. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001. DOU nº 96 Seção 1E de 18/05/2001. Brasília: MS; 2001.
7. Reay AM, Browne K. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging Ment Health*. 2001;5(1):56-62.
8. Berzins MAVS, Watanabe HAW. Violência contra idosos: do invisível ao visível. Velhice, envelhecimento e complexidade. São Paulo: Vetor; 2005.
9. Minayo MCS, Coimbra JR, CEA. Introdução: entre a liberdade e a dependência, reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo MCS, Coimbra JR, Álvares CA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
10. Faleiros VE. Violência contra a pessoa idosa, ocorrência, vítimas e agressores. Brasília: Universa; 2007.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; 2011. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/.../pnad2011>.
12. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição da República (1988). Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
13. Ministério da Saúde (BR). Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras Providências. Brasília: MS; 1994.
14. Ministério da Saúde (BR). Lei 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Institui o Estatuto do Idoso. Brasília: MS; 1994.

15. Minayo MC. Violência contra todos: o avesso do respeito à experiência à sabedoria. 2ª ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005.
16. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Sistema de Informação de agravos e notificação SINAN. Brasília: MS; 2012. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih//Fdescr.htm>.
17. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG). Conselho Municipal do Idoso. Lei 6.173/1992. Belo Horizonte; 1992. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: http://direitoidoso.braslink.com/05/6173-92_belo Horizonte.html
18. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília: MS; 2012. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Direitos Humanos. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Brasília: MS; 2012. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoBrasil.pdf>.
20. Mallet SM. Denúncias e ações de enfrentamento a violência intrafamiliar: Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte – 2011/2013 [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.

Adolescência na contemporaneidade: uma travessia solitária?

Adolescence in the contemporary world: a lonely journey?

Maira Cristina Soares Freitas¹, Rejane Reis¹, Cristiane de Freitas Cunha¹

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Este trabalho tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre adolescência na contemporaneidade, a partir do seu modo de viver, especialmente referente às *condutas de risco*. A metodologia utilizada consistiu-se na abordagem do conceito de adolescência e apresentação de um fragmento de caso apresentado na supervisão do Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa em meio aberto da Secretaria Adjunta de Assistência Social/Prefeitura de Belo Horizonte que será analisado a partir da metodologia da construção do caso clínico. Este artigo busca, a partir de um fragmento de um caso, problematizar a adolescência e contemporaneidade e seu modo de se colocar em risco, bem como localizar os fatores sociais, culturais e institucionais que marcam essa travessia.

Palavras-chave: Adolescência; Contemporaneidade; Condutas de risco.

ABSTRACT

This work aims to present some reflections on adolescence in the contemporary world, based on their ways of living, especially referring to their risk behaviors. The methodology used consisted on the approach of the concept of adolescence and presentation of a case study presented in the Supervision of the Social Protection Service to adolescents in compliance with Socio-Educational measure in the open environment of the Deputy Secretary of Social Assistance/City Hall of Belo Horizonte, which will be analyzed from the methodology of the construction of a clinical case. This article aims from a case study to problematize adolescence in its contemporaneity, and its way of putting itself at risk, as well as locating the social, cultural and institutional factors that mark this journey.

Key words: Adolescence; Contemporaneity; Risk Behaviors.

INTRODUÇÃO

*“[...] olha pra nós e fala o que vê
Não substima o que eu refleti pra você
Tento explicar o que queres saber
Sem decifrar o por que”.*

Racionais MC’S.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Maira Cristina Soares Freitas
E-mail: mairafreitas@yahoo.com.br

A adolescência não é um acontecimento, mas antes uma questão que atravessa o tempo e o espaço das sociedades humanas.¹ O termo adolescência vem do latim *adolescens*, que significa crescer. As definições são múltiplas de acordo com as épocas e as sociedades, assim como os critérios de acesso à maturidade social. Trata-se

de uma construção social que nasceu no século XIX, no momento da Revolução Francesa e da Declaração dos Direitos do Homem. A adolescência não é evidente; ela nasceu discretamente nas nossas sociedades, nos meios burgueses a partir de uma mudança de afetividade no seio das famílias no decorrer do século XVIII. A experiência e as concepções acerca da adolescência são constitutivamente sociais e históricas.²

Miller, em seu texto “Em direção à adolescência”, também adverte sobre as várias perspectivas sobre a adolescência e indica a dimensão da adolescência como construção “o que se pode dizer, de uma maneira geral, é que a adolescência é uma construção. E dizer hoje de um conceito, que ele é uma construção, comporta sempre a convicção-segundo o espírito da época – de que tudo é construção, tudo é artifício significante”.³

Um campo do saber que contribui para compreender a adolescência é a psicanálise. Sigmund Freud, em seu texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, afirma que, com a chegada da puberdade, introduzem-se mudanças que levam a vida sexual infantil a uma nova configuração. O púbere precisa aprender uma nova forma de lidar com a própria sexualidade, pois o corpo, com essas transformações, já está configurado para o encontro com o outro sexo.⁴

A puberdade é um real que irrompe e que ultrapassa a dimensão simbólica e imaginária do sujeito. Stevens, em *Adolescência, sintoma da puberdade*,⁵ trabalha a adolescência como o encontro com o impossível e como respostas sintomáticas diante desse real da puberdade. Stevens sugere algumas séries de respostas sintomáticas, tais como violência, bulimia, anorexia e toxicomania, estas cada vez mais presentes nos dias atuais.

Alguns estudos antropológicos demonstram que a adolescência é uma experiência marcada em algumas sociedades por rituais. Os ritos eram mecanismos na cultura que, diante dos desafios do corpo e da sociedade, amparavam o jovem e permitiam uma “passagem coletiva”. Nas culturas contemporâneas há ausência simbólica de referência de passagem, na medida em que o mundo adulto encontra-se liquefeito e, muitas vezes, inoperante nessa função de transmissão geracional.⁶ Essa simbolização da passagem fica a cargo dos próprios jovens e é nesse momento que as condutas de risco ganham valor essencial na forma de um rito ou de um simulacro de rito. Le Breton fala dos atos de passagem, por meio dos quais os jovens buscam achar um sentido que justifique suas vidas.¹

As condutas de risco têm demarcado a experiência adolescente em nossa cultura quase como um rito privado de passagem. Assim, segundo Le Breton, a transição para a vida adulta representa um momento crítico em que essas condutas de risco tornam-se emblemáticas e fortemente adotadas. Diante da indeterminação social instaurada pela modernidade, não há mais ritos de passagem que possam simbolizar e legitimar a entrada na vida adulta. Por outro lado, é na busca desses limites que muitos jovens acabam por lançar-se em situações de risco nas quais a confrontação com a morte (de forma imaginária ou real) pode tornar-se elemento fundamental na afirmação do valor de sua existência.¹ Para esse autor, o termo *conduta de risco* “engloba uma série de comportamentos díspares que expressam, simbólica ou realmente, a existência do perigo”.⁷ Os adolescentes têm uma dimensão muito diferente da do adulto no que se refere ao sofrimento. “Eles estão frequentemente à flor da pele e suas reações são sem meias medidas e sem recuos”.⁷

Atualmente, os adolescentes, diante da ausência de limites simbólicos que sirvam de orientação, buscam na experiência essencialmente corporal o sentimento de vida. Por isso, o risco, e mesmo o risco de morte – adquire importância nesse processo. O jovem trata e esfolia seu corpo, cuida dele e o maltrata, ama-o e odeia-o com intensidade variável, ligada à sua história pessoal e à capacidade de seu entorno em lhe oferecer os limites necessários para refrear o gozo. Quando os limites não comparecem, o jovem os busca na superfície desse corpo.⁸

Vencer a morte solicitada por meio de práticas de risco pode significar que a existência individual tem valor. Portanto, uma forma de atestar o valor da vida.¹

Colocar-se em risco é próprio dessa fase da vida. Entretanto, é fundamental pensar a diferença desse risco e da adolescência dentro das especificidades históricas, socioeconômicas, políticas e culturais, principalmente quando se considera a formação social brasileira, marcada pela divisão de classes e por uma complexa rede de organização social.⁹ Os fatores sociais e culturais atuantes conformam-se de maneiras particulares de acordo com a posição social ocupada por esses adolescentes, o que influencia diretamente a formação de suas trajetórias e, consequentemente, as situações de vulnerabilidade.

A história e trajetória de um adolescente, apresentadas a seguir, contribuem para a compreensão da adolescência, seu modo de vida e as respostas en-

contradas por estes e demonstra os fatores sociais, culturais e institucionais que marcam essa travessia.

METODOLOGIA E DISCUSSÃO

Neste artigo será apresentado um fragmento de caso apresentado na supervisão do Serviço de Proteção Social a Adolescentes em cumprimento a medidas socioeducativas em meio aberto,¹ na qual uma das autoras trabalha. O fragmento de caso recolhido da supervisão institucional será analisado a partir de uma metodologia orientada pela construção do caso clínico.

A noção, construção do caso clínico, discutida por Viganó a partir de Freud, surge do campo da saúde mental e indica a dimensão particular de cada caso. Viganó trabalha essa noção retomando a raiz etimológica das palavras: caso e clínico. Caso vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica; encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto, impossível de ser suportado. A palavra clínica vem do grego *kline* e quer dizer leito. A clínica é ensinamento que se faz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito.¹⁰

A partir da leitura de Viganó, Aline Mendes destaca esse saber localizado no sujeito. A construção do caso clínico permite que, mesmo antes de se estabelecer qualquer diagnóstico clínico do sujeito, se possa escutar os movimentos do sujeito em seu endereçamento ao Outro, o que torna possível uma orientação a partir de um diagnóstico de discurso, no qual, ao se colocarmos numa posição de não saber, será possível encontrar o lugar onde o sujeito, em potencial, torna-se sujeito da palavra.¹¹

É a partir desse método que se orienta a escutar os movimentos do sujeito e sua relação com a vida, que iremos apresentar esse fragmento de caso. Esse fragmento relata a história, trajetória e impasses vividos por um adolescente e, de certo modo, retratam a realidade de tantos outros adolescentes que encontram como resposta ao real da adolescência: as *condutas de risco* e a delinquência.

Guilherme tem 17 anos e é morador de um aglomerado da zona oeste da cidade de Belo Horizonte. Ele chega para o Serviço de Medidas Socioeducativas/Prestação de Serviços à Comunidade por agressões e envolvimento com o tráfico. Sua mãe faleceu quando

ele tinha dois anos e há quatro anos, perdeu seu pai. Um pai que, segundo o adolescente, era muito presente em sua vida. Segundo familiares, as mudanças de comportamento de Guilherme têm início nesse momento. Sua avó o nomeia assim: “ele é muito sozinho”. Essa avó é a sua única referência familiar, mas Guilherme já foi denunciado por agressão a ela. Uma avó muito fragilizada, que tenta cuidar do neto Guilherme e de dois filhos usuários de droga. A avó conta para a técnica do serviço que ele estava ameaçado, que andava com medo. Aos poucos Guilherme conta do seu envolvimento com o tráfico: “Estou na guerra”. Presenciar a morte de um amigo o fez se tornar um “X9” (delator) para os traficantes: “agora eles querem me pegar”.

Considera a morte do amigo como um “livramento: era para ter sido eu”. Passa a andar armado pela comunidade, mas diz não se sentir ameaçado e não quer proteção ofertada pelo Estado. Pede que não contem nada à sua avó. Fica nervoso e agressivo. Não sabe como sair do envolvimento com a criminalidade: “não quero ir pra igreja e não vou trabalhar. Tenho que sair do tráfico aos poucos”. Guilherme está fora da escola e não acessa outros equipamentos públicos.

Essa avó não é uma referência para esse adolescente que, na entrada da adolescência, encontra com a real morte do seu pai. Sem saber sair da criminalidade e sem alguém que lhe possa apresentar uma direção, Guilherme encontra o risco da morte.

Le Breton também trabalha as *condutas de risco* como tentativas de sair de uma impotência, de extrair o sofrimento, explicando que: arrastado pelo turbilhão, o jovem parece não mais dominar a situação, mas na verdade ele luta, procura aniquilar o sofrimento a partir de meios que, sem dúvida, não são os melhores aos olhos daqueles poupados pelas circunstâncias, que não compreendem, portanto, a lógica empregada. Essas condutas no fio da navalha são uma tentativa paradoxal de recuperar o controle, de decidir finalmente por si próprio qualquer que seja o preço.⁷

Analisando a partir da construção do caso clínico, pode-se perceber que Guilherme se coloca em risco e sem referências familiares e comunitárias, tenta sair dessa situação de modo muito solitário. Como já trabalhado, a ausência simbólica de uma referência nessa passagem para a vida adulta acaba por lançar os jovens em situações de risco, nas quais a confrontação com a morte pode tornar-se elemento fundamental na afirmação do valor de sua existência. Guilherme passa a existir, os seus atos e condutas de risco o levam a ser apreendido e a receber a aplica-

ção de uma medida socioeducativa. Paradoxalmente, é nesse momento, localizando-se como “fora da lei”, que o adolescente tem a oportunidade de acessar serviços que deveriam estar garantidos desde sempre. No processo de responsabilização dos seus atos, ele é provocado a refletir e elaborar sobre sua posição de estar em conflito com a lei e suas *condutas de riscos*, com o propósito de construir outras saídas, inventando novas respostas para ser e existir.

Adolescência e o ECA: o começo de uma travessia

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 227, reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos que foram regulamentados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Desde a Constituição Federal de 1988, o Estado dispõe sobre a priorização dos direitos da criança e adolescência: é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, **com absoluta prioridade, o direito à vida**, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Grifo nosso).¹²

Como prioridade absoluta, o ECA vem assegurar às crianças e adolescentes todas as oportunidades e facilidades que garantam o pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social.¹³ Apesar do grande avanço na legislação, convive-se com um fosso de difícil transposição para boa parte dos adolescentes brasileiros que não têm acesso a esses direitos. O contexto social, econômico, político e cultural possibilita que os adolescentes se expressem de forma mais crítica e se sintam menos vulneráveis diante do mundo ao qual pertencem. As relações de raça, sexo, classe social, orientação sexual, entre gerações, vão incidir de forma diferenciada na adolescência.²

A capacidade dos adolescentes de enfrentar os desafios depende de um conjunto integrado de aspectos subjetivos, sociais e institucionais. Os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como uma decorrência imediata da vontade pessoal, que reforça a argumentação de responsabilidade individual de exposição a riscos.¹⁴

No plano institucional, torna-se necessária a existência de políticas e ações organizadas para dar suporte aos adolescentes, principalmente aqueles com mais vulnerabilidades sociais. A compreensão e o diálogo com múltiplos aspectos que modulam as crenças, os hábitos, os comportamentos e o estilo de vida dos adolescentes podem fortalecer os laços de proteção.¹⁵

No interior dos dispositivos jurídicos, assistenciais, da saúde e educação, um lugar de escuta pode se abrir, subvertendo uma lógica de querer o bem para o adolescente ao permitir que o desejo deste se torne menos opaco para ele mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que as respostas ou saídas da adolescência se dão de maneira singular para cada sujeito. É buscando a singularidade como sujeito que o adolescente pode trabalhar para elaborar sua determinação histórica, social e cultural e dela retirar suas consequências e efeitos.

Adolescência não é um conceito universal e histórico. Critérios de objetividade estatística ou análises da subjetividade isoladas tendem a reduzir a problemática da adolescência no mundo contemporâneo. Este artigo elucida um ponto de reflexão sobre a adolescência e condutas de risco na contemporaneidade, entretanto, ressalta-se a importância de aprofundamento de estudos e investigações neste tema.

REFERÊNCIAS

1. Le Breton D. *Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver*. Campinas, SP: Autores Associados; 2009.
2. Mayorga C. *Identities; adolescências: uma desconstrução*. *Pesq Prátic Psicossoc*. 2006;1:1-20.
3. Miller JA. *Em direção à adolescência*. [citado em 2016 nov. 16]. Disponível em: <http://minascomlacan.com.br/publicacoes/em-direcao-a-adolescencia>
4. Freud S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 119-231.
5. Stevens A. *Adolescência, sintoma da puberdade*. *Rev Curinga*. 2004;20:20-4.
6. Cunha CFA *janela da escuta: relato de uma experiência clínica*. Belo Horizonte: Scriptum; 2014.
7. Le Breton D. *O risco deliberado: sobre o sofrimento dos adolescentes*. In: *Política e Trabalho: Rev Ciênc Sociais*. 2012;37:33-44.

8. Lacadée P.O despertar e o exílio: ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2011. p.58
 9. Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cad Saúde Pública. 1990;6(3):278-92.
 10. Viganó C. A construção do caso clínico em saúde mental. Rev Curinga. 1999;13.
 11. Mendes AA. O efeito-equipe e a construção do caso clínico. Curitiba: CRV; 2015.
 12. Constituição da República Federativa do Brasil. Constituição Federal (1988). Brasília: Senado Federal; 1988. p.292.
 13. Congresso Nacional. Estatuto da criança e do adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília; 1990.
 14. Lisboa MR, Lerner K. O perigo de ser adolescente: discursos e representações sobre cuidado e risco na promoção de saúde. Rev Eletrônica Comunic Inf Inov Saúde. 2013;6(4):20-3.
 15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília: MS; 2010.
-

Apoio técnico e pedagógico às equipes da atenção básica para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador: uma experiência regional do CEREST – Betim

Technical and pedagogical support to the basic attention teams for the development of worker's health actions: a regional experience of CEREST – Betim

Márcia da Silva Anunciação Lazarino¹, Elizabeth Costa Dias¹

RESUMO

O texto registra a implantação de ações de saúde do trabalhador na atenção básica nos municípios da área de abrangência do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Betim, Minas Gerais, no período de 2003 a outubro de 2016, como subsídio para o desenvolvimento da atenção à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. São destacados aspectos facilitadores para a efetiva implantação de ações de saúde do trabalhador em municípios de pequeno e médio porte, em especial a presença da Referência Técnica em Saúde do Trabalhador Municipal, o envolvimento das equipes da atenção básica/ saúde da família e o apoio assistencial, técnico e pedagógico ofertado por equipes especializadas. As ações realizadas nos municípios foram organizadas em cinco eixos: a) instituição da Referência Técnica Municipal em Saúde do Trabalhador, responsável por coordenar as ações municipais; b) assistência ao trabalhador adoecido ou acidentado pelo trabalho; c) vigilância em saúde do trabalhador, incluindo ações de inspeção nos ambientes de trabalho; d) atividades educativas para a população trabalhadora; e) processo de educação permanente para os profissionais das redes de atenção à saúde dos municípios.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Saúde da Família, Educação Continuada; CEREST.

ABSTRACT

The text scrutinizes the implementation of occupational health actions in primary health care in the municipalities of the area covered by the Regional Reference Center for Occupational Health of Betim / Minas Gerais, from 2003 to October 2016, as a source for the development of care for the workers' health in the Public Health System (Sistema Único de Saúde – SUS). It is highlighted the facilitating aspects for the effective implantation of occupational health actions in small and medium sized municipalities, in particular the existence of the Municipal Technical Reference in Workers' Health, the involvement of the teams of primary health care/ Family Health, and the assistential, technical and pedagogical support offered by specialized teams. The actions carried out in the municipalities were organized in five main lines: a) Institution of the Municipal Technical Reference in Workers' Health, responsible for coordinating municipal actions; B) assistance to workers who are ill or injured due to work; C) workers' health oversight, including inspection in the work environment; D) educational activities for the working population; and e) permanent educational process for the professionals of the health care system of municipalities.

Key words: Occupational Health; Family Health; Education, Continuing; CEREST.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Márcia da Silva Anunciação Lazarino
E-mail: lazarinomarcia@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que dispõe sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS), atribuiu à Atenção Básica (AB) o papel de organizadora da rede e de coordenadora do cuidado em Saúde.¹

Na mesma direção, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, além de atualizar conceitos na política, avançou na afirmação de uma AB acolhedora e resolutiva, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para sua organização.²

Apesar das prescrições legais para que a AB desenvolva ações de saúde do trabalhador (ST), estas são, ainda, incipientes. Para que aconteçam de fato, um dos requisitos básicos é o efetivo apoio técnico e pedagógico por equipes especializadas.

Dias e Rumin³ consideram que o papel atribuído à AB, associado à capilaridade da rede e ao fato de existir cerca de 50% da força de trabalho inseridos nos setores informal e/ou precário de trabalho, confere ao SUS importante papel na proteção, vigilância e recuperação da saúde desses trabalhadores.³

De acordo com a Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), toda a rede de saúde deve estar comprometida com o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador e para isso necessita reformular suas ações e contar com suporte adequado.⁴

Nesse contexto, cabe ao Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST), entre outras atribuições, assumir a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e as funções de suporte técnico, de educação permanente, além do apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador.⁴

Dias⁵ afirma que, para que o Cerest desempenhe sua função de suporte técnico e pedagógico em relação à AB, são necessárias diversas ações, sendo que, nesse sentido, a educação permanente e o apoio matricial mostram-se como estratégias importantes na implantação e na manutenção das ações de ST na AB.⁵

Com o objetivo de colaborar para esse debate e compartilhar uma experiência considerada bem-sucedida, este texto analisa a implantação de ações de saúde do trabalhador na região de saúde de Betim, no estado de Minas Gerais, no período de 2003 a outubro de 2016, tendo por eixo principal a AB. Em vir-

tude das diferenças entre Betim e as demais cidades da região, para este relato não serão consideradas os dados referentes ao município-sede.

O relato de experiência justifica-se, uma vez que a autora principal é servidora pública no município, fazendo parte da equipe do Cerest desde 2007 no cargo de assistente social, tendo assumido, a partir de 2010, a função de Referência Técnica em Saúde do Trabalhador (RTST) do município, sendo protagonista do processo relatado e, portanto, integralmente implicada com a experiência.

O cenário do estudo

A região de saúde que tem Betim como sede é composta de 13 municípios: Betim, Bonfim, Brumadinho, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Igarapé, Juatuba, Mário Campos, Mateus Leme, Piedade dos Gerais, Rio Manso e São Joaquim de Bicas, abrangendo população de 642.750 habitantes, sendo 216.877 habitantes, excluindo os moradores do município-sede.

O Cerest Betim iniciou suas atividades em 1995 como Serviço de Saúde do Trabalhador (SERSAT) e foi habilitado como Cerest a partir da criação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), em dezembro de 2002, com atuação regional.

O serviço possui sede própria e conta com uma equipe multiprofissional composta de 15 técnicos efetivos de diferentes especialidades, além dos trabalhadores do apoio administrativo. Realiza atendimentos para investigação da relação do adoecimento com o trabalho, ações de vigilância em saúde do trabalhador; intervenções para o retorno ao trabalho nos postos de trabalho e com o trabalhador; atividades educativas em saúde do trabalhador, atividades de educação permanente; apoio técnico e pedagógico para as RAS dos 13 municípios que compõem a região de saúde de Betim.

Considerando as atribuições dos Cerests regionais como unidade especializada de retaguarda para as ações de ST, a equipe técnica do Cerest organizou-se para dar o suporte técnico necessário à implantação das ações de saúde do trabalhador nos municípios sob sua responsabilidade.

O processo de implantação da saúde do trabalhador na região teve início em 2003 de forma gradativa e englobou cinco conjuntos de ações: instituição da RTST municipal; a assistência ao trabalhador adoecido ou acidentado pelo trabalho, iniciada pelo Cerest

e posteriormente assumida pelas equipes da AB/saúde da família (SF) com suporte do Cerest; a vigilância em saúde do trabalhador, desenvolvida pela vigilância em saúde em conjunto com a RTMST e o Cerest; as atividades educativas, visando levar à população trabalhadora as informações sobre a relação saúde-trabalho; e a capacitação dos profissionais das redes municipais para inserirem ações de saúde do trabalhador em suas rotinas de trabalho.

A criação da referência técnica municipal em saúde do trabalhador

Em janeiro de 2008, o gestor da saúde do município de Betim enviou, a pedido da equipe do Cerest, documento aos gestores da saúde dos municípios que compõem a região assistencial de Betim. Esse documento informava sobre a saúde do trabalhador no SUS, a função do Cerest, as atribuições dos municípios em saúde do trabalhador e o papel da RTMST, ressaltando a importância de o município nomear um profissional para ocupar a referida função. No mesmo documento foi feito um convite para que a RTMST participasse de um encontro a ser realizado no mês de fevereiro de 2008.

A metade dos municípios atendeu ao convite e enviou um representante para o encontro que, desde então, acontece mensalmente na sede do Cerest-Betim. Os Secretários de Saúde dos municípios que não enviaram representantes foram convidados a participar de uma nova reunião com a equipe do Cerest. Além disso, o tema foi pautado nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR).

O ano de 2008 foi dedicado à sensibilização dos gestores municipais e à consolidação do grupo das RTMST. Como forma de incentivo e para facilitar o trabalho nos municípios Betim, foram entregues a cada município um computador e uma impressora, comprados com recurso proveniente do Ministério da Saúde (MS), cedidos por meio de termo de cessão.

A capacitação das RTMSTs foi iniciada em fevereiro de 2008 e se transformou em um programa de educação continuada com encontros mensais, coordenados pela RTST do município de Betim. Nesses encontros são pautados temas específicos visando à formação em ST; são elaborados planos de trabalho e relatórios de gestão de cada município. Além disso, são discutidas as dificuldades e a construção de estratégias para

o enfrentamento e superação. Também foi construído o fluxo de atendimento e notificações, além de ser realizada a contrarreferência dos pacientes encaminhados para atendimento com discussão de casos.

Em fevereiro de 2016 foram completados oito anos de reuniões mensais, observando-se que nesse período somente a representante de um dos municípios se manteve na função por todo o tempo. Cinco municípios tiveram uma troca de RTMST, enquanto os demais realizaram várias substituições.

Observa-se que as referências que não são servidores efetivos são substituídas com mais facilidade e que os municípios onde a troca de profissionais ocorre com mais frequência têm mais dificuldades para desenvolverem as ações de ST, apesar do esforço de capacitação e acompanhamento das novas RTMSTs. Nesse sentido, recomenda-se a nomeação de servidores efetivos para essa função nos municípios.

Além de ser um instrumento importante de capacitação continuada para as RTMSTs, as reuniões mensais são um espaço de fortalecimento do grupo, o que pode ser confirmado pela fala da RTMST do município de Brumadinho: “[...] as reuniões com as RTs no Cerest contribuem para o nosso empoderamento e, conseqüentemente, para a implementação das ações de ST em nossos municípios”.

Ações desenvolvidas: atendimento assistencial

No período de 2003 a 2007, o suporte aos municípios ficou limitado ao atendimento assistencial pela equipe do Cerest dos trabalhadores que procuraram diretamente o serviço ou foram encaminhados, principalmente, pelos sindicatos.

A partir de 2008, com a nomeação da RTMST e a capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família, começou-se a construir o fluxo de encaminhamento dos pacientes dos municípios para o Cerest.

Atualmente, quando as equipes locais necessitam de suporte para estabelecer a relação do adoecimento com o trabalho, elas encaminham a situação para a RTMST. Esta avalia a situação e, quando necessário, consulta a equipe do Cerest, por telefone ou *e-mail*, ou discute o caso na reunião mensal para definição conjunta da conduta e, se for o caso, agendamento do atendimento no Cerest. Todo usuário-trabalhador que é atendido gera uma contrarreferência endereçada ao profissional da equipe da AB/SF que solicitou o atendimento. O documento escrito é entregue

à RTMST no dia da reunião mensal, mediante discussão do caso. Em dois municípios a equipe do Cerest realiza discussão de casos diretamente com os profissionais da AB/SF em reuniões periódicas. De acordo com os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Ministério da Saúde (MS), no período de janeiro a abril de 2016 foram realizados pelo Cerest de Betim 37 atendimentos de pacientes dos municípios da área de abrangência.

Ações desenvolvidas: atividades educativas em saúde do trabalhador

A atividade educativa foi adotada como estratégia para promover uma reflexão com os usuários-trabalhadores sobre a situação de saúde, seus determinantes, a reação com o adoecimento com o trabalho, direitos trabalhistas e previdenciários. Em cada município foram programadas atividades com categorias específicas para discussão de temas relacionados à saúde e segurança no trabalho, atendimento em saúde do trabalhador e orientações previdenciárias e trabalhistas.

Anualmente, as RTMSTs inserem em seus planejamentos a realização de atividades educativas para os trabalhadores. No ano de 2016 foram realizados: a) encontro de saúde e segurança para profissionais da comercialização e manipulação de alimentos do município de Mateus Leme; b) encontro de saúde e segurança para profissionais da beleza dos municípios de Brumadinho, Rio Manso, Juatuba, Mário Campos, Piedade dos Gerais, Florestal, Igarapé, Crucilândia, Bonfim; c) saúde vocal para professores dos municípios de Crucilândia e São Joaquim de Bicas; d) LER/DORT para costureiras e bordadeiras do município de Esmeraldas.

Essas atividades têm se mostrado importante espaço de discussão para fomentar o controle social em saúde do trabalhador.

Ações desenvolvidas: educação permanente em saúde do trabalhador

A educação permanente é a aprendizagem no trabalho e para o trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho com potencialidade para transformar as práticas profissionais.

A primeira ação nesse sentido foi a de formação das RTMSTs, seguida da formação dos profissionais da AB/SF dos municípios. Periodicamente são realizados encontros, nos municípios, para os profissionais, quando são abordados temas relevantes sobre a saúde do trabalhador, tais como: doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes na região; os sinais e sintomas para suspeição durante atendimento básico em saúde; processo de notificação compulsória, fluxo de atendimento em saúde do trabalhador, vigilância em saúde do trabalhador, questões previdenciárias e trabalhistas.

Cada município, de acordo com sua necessidade, demanda o apoio técnico para a realização das capacitações orientando a equipe do Cerest na organização do apoio técnico-pedagógico necessário. A RTMST organiza os eventos e a equipe do Cerest assume a capacitação. Em três municípios ocorreram encontros trimestrais com a equipe de reabilitação física e em dois outros municípios encontros periódicos com as equipes da AB/SF para discussão de casos.

No ano de 2016 foi realizada capacitação para os membros dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e as RTMSTs sobre a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), uma importante iniciativa para fomentar a criação das CISTs municipais.

Ações desenvolvidas: vigilância em saúde do trabalhador

A análise da situação de saúde é fundamental para o trabalho em saúde do trabalhador. A primeira ação nesse sentido foi a elaboração do perfil produtivo de todos os municípios realizada no período de 2012 a 2014, no Projeto de Fortalecimento da Vigilância conduzido pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Em 2016 os 12 municípios fizeram, com suporte do Cerest, a análise da situação de saúde do trabalhador, para subsidiar o planejamento em ST.

Quando demandadas pelos municípios, os fiscais da saúde do trabalhador de Betim realizam de forma complementar a inspeção em ambiente de trabalho, juntamente com a RTST do município. Até o ano de 2015, somente quatro municípios realizaram essa ação.

Em 2016, após elaboração da análise da situação de saúde, constatou-se que todos os municípios deveriam realizar inspeção em ambientes de trabalho. Nesse sentido, foi realizado treinamento sobre o tema

com as RTMSTs e os fiscais da vigilância sanitária dos municípios. A realização da inspeção encontra-se em fase de planejamento. Ficou definido pelo grupo que as duas primeiras ações de cada município contariam com a presença dos fiscais de saúde do trabalhador de Betim acompanhando o processo.

Outra ação de vigilância é a notificação dos agravos relacionados ao trabalho. O tema de notificação é sempre abordado nas capacitações e as equipes da AB/SF são acompanhadas pelas RTMSTs para a realização das notificações. O monitoramento das notificações possibilita identificar as ações necessárias bem como avaliar o resultado de uma ação realizada. De acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do MS apresentados na Tabela 1 é possível acompanhar a evolução das ações em saúde do trabalhador na região de saúde de Betim.

Observa-se que o aumento do número de notificações bem como dos municípios notificadores coincide com o período de estruturação do suporte técnico e pedagógico por parte do Cerest. Destaca-se que todas as ações em saúde do trabalhador nos municípios da área de abrangência são coordenadas pela RTMST, que contam com o apoio do Cerest.

CONCLUSÃO

A análise das atividades desenvolvidas na região de saúde de Betim entre 2003 e outubro de 2016 permite identificar aspectos relevantes para a efetiva implantação de ações de saúde do trabalhador em municípios que não são sede do Cerest. A presença de um profissional qualificado para ordenar as ações municipais, as RTMSTs, o envolvimento da AB/SF e do serviço de vigilância em saúde, juntamente com o apoio assistencial, técnico e pedagógico da equipe do Cerest, aparecem com destaque nesse processo.

Contudo, é preciso ressaltar que, para a viabilização da proposta de trabalho, várias articulações necessitam ser feitas, com ênfase para o permanente enfrentamento das questões políticas administrativas, o contato permanente com os membros do Conselho Municipal Social e das entidades representativas dos trabalhadores.

A experiência aqui relatada mostra um caminho para a concretização da ST no SUS, uma vez que esta somente se efetivará quando a ST estiver de fato incorporada nas atividades cotidianas das equipes da AB/SF.

Tabela 1 - Total de notificações e de municípios notificadores dos agravos da saúde do trabalhador na região de saúde de Betim, exceto município sede

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Notificações	01	11	38	156	356	404	348	366	197
Municípios Notificadores	01	02	06	09	09	11	12	12	10

Fonte: SINAN/MS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Dias EC, Rumin CR. Saúde do trabalhador no Brasil: contribuições de Elizabeth Costa Dias para o fortalecimento no SUS. Rev Laborativa. 2014[citado em 2016 ago. 25];3(2):56-63. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>.
4. Ministério Da Saúde (BR). Portaria nº 1.823/GM, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Dias MDA. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. Rev Bras Saúde Ocup. 2013;38(127):69-80.

Câncer de colo uterino: a doença como forma de violência

Cervical cancer: the disease as a form of violence

Rayana Rolla Campos¹, Marina Moreira Scolari Miranda¹, Hérica Moreira Brito¹, Agnaldo Lopes da Silva Filho², Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar³, Myrian Celani⁴

RESUMO

O câncer de colo uterino é um dos tumores mais comuns entre as mulheres de todo o mundo, estando entre os de mais mortalidade em países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento. Trata-se de uma doença em que se conhece o principal fator de risco (infecção pelo vírus HPV) e para a qual existem estratégias bem-consolidadas de prevenção como a vacinação e o uso de condon (camisinha), de protocolos para diagnóstico precoce, como a triagem colpocitológica, colposcopia e, quando necessário, biópsia. Finalmente, de tratamento de acordo com o estadiamento do tumor, no momento do diagnóstico. Tendo em vista todo esse conhecimento acerca dessa afecção, o achado de câncer de colo uterino invasivo em uma paciente jovem pode e deve ser considerado uma violência contra aquela mulher, uma vez que a mesma poderia ter suas consequências evitadas se oportunamente tratada. Apresentam-se uma breve revisão à luz dos conhecimentos atuais sobre o câncer de colo uterino e um caso clínico de paciente vítima de tal violência, acompanhada no serviço de oncoginecologia e pré-natal de alto risco do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, suscitando a reflexão sobre a forma como se pode atuar para não só evitar como proteger as mulheres das graves consequências da doença.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; *Papillomaviridae*; Gravidez de Alto Risco; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Uterine cervix cancer is one of the most common tumors diagnosed in women worldwide and has one of the highest mortality rate among cancer types in underdeveloped and /or developing countries. The main risk factor for this disease is known (HPV infection) and there are well-established strategies for prevention, as vaccination and use of condoms, protocols for early diagnosis, as colpocytological examination, colposcopy, and if necessary biopsy, and finally, treatment technics according to the tumor staging at the diagnosis time. In view of all knowledge and information available about this disease and possibilities of its prevention, early identification and treatment, the diagnosis of invasive uterine cancer in a young patient should be considered a violence against this woman, since its consequences could be avoided, if the disease were properly treated. Hereby, we present a brief essay on cervical cancer in light of current knowledge available and a clinical case of a patient victim of such violence, accompanied at the oncogynecology and high risk prenatal service of the Hospital das Clínicas from Federal University of Minas Gerais. This paper stimulates a reflection on how we should proceed not only to avoid but also to protect women from serious consequences of this disease.

Key words: Uterine Cervical Neoplasms; *Papillomaviridae*; Pregnancy, High-Risk; Women's Health.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Hospital das Clínicas – HC, Residência em Ginecologia e Obstetrícia. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – GOB; HC, Cirurgia Oncoginecológica. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, GOB; HC, Pré-Natal de Alto Risco. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ UFMG, FM, GOB; HC, Serviço de Ginecologia. Belo Horizonte, MG – Brasil

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Myrian Fátima Siqueira Celani
E-mail: myriancelani@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é o terceiro tipo de câncer mais comum entre mulheres, sendo a incidência maior em países menos desenvolvidos. Quase 83% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, enquanto nos países desenvolvidos representa apenas 3,6% de novos casos^{1,2}, onde a redução drástica de novos casos deveu-se à introdução de programas de triagem.³⁻⁷ No Brasil, o câncer de colo uterino também é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer. Estudos estimam que no ano de 2016 sejam diagnosticados ao todo 16.340 novos casos de câncer de colo uterino no Brasil e que haja 5.430 mortes decorrentes do mesmo.¹ Logo, é um problema de saúde pública.

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau (precursoras do câncer de colo do útero) e do câncer de colo uterino é a infecção pelo vírus HPV. Há mais de 200 tipos de HPV, sendo categorizados em subtipos de baixo risco e de alto risco para o desenvolvimento de carcinoma. Entre os tipos de HPV de alto risco, 16 e 18 são os mais comuns e carcinogênicos. Combinados, esses dois tipos são responsáveis por cerca de 70% dos casos de câncer cervical.^{1,3} Além disso, os tipos 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82 também devem ser considerados carcinogênicos ou de alto risco; os tipos 26, 53 e 66 devem ser considerados provavelmente cancerígenos.⁴ O HPV oncogênico pode ser detectado por testes de *polimerase chain reaction* (PCR) em praticamente todos os casos de câncer de colo uterino, podendo estar presente também em outros tipos de câncer, a saber: anal, cavidade oral e faringe, de pênis, de vulva e vaginal.⁵ O tipo histológico mais comum é o câncer de células escamosas, representando de 85 a 90% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma.

O controle do câncer de colo do útero se dá, atualmente, principalmente por meio do exame citológico do colo uterino e da utilização da vacina contra o HPV. Existem três tipos de vacina contra a infecção pelo HPV: a vacina quadrivalente (Gardasil), a 9-valente (Gardasil 9) e a vacina bivalente (Cervarix). A proteção da vacina quadrivalente é contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18, a bivalente contra os tipos 16 e 18 e a 9-valente contra os tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, e 58.⁶ Devido à importância da vacina contra HPV na prevenção do câncer de colo uterino e de sua eficácia, o Ministério da Saúde disponibilizou, a partir de 2015,

no Sistema Único de Saúde, vacinas para meninas de nove a 13 anos, e a partir 2017 também para meninos.

Um dos fatores prognósticos mais importantes para o câncer de colo uterino é a precocidade de seu diagnóstico. Atrasos no diagnóstico e tratamento representam o maior obstáculo à sua cura.⁷ Em vista da disponibilidade de prevenção para o câncer de colo uterino por meio da realização de exames de triagem para o diagnóstico precoce de lesões precursoras e do câncer *in situ* e pela disponibilidade da vacina contra HPV, o diagnóstico tardio e todas as consequências advindas dele é inadmissível em mulheres de qualquer idade. No caso a seguir, a paciente é jovem e poderia ter se beneficiado dos recursos disponíveis, entretanto, em algum momento houve falha no sistema de saúde. Essa falha pode ser considerada uma forma de violência. Esse tipo de violência pode estar ocorrendo contra diversas mulheres em todo o mundo; a identificação e correção dessa falha podem contribuir com a redução de seus índices.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente T.O.S, 34 anos, primigesta, compareceu para primeira consulta de pré-natal com diagnóstico, por meio de biópsia do colo uterino, de adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor. A lesão era restrita ao colo media 4 cm, tendo sido estagiado como IB2 FIGO (pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia o câncer pode ser visualizado e é maior que 4 cm, mas não se disseminou para os linfonodos ou locais distantes). Nos casos de tumores IB2, é indicada histerectomia radical. Foi então programado “amadurecimento” pulmonar fetal com corticoterapia antenatal, cesariana eletiva e histerectomia radical.

A paciente foi internada quando a gestação atingiu 36/37 semanas, realizada cesariana e seguida de histerectomia radical com anexectomia e linfadenectomia pélvica. No ato cirúrgico, foi visualizado colo com lesão vegetante, ulcerada, pardacenta e friável, medindo 9,0 x 5,0 x 2,8 cm, não sendo detectada invasão do segmento vaginal, paramétrio e/ou miométrio. O exame anatomopatológico diagnosticou adenocarcinoma moderadamente diferenciado grau II, com sinais de embolização angiolinfática, sem invasão em paramétrio ou do manguito vaginal. Linfonodos pélvicos sem comprometimento metastático. O estadiamento anatomopatológico (TNM): pT1b2 pN0 pMX. Placenta sem alterações histopatológicas. Após a cirurgia foi

realizado seguimento ambulatorial com a equipe de oncoginecologia e oncologia clínica. Foi submetida a radioterapia e braquiterapia. As citologias oncóticas do colo uterino de quatro anos consecutivos foram negativas para neoplasia. A paciente continua sob os cuidados da oncoginecologia e oncologia clínica.

DISCUSSÃO

As implicações do seguimento inadequado de prevenção de câncer do colo da mulher são muitas vezes desastrosas, podendo levar a casos graves, com alta mortalidade e morbidade. Nesse caso, por exemplo, vimos uma paciente jovem, em sua primeira gestação com um diagnóstico de câncer invasivo, tendo seguimento em pré-natal de alto risco, devido ao risco aumentado para a mãe e para o feto, inclusive de progressão da doença. Além de gerar estresse acentuado para a paciente, incerteza sobre seu futuro e de seu bebe, os custos de pré-natal e hospitalares são muito mais elevados ao sistema público de saúde. Além disso, uma paciente jovem, com apenas um filho, que acabara de nascer, teve que ser submetida a uma cirurgia radical, com perda de sua capacidade reprodutiva aos 34 anos; teve que se submeter a radioterapia e braquiterapia, podendo apresentar sequelas psíquicas e físicas, com inclusive disfunção sexual, implicando em alterações do convívio social e marital. São inúmeras consequências de uma doença invasiva que poderia ter sido prevenida com vacinação ou diagnosticada precocemente se houvesse um seguimento adequado do protocolo de colpocitologia oncótica.

Esse contexto, de um caso grave, deixando uma marca profunda na paciente e com tantas repercussões e que poderia ser evitado, leva à reflexão: essa doença não pode ser considerada uma forma de violência? Privar a paciente da prevenção e diagnóstico precoce adequado não configura violência contra essa mulher? Onde estamos errando? Em nossa percepção, a ausência de seguimento adequado e prevenção em casos de doenças potencialmente preveníveis e de diagnóstico precoce plausível configura sim uma forma de violência contra a mulher e deve-se lutar para que isso não ocorra.

CONCLUSÃO

Um câncer com alta prevalência em âmbito mundial e nacional e com prevenção e diagnóstico precoce tão bem-definidos não deveria ser “encontrado” mais em níveis avançados. Infelizmente, ainda hoje, convivemos com essa realidade e nos deparamos com uma abordagem inadequada desses casos. Um país territorialmente tão vasto acaba prejudicando uma uniformidade de condutas, fazendo com que em algumas regiões as pacientes sejam mais bem acompanhadas e tratadas que em outras. Deve-se lutar para que todas as mulheres possam ter acesso à vacinação e a um seguimento adequado para prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero, protegendo e auxiliando as mulheres de todas as formas possíveis.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA. [citado em 2016 nov. 15]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao
2. Ferlay J, Bray F, Pisani F, Parkin DM. Globocan 2002 cancer incidence. Mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base. Lyon: IARC Press; 2004.
3. Yang A, Farmer E, Wu TC, Hung CF. Perspectives for therapeutic HPV vaccine development. *J Biomed Sci.* 2016;23(3):75-80.
4. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, *et al.* Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003;348(6):518-27.
5. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: the burden of HPV-related cancers. *Science Direct. Vaccine.* 2006;24S3:S3/11–S3/25.
6. Cox JT, Palefsky JM. Recommendations for the use of human papillomavirus vaccines. Up to Date. [citado em 2016 nov. 27]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/recommendations-for-the-use-of-human-papillomavirus-vaccines?source=search_result&search=HPV%20VACCINE&selectedTitle=1-100,
7. Ouasmani F, Hanchi Z, Haddou RB, Bekkali R, Ahid S, Mesfioui A. Determinants of patient delay in seeking diagnosis and treatment among moroccan women with cervical cancer. *Obstet Gynecol Int.* 2016. [citado em 2016 nov. 27]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4840762>

Coorte de Homens que Fazem Sexo com outros Homens (HSH) em Belo Horizonte: Experiências de construção de questionário para processo avaliativo do Estudo, na perspectiva de seus voluntários

Cohort of Men who have Sex with Men (MSM) in Belo Horizonte: Experiences of constructing a questionnaire for the evaluation process of the Study, from the perspective of its volunteers

Júlio César Andrade¹, Luana de Freitas Vieira², Edison Ildefonso Oliveira³, Ulysses Barros Panisset⁴

RESUMO

Este artigo descreve a experiência de construção de questionário da pesquisa de avaliação do Projeto Horizonte: coorte de homossexuais e bissexuais masculinos em Belo Horizonte-MG, destinada a conhecer “o significado do estudo, na perspectiva de seus voluntários”, na qual se pretende que o sujeito da pesquisa avalie também sua participação, a estrutura, funcionamento e qualidade das ações realizadas. São descritas as etapas da elaboração e pré-testagem do instrumento de coleta de dados e suas limitações. Para sua confecção, foram ouvidos os pesquisadores e pessoal de apoio do estudo em entrevistas individuais, juntamente com os próprios voluntários, por meio de grupos focais. Durante o processo de construção e validação do questionário, os voluntários demonstraram interesse em participar, explicitaram a importância dessa iniciativa, relatando como percebem o projeto e com apontamentos em relação à sua estrutura e funcionamento. Concluiu-se que, mesmo com as dificuldades enfrentadas, foi possível tal iniciativa, cujos depoimentos iniciais revelaram a relevância da coorte – visão positiva, como importante espaço de promoção de saúde à população LGBT, a ser confirmado ao término da pesquisa avaliativa.

Palavras-chave: Avaliação/métodos; Coleta de Dados; Inquéritos e Questionários; Estudos de Coortes; Pesquisa Qualitativa; Pesquisa Quantitativa.

ABSTRACT

This article describes the experience of constructing a questionnaire of the Horizon Project's evaluation research: The Horizon Project is a cohort of homosexuals and bisexual men in Belo Horizonte (MG). The current research aim to know “The Meaning of the Study from the perspective of its volunteers”, in which the subject of the research also evaluate its participation, as well as the structure, operation and quality of the actions carried out. The stages of the preparation and pre-testing of the data collection instrument and its limitations are described. For its preparation, the researchers and support staff of the Study were heard in individual interviews, there were also the listening of the volunteers themselves, through focal groups. During the construction and validation of the questionnaire, the volunteers showed interest in participating, they explained the importance of this initiative, reporting how they perceive the Project and notes on its the structure and functioning. It is concluded that, even with the difficulties faced, such an initiative was possible, whose initial statements pointed to the relevance of the Cohort - positive vision, as an important space for health promotion to the LGBT population, to be confirmed at the end of the evaluation research.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; UFMG, Projeto Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – Fafich, Curso de Psicologia; UFMG, Projeto Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, Projeto Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ UFMG, FM, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte-MG, Brasil.

Autor correspondente:
Júlio César Andrade
E-mail: julionorkub@gmail.com

Keywords: Evaluation/methods; Data Collection; Cohort Studies; Qualitative Research; Quantitative Research.

INTRODUÇÃO

Em 1992, o Ministério da Saúde criou o Comitê Nacional de Vacinas Anti-HIV/Aids como parte do compromisso brasileiro na luta mundial contra a AIDS. Naquela ocasião, definiram-se centros de pesquisas para futuras vacinas anti-HIV nas capitais Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro. Assim, com o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), estabeleceram-se estudos multicêntricos, longitudinais e sociocomportamentais nessas cidades.¹

O “Projeto Horizonte: coorte de homossexuais e bissexuais masculinos de Belo Horizonte”, sediado na Faculdade de Medicina da UFMG, constitui um desses estudos epidemiológicos e de prevenção e tem por objetivos avaliar: a) prevalência e incidência do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) nessa população; b) impacto das intervenções educativas na redução do risco; c) possibilidade de acompanhamento dos voluntários a longo prazo; d) participação de voluntários em futuros ensaios clínicos com vacinas anti-HIV.²

Esse estudo, aprovado pelo comitê de Ética da UFMG, encontra-se em funcionamento ininterrupto desde 1994. Os pré-requisitos para participar são: a) idade acima de 18 anos; b) sorologia negativa para HIV; c) residir na região metropolitana de Belo Horizonte; d) não possuir transtorno psiquiátrico ou dependência de substâncias químicas que possam comprometer a participação.² O projeto possui os componentes: psicossocial, clínico, epidemiológico e laboratorial. Equipe multidisciplinar de pesquisadores, docentes e alunos de graduação e pos-graduação da UFMG, das áreas de psicologia, sociologia, medicina, epidemiologia, estatística, gestão de serviços de saúde e comunicação social, juntamente com profissionais de apoio, são responsáveis por seu desenvolvimento.

O acompanhamento individual de seus voluntários ocorre mediante protocolo que inclui: a) acolhimento, com as explicações dos objetivos e desenho do estudo e discussão de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na entrevista inicial; b) avaliação sociocomportamental – coleta de dados, aconselhamento pré e pós-teste para exames laboratoriais (HIV, VDRL, Hepatites B/C, hemograma) e orientações preventivas; c) avaliação médica. Para aqueles que de-

mandam atendimentos complementares, consultas extras e encaminhamentos são viabilizados sempre que necessário. Esses procedimentos ocorrem tanto na visita de admissão quanto nos retornos semestrais.

Após coleta das informações, ao orientar e esclarecer dúvidas, principalmente quanto ao uso correto e consistente do preservativo, as equipes – psicossocial e médica – verificam conhecimentos sobre IST, vacinas/tratamento anti-HIV, posturas na prevenção de doenças, estado de saúde atual e progresso. Abordam ainda questões relacionadas a sexualidade, cidadania, direitos sexuais LGBT e diversos temas correlatos condizentes com a sua realidade, objetivando redução de vulnerabilidades dessa população. Entre os retornos semestrais, periodicamente são realizadas intervenções educativas coletivas que compreendem fóruns de debates com temas diversos, filmes comentados, oficinas e palestras, entre outros.

Em toda a sua existência, foi observada a crescente relevância do projeto como espaço educativo e de prestação de serviço para promoção da saúde sexual de parte do segmento LGBT por meio de relatos espontâneos dos voluntários, dos profissionais e estagiários sobre sua importância, vínculo estabelecido, contribuições para qualidade de vida, mudanças de comportamentos, erros e acertos.

Todas essas sinalizações têm fornecido para os pesquisadores do projeto bons materiais para a pavimentação de caminho seguro e adequado, mas não suficientes para uma afirmação científica, devido ao aspecto subjetivo e não sistematizado dessas manifestações. Não que o caráter subjetivo não tenha validade e importância, pelo contrário. Segundo Uchimura e Bosi^{3:1564}, “*não obstante, é possível encontrar, na literatura, algumas experiências de avaliação que não se prendem à medição e incorporam a subjetividade ao processo avaliativo*”.

Avaliar a coorte, do ponto de vista do voluntário, é considerá-lo o ator principal nesse processo. Interessa aos pesquisadores saber qual o significado do projeto para ele, como têm ocorrido sua aprendizagem e a assimilação das ações de prevenção recebidas e conhecer as transformações ocorridas em sua vida, os motivos para adesão, sentimentos, expectativas e sugestões. Entende-se que as informações obtidas, como parte de uma avaliação geral do Horizonte, possam contribuir para estimar o impacto das intervenções educativas, um dos objetivos do Projeto Horizonte. Neste artigo, é relatada a experiência de construção do questionário específico à “Avaliação

do Projeto Horizonte: o significado do estudo na perspectiva de seus voluntários”, que incluiu a participação dos próprios voluntários na sua construção e validação, bem como algumas dificuldades e entraves ocorridos nesse processo.

DESCRIÇÃO

Os pesquisadores, inclinados por uma investigação qualitativa, aceitaram o desafio de construir um instrumento com características predominantemente objetivas, que permitisse “ouvir”, com praticidade, maior número possível de voluntários, cerca de 300, em acompanhamento, de tal forma que eles tivessem oportunidade de manifestar suas críticas e opiniões mais reservadas, anonimamente, em relação também à própria equipe, evitando-se constrangimentos.

A escolha se fez por questionário semiestruturado, autoaplicável. No entanto, apurou-se uma contradição: o questionário pretendido, o eixo principal, tem uma dimensão qualitativa, subjetiva, sendo que se optou por uma investigação que permitisse a mensuração das informações, de forma a possibilitar análises em extensão. Para superar essa questão, Serapioni⁴ postula que:

Finalmente, para evitar equívocos, convém explicitar que a premissa de base que norteia a nossa proposta de trabalho de avaliação fundamenta-se na pluralidade metodológica e reconhece que a avaliação de qualidade, embora valorize as perspectivas de diversos atores sociais, nem sempre se inclui no campo da análise qualitativa. Algumas dimensões da qualidade são objetivas e implicam processos de mensuração; outras refletem a experiência e a subjetividade dos atores. O importante [...] é que o processo de análise seja baseado em “atividade científica, que requer, para sua execução, determinado rigor metodológico.”^{4:208}

Descrevem-se, a seguir, as etapas percorridas para o desenvolvimento do instrumento de coleta de dados:

1. levantamento preliminar para planejar o conteúdo a ser investigado. Inicialmente foram analisadas 15 questões do formulário sociocomportamental do Projeto Horizonte, relacionadas ao propósito desta pesquisa;
2. consulta à equipe: realização de nove entrevistas individuais com o grupo de pesquisadores e de apoio

do Projeto Horizonte, considerando a experiência profissional e o conhecimento sobre o projeto;

3. pesquisa exploratória para a construção do instrumento. Optou-se pela realização de quatro grupos focais, considerando que esse método possui, entre suas características, para Godim^{5:151}, a promoção da autorreflexão. “Uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade”.

Os grupos focais foram constituídos de voluntários pertencentes a períodos de retornos semestrais distintos: a) GF1 “misto” (da admissão ao 24º retorno); b) GF2 “novatos” (do 1º ao 5º retorno); c) GF3 “intermediários” (6º ao 10º retorno); d) GF4 “veteranos” (11º ao 24º retorno). O objetivo dessa estratificação foi possibilitar aprofundar as reflexões sobre o projeto, a partir das trocas de experiências e questionamentos, em função dos diversos tempos de experiência com a coorte. A seguir, descreve-se o roteiro do grupo focal (Tabela 1).

Tabela 1 - Roteiro do grupo focal

1) Apresentação / integração;
2) objetivo da reunião;
3) consentimento de participação/gravação;
4) regras de funcionamento do grupo;
5) perguntas norteadoras (o que você entende por avaliação? O que significa o Projeto Horizonte para você? Pensando em sua vida ao longo do projeto, seus aprendizados, idas e vindas, relações interpessoais, exames, entrevistas, isso resultou para você em alguma coisa? Identifique áreas, setores no Projeto Horizonte e o que seria interessante explorar, avaliar, sugerir. Como foi/tem sido sua atuação como voluntário? Houve influências do projeto na vivência de sua sexualidade e na prevenção do HIV e outras ISTs? Vocês tem mais alguma sugestão para esse processo de construção da pesquisa avaliativa do Projeto Horizonte?;
6) avaliação do encontro.

4. pré-teste do questionário – uma vez confirmado nos grupos focais que o instrumento seria autoaplicável a fim de garantir o anonimato, foi elaborado pelos pesquisadores um questionário cujas questões abertas e fechadas⁶ foram sugeridas e avaliadas pelos voluntários. Posteriormente foi submetido à revisão por um grupo de oito voluntários indicados pela equipe, que identificaram acertos, inadequações e correções necessárias. Uma vez corrigido, foi pré-testado em 26 voluntários escolhidos aleatoriamente, de diversos tempos de seguimento (retornos semestrais), e avaliado pelo estatístico. A aplicação do questionário foi realizada por estudante de Psicologia (monitor) treinado nos aspectos éticos e técnicos.

RESULTADOS

Em relação aos grupos focais, inicialmente foi identificado entre os voluntários o conceito que tinham sobre avaliação, obtendo-se respostas do tipo:

Avaliar, pra mim, é poder perceber o que... o que aconteceu, como aconteceu, tirar as conclusões daí e modificar o que tiver que modificar. É incrementar, né? É você poder modificar a partir de determinado momento o que aconteceu (Voluntário GF1).

Foram realizados quatro encontros (31 voluntários), por sua condição de envolvimento com o estudo – desembaraço e capacidade crítica. O tempo médio de cada reunião foi de duas horas e proporcionou discussão de temas afins como cidadania, luta por direitos e fazer política, conforme se pode observar ao serem perguntados sobre a iniciativa de avaliar o Projeto Horizonte:

[...] Então! Acredito que é uma coisa legal; hoje perde-se tempo debatendo, criticando, elogiando. É uma maneira de se fazer política, isso é política. Por mais que você não queira, é uma política. Uma vez que você defende a sua cor, você faz uma política, porque alguém não gosta daquela cor e você defende ela. Então, o processo todo se dá por ali. Então, eu acho assim, o projeto está precisando de muito mais implementações? Com certeza! (Voluntário, GF3).

Em relação ao ato de avaliar a participação do voluntário durante o desenvolvimento da coorte, disseram, por exemplo: “Eu acho,... que [avaliar] a atuação dele, ... a presença dele dentro do projeto... Como é estar no projeto? Pesquisar talvez qual o sentido dele estar no projeto. Porque ele está no projeto? ... Que contribuição ele poderia dar?” (Voluntário,GF4).

O projeto foi descrito também como um espaço de acolhimento, de apoio e serviço de saúde, verificada em uma das colocações dos voluntários:

[...] quando eu comecei, eu falei assim: os exames de seis em seis meses entraram como um apoio, né? Na área médica muitas pessoas não têm condições de pagar uma assistência médica. Como você tá dentro do Hospital das Clínicas, faz parte da UFMG, a gente teria um apoio, uma coisa assim, né? Uma ajuda... (Voluntário, GF2).

As informações mais relevantes de cada grupo em relação aos objetivos propostos foram selecionadas e, entre elas, aquelas mais significativas compuseram um grupo de categorias de análises (Tabela 2) que possibilitaram a confecção de questionário semiestruturado, com linguagem, conteúdo e estrutura adequados. Os pontos centrais do instrumento estabelecido estão descritos na Tabela 3.

Tabela 2 - Categorias de análises obtidas nos grupos focais

1) O que o voluntário acha do nosso ato de avaliar o projeto;
2) percepção do projeto (o que é, para mim, seu significado);
3) expectativas em relação ao Projeto Horizonte;
5) estrutura física e funcionamento do projeto;
7) intervenções educativas individuais e coletivas;
8) comunicação interna e externa do projeto;
9) participação do voluntário;
10) serviço de saúde.

Tabela 3 - Pontos centrais do questionário

1) Caracterização do voluntário;
2) significado do Projeto Horizonte e suas implicações;
3) práticas sexuais e situações de risco;
4) estratégias de prevenção;
5) estrutura física e funcionamento do projeto;
6) perspectivas.

DISCUSSÃO

A metodologia da pesquisa apresentada integrou métodos qualitativo e quantitativo, numa posição complementar. Para Minayo e Sanches⁷:

[...] ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade.^{7:240}

A partir desse entendimento, os pesquisadores, ao se lançarem no desafio de construir uma pesquisa com tal característica e com a participação dos voluntários ao longo do processo⁸, pretenderam uma análise mensurável das informações de grande parte dos voluntários em acompanhamento no projeto, considerando seus perfis e diversos tempos de permanência no estudo. Outros fatores que se somaram

a essa escolha foram a economia de tempo e de recursos financeiros e, principalmente, a importância do anonimato em relação aos integrantes da equipe, tendo em vista que o preenchimento do questionário pelo voluntário se daria em outro momento, de maneira reservada, o que não poderia ocorrer, por exemplo, em uma entrevista em profundidade.

Observou-se durante o período de pré-testagem dos questionários mais disponibilidade e interesse dos voluntários considerados “intermediários” e “veteranos” em participar dessa iniciativa, em relação aos “novatos”, que se mostraram um pouco mais reticentes. Quando perguntados sobre o interesse em participar, estes, apesar de sinalizarem positivamente, apresentavam dificuldades no comparecimento. Talvez isso tenha sua explicação por não terem estabelecido vínculo mais forte com o projeto. Para contornar essa situação, planejou-se para o decorrer da pesquisa o agendamento das entrevistas para o mesmo dia em que o voluntário tivesse de comparecer ao Projeto Horizonte.

Outra dificuldade foi em atender aos aspectos metodológicos tais como o de proporcionalidade para cada retorno, aleatoriedade dos respondentes, assim como critérios éticos relacionados a procedimentos que impedissem alguma eventual identificação de forma indireta dos questionários. Chaves e Paulon^{9,124} escrevem:

Convém, ainda, relatar que todo tropeço e gaguejo trazem consigo momentos de parada, vácuos de linguagem, pontos de escuridão que contêm, também e paradoxalmente, potências criadoras.

Esses “tropeços” e “gaguejos” permitiram questionar a nossa prática e criar novas estratégias de registros no banco de dados e de comunicação, respeitando-se os protocolos estabelecidos. Assim, passou-se a contatar os voluntários que haviam feito seus retornos semestrais recentemente, pois a experiência mostrou que tais voluntários eram mais receptivos ao nosso convite do que aqueles que haviam feito seus retornos há mais tempo. Para estes, cuidado especial foi tomado quanto à agilidade nos atendimentos.

Quanto aos procedimentos de aplicação do questionário na pré-testagem, antes de sua explicação e orientações de preenchimento, o monitor acompanhava a leitura do TCLE pelo voluntário e, passo a passo, ia detalhando seus tópicos, esclarecendo cada dúvida. Um caderno de campo era utilizado, no qual as observações e comentários diversos auxiliavam

na condução e monitoramento. A média de duração do questionário variou de 20 a 50 minutos, conforme as habilidades e capacidade de compreensão dos respondentes, assim como o registro de condições ambientais, interferências, dúvidas não previstas ou mesmo falha na aplicação dos instrumentos.

Um caso específico para ilustrar e que sugere o envolvimento no Projeto Horizonte foi o de um voluntário, muito solícito, que, ao término do questionário perguntou se o fato de participarem da pesquisa ajudaria a garantir sua continuidade e o envio de verbas sem interrupção, demonstrando preocupação com o futuro do estudo.

Beste estudo concorda-se com Souza e Carvalho^{10:99} quando afirmam que “qualquer neutralidade que o pesquisador-psicólogo almeje atingir, buscando um distanciamento de seu interlocutor, é absolutamente artificial”. No entanto, o monitor foi orientado a manter uma “postura mais distante”, a seguir certa padronização do conteúdo de suas falas durante a interação com o voluntário, embora considerando as características de cada um, com vistas a compreender bem qual era o seu papel naquela relação: de auxiliar o voluntário em uma avaliação participativa⁸ na qual este era o ator principal e, por isso, não deveria emitir algum tipo de juízo de valor sobre o Projeto Horizonte naquela ocasião, pois é justamente nessa atribuição de valor que consiste uma avaliação.

Nesse processo, o papel do voluntário era avaliar e se avaliar – do monitor, apenas auxiliá-lo nesse momento que era dele. Alguns voluntários explicitavam suas dificuldades em responder as questões abertas quanto à construção das respostas, já que tais questões implicavam uma reflexão mais elaborada sobre as experiências pessoais dentro e fora do Projeto Horizonte, além da comparação, inevitável, com as questões fechadas. Uma particularidade ocorrida foi de um voluntário que solicitou auxílio em decorrência de dificuldade de leitura ou escrita, evidenciando outro tipo de limitação que teríamos de contornar.

CONCLUSÃO

A construção do instrumento de avaliação do Projeto Horizonte, a partir do ponto de vista de seus voluntários, culminando em um questionário semiestruturado e autorresponsivo, específico à coorte Horizonte, evidenciou a importância da interação pesquisador-sujeito, tendo em vista que a colaboração deste foi constante.

Constataram-se a relevância e a aceitabilidade dessa iniciativa, verificadas no decorrer das atividades que precederam os encontros dos grupos focais e na boa vontade dos participantes em contribuir com o trabalho, tanto no comparecimento – apesar das dificuldades –, quanto nos depoimentos em outros momentos distintos. As discussões realizadas nos grupos focais proporcionaram grande riqueza e aprofundamento de assuntos diversos, mostrando a importância da participação de voluntários de pesquisa em ações avaliativas do Próprio Projeto. Isto pôde ser percebido nas observações, críticas e sugestões dos voluntários, inclusive algumas já implementadas como, por exemplo, a sugestão de novas placas indicativas da localização no prédio onde o projeto funciona, assim como de sua secretaria.

Essas informações preliminares, entre outras, foram fundamentais para a constatação de que esse processo de avaliação formal, que deveria ter sido contínuo no projeto e ouvindo seus sujeitos, prioriza a discussão e o debate coletivo sobre a atribuição de valor e, principalmente, como se deve estar aberto a seus saberes, seus horizontes, suas vivências e suas expressões. A avaliação poderá oferecer condições e informações relevantes para o conhecimento que confirmem acertos e, de maneira importante, indiquem falhas para possíveis correções, como também sugestões que possam ser incorporadas não apenas ao desenvolvimento e enriquecimento do estudo, como, principalmente, contribuam para novas políticas públicas de DST/AIDS e afins destinadas à população LGBT. Os depoimentos iniciais destacam a relevância do Projeto Horizonte como espaço de educação e promoção da saúde, a ser confirmado ao término da pesquisa avaliativa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Plano Brasileiro de Vacinas Anti-HIV 2008-2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Bela Vista e Horizonte: estudos comportamentais e epidemiológicos entre homens que fazem sexo com homens. 2ª ed. Brasília: MS; 2001.
3. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1561-9.
4. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006. p.208
5. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*. 2003;12(24):149-61.
6. Nogueira R. Elaboração e análise de questionários: uma revisão da literatura básica e a aplicação dos conceitos a um caso real. Rio de Janeiro: UFRJ/COPPEAD; 2002. p.2
7. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):239-62.
8. Paulon SM, Chaves AGCR, Eidelwein C, Passos E, Righi LB, Verdi M, *et al*. Errâncias e itinerâncias de uma pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa. *Saúde Transf Soc*. 2014;5(2):20-8.
9. Chaves AGCR, Paulon SM. Sobre tropeçar, gaguejar, participar: intencionalidades e experimentações numa pesquisa avaliativa em saúde. *Saúde Transf Soc*. 2014;5(2):123-4.
10. Souza SJ, Carvalho CS. Ética e pesquisa: o compromisso com o discurso do outro. *Rev Polis Psique*. 2016;6(1):98-112.

Estratégias na urgência em psiquiatria: contribuições da psicanálise

Strategies in the urgency in psychiatry: contributions of psychoanalysis

Renato Diniz Silveira¹, Carlos Alberto Pereira Pinto²

RESUMO

O presente trabalho pretende refletir acerca das ações geralmente tomadas nos momentos de urgência psiquiátrica, onde um imperativo imediatista é convocado a partir do saber biologicista, e cujo resultado é o silenciamento do sujeito e de seus sintomas. Serão levantadas as contribuições que a Psicanálise pode ofertar nesse momento, em que, muito além da explosão fenomenológica de sinais e sintomas, algo novo do sujeito desponta e urge ser escutado. Para tanto, serão utilizados os referenciais teóricos do campo da saúde mental e da psicanálise que propõe pensar que tipo de intervenção é possível na crise.

Palavras-chave: Transtornos Psicóticos; Psicanálise; Intervenção na Crise.

ABSTRACT

The present work intends to reflect on the actions usually taken in the moments of psychiatric urgency, where an imperative is summoned from biologicist knowledge, and whose result is the silencing of the subject and its symptoms. The contributions that Psychoanalysis can offer at this moment will be raised, in which, far beyond the phenomenological explosion of signs and symptoms, something new of the subject emerges and urgently needs to be listened. In order to do so, we will use the theoretical references of the field of mental health and psychoanalysis that proposes to think about what type of intervention is possible in the crisis.

Key words: Psychotic Disorders; Psychoanalysis; Crisis Intervention.

RELATO DE CASO

P.R.S., 20 anos de idade, nascido e residente em uma cidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte, estudante do terceiro ano do segundo grau. Foi levado por familiares e policiais militares até o Instituto Raul Soares devido à agitação psicomotora súbita, heteroagressividade, coprolalia dirigida a familiares e estar destruindo móveis e pertences de sua residência. Quando chegou na recepção do acolhimento, L.R.S tentava agredir os funcionários do setor, dizendo que todos ali “estavam com o capeta no corpo”. O estado mental revelava: campo de consciência estreitado, hipotenacidade e hipervigilância, logorreia, prolixidade, pensamento acelerado com laços associativos frouxos, delírios com conteúdo religioso e persecutório proeminente, repetitivo. Apresentava-se com humor exaltado, afeto incongruente e inadequado, impulsividade, crítica prejudicada. De acordo com relato de familiares eram

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Curso de Medicina; Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG, Hospital de Ensino Instituto Raul Soares. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Carlos Alberto Pereira Pinto
E-mail: carlos_app@hotmail.com

recorrentes comportamento inadequado e agitação psicomotora, que motivaram algumas internações em outras instituições psiquiátricas. Não aderiu a tratamentos propostos.

INTRODUÇÃO

De novo, e não ainda pela última vez, a pergunta que insiste: o que é a urgência? E alguém muito acostumado com respostas coloca uma questão, a saber, de que urgência que estamos tratando. Então, vamos delimitar dois campos, a Psiquiatria de um lado e a Psicanálise do outro, deixando, entretanto, de construir muros pesados de separação. Se a psiquiatria nos convoca a dar uma resposta imediata diante dos mais diversos quadros fenomenológicos que podem se apresentar, a psicanálise nos chama a ocupar um outro lugar, um lugar que dê espaço para a particularidade da fala de cada sujeito. Podemos dizer sobre a urgência, com Lacan, algo sobre o impossível de suportar. Mas para quem é impossível? Qual é a demanda que se deita nesses campos? Responde-se de uma maneira geral: para a psicanálise, é impossível de suportar para o sujeito, para a Psiquiatria, é impossível de suportar para o corpo social.

DISCUSSÃO DO CASO

Então é que chega P.R.S em um plantão psiquiátrico. Gritando, com os braços amarrados por um lençol. A família conta que ele havia quebrado tudo. Tudo o quê? Tudo mesmo, até a televisão. Além da família, vieram os vizinhos, vieram os policiais, vieram os pastores da igreja que a mãe frequenta, porque o filho nunca quis vir, dizia não precisar de médico, que não tinha nada, que já tinha mais de dezoito anos e era maior de idade. Amarrado, ameaçava bater em todo mundo, mataria todo o mundo, pois estava quieto e foram mexer com ele. A família dizia que o paciente precisava urgente de um remédio, de um psiquiatra. Uma pergunta necessária para esse momento era: que urgência é esta? O que podemos dizer é que esse momento é marcado por um estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito. Quinet recorrendo ao texto freudiano nos lembra de que na psicose um fragmento da realidade rejeitada retorna sem parar, para forçar a abertura na vida psíquica.¹ Para Lacan o momento da crise pode ser traduzido

pelo seguinte: o que é recusado na ordem simbólica ressurgirá no real, ou seja; o fenômeno alucinatório se dá pelo reaparecimento, no real, daquilo que não pôde ser simbolizado, ou então, recusado pelo sujeito.² Assim, quando se busca responder à questão do fenômeno psicótico, entende-se que se trata de uma emergência na realidade de uma significação enorme que não se parece com nada – e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que ela jamais entrou no sistema de simbolização-, mas que pode, em certas condições, ameaçar todo o edifício.³ Quando questionado sobre o ocorrido P.R.S não responde, somente lança um olhar sobre o lençol amarrado. Ao ser desamarrado quebra uma cadeira do consultório, e os enfermeiros entram. O atendimento psiquiátrico se convidava na sugestão do enfermeiro: injeção de haldol com fenergan. Mas P.R.S deu outro rumo ao atendimento: “eu não vou tomar sossega leão”. É lançada a questão para o paciente: “então o que deve ser feito, pois quebrar tudo de novo não você não irá.” A recusa pelo silenciamento farmacológico nos aponta esse insuportável colocado para o sujeito, ao mesmo tempo em que fornece a entrada de um elemento novo que possibilite circunscrever algo desse insuportável. Nesse momento uma aposta é feita embasada a partir de um cálculo clínico. P.R.S é convidado a ir para a sala de atividades. Chegando lá, cartolina e pincel atômico na mão, ele desenha círculos durante uma hora. Em seguida, dorme. Ao acordar, fala das vozes que estão sempre exigindo, mandando, “tirando a vida”. Explica que as vozes mandam desenhar, cobrir tudo com caneta, completar a folha. “Quando acaba o papel, desenho nas paredes, com pedra de barro. Minha mãe não quer deixar, ela não sabe [...]”.

Bem, quem é que sabe? A resposta é uma: o próprio sujeito. Com o tempo, e com muitas ressalvas, contaria alguma coisa disso, coisa delirante com sua marca inconfundível de certeza. Mas vamos devagar, para não compreender: o lugar a ser ocupado pelos técnicos que acompanham P.R.S é uma linha tênue, situada entre o estabelecimento de um secretário novo para expedir as cartolinas e a demanda do meio social do paciente, que continuamente recorre, para que repensemos a necessidade de sua internação. Outra vez, os campos: a quem se atende, quando se atende à psicose? Vamos pensar em P.R.S, que chegou sem uma única pergunta sequer, mas com um excesso de respostas. Um dia, fazendo bolas nas cartolinas, foi indagado a ele o que eram. Sua resposta brota de um campo rico para a clínica. Ele nos diz que eram

pingunusi e descobrimos o que representavam: cada bola era uma significação, uma solução para cada problema da humanidade. A psicanálise nos aponta que para o psicótico, a significação coloca-se no plano da compreensão; compreensão que não está inserida em um plano articulado dentro do contexto na trama simbólica. Neste sentido, podemos concluir com Lacan de que é impossível, para o analista, compreender a produção delirante do sujeito psicótico. O delírio se coloca de forma distinta da linguagem comum através da figura de linguagem denominada neologismo (o uso de palavras novas ou antigas com sentido novo).²

Mais uma vez Lacan contribui em nossa discussão ao dizer que para o psicótico o delírio assume um sentido particular, em sua certeza e em sua perplexidade e que mesmo assim não, é num outro registro que é preciso abordar o que se passa na psicose. É impossível que se chegue a determinar o número mínimo de pontos de ligação fundamentais entre o significante e significado necessários para que o ser humano seja dito normal, e que, quando eles não estão estabelecidos, ou afrouxam, produzem o psicótico.²

Durante meses ele chegava, e conduzia seu “secretário” à tal sala, cartolinas, bolas. Com sua estabilização, o aparato farmacológico já poderia diminuir. Um novo contrato já poderia ocorrer. Certa vez ao ser indagado sobre as bolas, ele diz que não entendia o porquê da constante pergunta, uma vez que já sabíamos. Isso nos remete ao sujeito suposto saber, mola da transferência no tratamento da neurose, mas que aqui há uma clara diferença: aqui a suposição de saber é substituída pela certeza psicótica, fruto do aprisionamento do paciente nas garras do Outro, que lhe toma enquanto objeto. Agora então é possível delimitar a urgência, ao menos neste caso: P.R.S veio ao tratamento, porque as significações caíam por cima dele, como uma estante lotada de livros em tombo infinito. Aqui, cartolina pode virar um delicado roteiro para organizar o grande prejuízo do desmoronamento das estantes de significações: desenha-se uma de cada vez. Há aqui o testemunho dessa condição, que é um pedido sem palavras para que ao oferecer cartolinas, possa sugerir uma saída, ainda que bem atrapalhada, para a construção de um grande eixo de soluções para os problemas da humanidade, idéia central que vem fundar o assentamento delirante em P.R.S. Ora, fazer bolas aí, é cercar realmente o gozo do Outro que invade o sujeito na psicose.⁴

P.R.S escreve e circunscribe as significações que ele não tem como reconhecer enquanto próprias: a fo-

raclusão do Nome-do-pai na psicose expõe, à um tempo só, toda cadeia de significantes, desmoronamento que assume vida própria e se expressa à revelia do sujeito. Lacan nos diz que o sujeito é antes falado do que fala: reconhecemos aí os símbolos do inconsciente sob formas petrificadas.⁵ Então, porque da urgência de P.R.S? A psiquiatria atual, onde se coloca? Há tantos anos atendendo a demanda policesca do meio social, trabalhando com a difícil noção de normalidade, a psiquiatria pode agora lançar mão de testes e de recursos biológicos bem desenvolvidos, medicamentos específicos, e buscar um caminho que debruça na particularidade desse sujeito que se apresenta, ou seja, se atentar nos *pingunusi* que ele nos coloca. Ora, coisa estranha isso de fornecer cartolinas para o desenho do delírio, pode nos dizer certa psiquiatria reducionista, disposta a sossegar sempre o leão. Parênteses aqui: se Lacan dizia que a vida dos analistas não era cor de rosa, o mesmo podemos dizer sobre a psiquiatria.⁶ Não se trata de um romanceamento da questão do tratamento. Alguém desavisado me pergunta sobre o uso da arte no tratamento, a grande descoberta do recurso artístico na urgência da psicose, afinal tratava-se de pincel atômico e cartolinas. Reconhecemos aqui a modéstia das possibilidades artísticas: P.R.S também poderia desenhar círculos em seu corpo usando a ponta dos próprios dedos.

Ou seja, o recurso não pode ser adjetivado de artístico, mas antes, é melhor não adjetivá-lo aí, deixemos apenas: recurso. Se podemos admitir, como Lacan, que o psicanalista não deve jamais recuar diante da psicose, podemos então pensar que o psiquiatra também não deve, pois o que parece tão óbvio, a saber, que os psiquiatras atendem à psicose, pode ser revisitado na seguinte questão: o fato de medicar o delírio, o que muitas vezes pode ser erroneamente confundido com sedação e o exercício mero de observar a articulação do paciente com seu meio social significa atender ao psicótico? O incurável permeia as estruturas: se o incurável na neurose é a falta, em P.R.S é a forclusão do Nome do Pai. Novamente nos bate a lembrança do paciente dizendo que ele sabe, ou que ele soube o que fazer com sua urgência. Se podemos considerar, à partir da psicanálise, que a loucura contém em si sua impossível cura, qual é a direção do atendimento?

Certamente, não é o deciframento de cada *pingunusi* que esse sujeito desenha, aliás, trabalho inútil, já que ele tem certeza que eu já sei as respostas. Mas aqui em P.R.S, (em outros nomes a direção pode

variar), podemos lhe oferecer, além da medicação que tem funcionado como mais um meio para que o delírio dele prossiga, as cartolinas feitas de puro sossega-leão, para que ele possa construir alguma fila de prioridades para servir à humanidade, esboçando uma tênue ordem no despencamento das estantes tão expostas de seu inconsciente.

REFERÊNCIAS

1. Quinet A. Teoria e clínica da psicose. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.
 2. Lacan J. O seminário livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
 3. Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: Lacan J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
 4. Laurent E. Versões da clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995.
 5. Lacan J. O seminário livro 20: mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1985.
 6. Miller J, Lacan J. Elucidado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1997.
-

O Mundo de Sofia: o percurso de uma usuária-guia na produção do cuidado

The world of Sofia: the path of a user-guide the production of care

Adriana de Oliveira Lanza Moreira Orsine¹, Kênia Lara Silva²

RESUMO

O artigo apresenta reflexões e considerações sobre a produção do cuidado nas Redes do Sistema Único de Assistência Social em Belo Horizonte (SUAS-BH), compreendendo aspectos relacionados à demanda e ao percurso feito por uma usuária-guia, no acesso e uso dos serviços socioassistenciais, bem como na oferta de ações, atendimento e prestação desses serviços, no âmbito da gestão pública. Enfatiza que a produção do cuidado se estabelece nas relações e na interação entre os usuários, trabalhadores e gestores, dadas no cotidiano e nos processos de vida e de trabalho das pessoas, compreendendo uma diversidade e multiplicidade de saberes e atos. A análise indica que as redes existentes são limitadas para captar e apreender toda a amplitude e pluralidade das demandas e para operar no atendimento e estabelecimento de redes mais abrangentes na produção do cuidado, proteção e no empoderamento dos usuários. As restrições são relativas à estrutura e ao aparelhamento do estado, à efetivação de ações intersectoriais, bem como à incipiente adesão e implicação dos usuários e dos trabalhadores no processo de intervenção.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Serviços de Saúde Comunitária; Assistência à Saúde; Assistência Social; Redes Comunitárias; Apoio Social; Pessoas em Situação de Rua.

ABSTRACT

The article presents reflections and considerations about the production of care in the Unified Social Assistance System in Belo Horizonte (SUAS-BH), comprising aspects related to the demand and the route made by a guiding user, in the access and use of the services Social assistance, as well as in the provision of actions, care and provision of these services, within the scope of public management. Emphasizes that the production of care is established in the relationships and interaction between users, workers and managers, given in the daily life and work processes of people, comprising a diversity and multiplicity of knowledge and acts. The analysis indicates that the existing networks are limited to capture and apprehend the full breadth and plurality of demands and to operate in the care and establishment of more comprehensive networks in the production of care, protection and empowerment of users with restrictions on structure and equipment Of the state, the implementation of intersectoral actions, as well as the incipient adherence and involvement of users and workers in the intervention process.

Key words: Health Promotion; Community Health Services; Health Assistance; Social Assistance; Community Networks; Social Support; Homeless Persons.

¹ Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Assistência Social; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG – Brasil

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Adriana de Oliveira Lanza Moreira Orsine
E-mail: alorsine@gmail.com

INTRODUÇÃO

Neste texto, apresentam-se reflexões e considerações sobre a produção do cuidado nas Redes do Sistema Único de Assistência Social em Belo Horizonte (SUAS-BH), compreendendo aspectos relacionados a demanda, acesso, percurso, oferta e uso dos serviços socioassistenciais, por usuários, no âmbito da gestão pública.

Compreende-se que a produção do cuidado se estabelece nas relações e interação entre os usuários, trabalhadores e gestores, no cotidiano da vida e nos processos de trabalho. E abrangem oferta de proteção e promoção sociais; oportunidades de inclusão e acesso às redes de atendimento e serviços; discursos, relacionamentos e troca de informações, conhecimentos e saberes; papéis e subjetividade dos atores; entre outras questões. Nesse sentido, salienta-se que a produção do cuidado está atrelada a diversidade e multiplicidade dos atos dos indivíduos e deve considerar o contexto, o ambiente, limites, dificuldades, conflitos, desafios e potencialidades, que se correlacionam e intervêm no processo.

O reconhecimento da produção do cuidado na esfera do trabalho sugere que as redes existentes são limitadas para captar e apreender a amplitude e multiplicidade das demandas e operar no atendimento e estabelecimento de redes mais abrangentes. A questão se deve, em parte, à incipiente estrutura e aparelhamento do estado na prestação dos serviços e na adesão e implicação dos usuários e trabalhadores no processo de intervenção, que deve abarcar a pluralidade e especificidade dos casos, com vistas à consecução da autonomia e empoderamento dos sujeitos.

O movimento cotidiano e itinerante dos usuários, no acesso aos serviços, estabelece múltiplas e intensas relações e vínculos, firmados a partir das demandas e da consolidação de redes próprias, singulares, funcionais e transitórias, que propiciam a interação de ações, potencializam possibilidades e efetividade das intervenções.

Neste estudo, caracterizado como pesquisa-interferência, o pesquisador atuou na situação analisada, participou e entrevistou nas escolhas, produziu elementos, referenciais e significados; compôs objetos, métodos, formulações e prioridades da pesquisa¹, mantendo o enfoque da relação de reciprocidade e simultaneidade entre produção de conhecimento, interferência no processo estudado e implicações político-afetivas atribuídas pelas suas capacidades e auto-

ridades. Assim, a metodologia ampliou possibilidades analíticas e de intervenção nas relações cotidianas, cuja influência dos agentes foi alocada no processo de investigação, com os sujeitos em ato, e o campo de pesquisa se constituiu no decurso da inserção.²

A investigação ocorreu por meio do levantamento/coleta, tratamento, análise e avaliação de documentos, da produção de dados relativos ao percurso de usuário na rede do SUAS-BH e da narrativa da sua história, obtida nos encontros, entrevistas e observações. A produção de conhecimento envolveu a atuação de diversos atores, num movimento de completa mistura e imundização com o contexto e realidade estudados.³ Assim, os saberes e experiências dos atores possibilitaram a produção do cuidado em panorama mais abrangente e experiência mais fecunda e perspectivista.⁴ Nesse sentido, a expansão do processo de investigação e de abrangência do campo de estudo estimulou e gerou diferentes disposições, encontros e intervenções.⁵

O campo de intervenção foi demarcado pelo caso Sofia, usuária-guia atuante na produção do saber e do cuidado, e pelo acompanhamento e avaliação do seu percurso e conformação das suas redes de vivência e apoio, que evidenciaram subsídios para análises e reflexões sobre a produção do cuidado no SUAS-BH. A escolha do caso adveio da sua caracterização e avaliação como crônico e pela situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social apresentada; por limitações na adesão, implicação e na promoção da autonomia; por requerer alta complexidade de intervenção e transitar na rede desde 2004, exigindo atuação intersetorial e demandando intensa proteção social.

RELATO DO CASO

A contextualização do caso: a história de Sofia contada de diversas formas e modos

A intensa trajetória de Sofia, compreendida pelos fatos, experimentos e relações, agregou elementos à compreensão ampla da produção do cuidado. Assim, apresenta-se um pouco da sua história, delineando aspectos evidentes e pouco visíveis das redes às quais ela se vinculou.

Sofia, 34 anos, proveniente de São Paulo, migrou para BH em virtude da dependência do *crack*, do

qual faz uso desde a infância, e da ruptura dos vínculos familiares, que teve oportunidades de restabelecer, mas não quis. Tem trajetória de vida nas ruas, sem fixação definida, sempre morando em locais precários e insalubres.

Registros do seu percurso na rede da Política de Assistência Social pontuam que desde 2004 ela acessou, como rede de proteção e apoio, vários serviços, programas, unidades de atendimento e benefícios socioassistenciais do SUAS-BH, vinculados à Proteção Social Básica e Especial, de Média e Alta Complexidades, como Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), situados nos territórios de abrangência local e regional por onde transitou; Centro de Referência da População de Rua (CREAS-POP); Serviços de Acolhimento Institucional em Abrigos e em Repúblicas; Programa Bolsa Família; Programa Bolsa Moradia; entre outros.

Na rede de saúde acessou Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto-Atendimento à Saúde (UPAS), centro de especialidades médicas, maternidades, hospitais, Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM-AD).

Na defesa e garantia de direitos acessou a Defensoria Pública, Vara da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte, Conselho Tutelar e outros. Foi encaminhada para a Cooperativa Solidária de Trabalhadores e Grupos Produtivos da Região Leste (COOPESOL), entre outras ações voltadas para a promoção social. Cabe destacar que Sofia é acompanhada, desde 2013, por pesquisadores e profissionais integrantes da Rede de Avaliação Compartilhada (RAC)⁶ e que, por onde passa e reside, mobiliza e ativa redes de apoio, proteção e cuidados, agregando atenção, estabelecendo vínculos transitórios e recebendo assistência.

Desde 2008, é companheira do Senhor T, um carroceiro de 61 anos com trajetória de vida nas ruas, dependência química, comportamento arredo e de difícil aproximação e estabelecimento de vínculos com agentes públicos, além de manifestar conflituosa relação com Sofia.

Pela limitada adesão do casal aos serviços socioassistenciais do SUAS-BH e devido à extrema vulnerabilidade, a maioria dos atendimentos ocorreu nos locais de moradia, por meio de busca ativa. Mas a rotatividade da fixação sempre trouxe problemas na localização e acompanhamento. A família recebia, sistematicamente, o benefício Cesta Básica de Ali-

mentação e, segundo terceiros, vendia os gêneros para obtenção de drogas.

O desligamento das unidades de atendimento e a suspensão da concessão de benefícios na assistência social sempre ocorreram por problemas de convivência, abandono e/ou descumprimento das normas de funcionamento e das condicionalidades.

Os relatos dos profissionais sobre a falta de implicação e adesão do casal à maioria dos encaminhamentos na área da saúde e da assistência social foram constantes, sobretudo os realizados na região do “Lajão”, local de moradia invadido por eles e de onde foram retirados por cumprimento de mandado judicial para desocupação da área. Na ocasião, foram levados para um abrigo público municipal na região leste de BH, onde o acolhimento institucional foi realizado em caráter emergencial e temporário, fora do fluxo de encaminhamento e dos critérios de acesso e atendimento.

Ao ingressar no abrigo, Sofia manifestou resistência, mas aos poucos foi se mostrando disponível e receptiva para o estabelecimento de vínculos, aderindo às orientações e encaminhamentos realizados pelos profissionais da unidade, mas desde que fossem respeitados os seus limites e vontades. Participou espontaneamente de oficinas de artesanato, buscou inserção em atividades de geração de renda e no mercado formal de trabalho. Revelou desejo e fez movimentos para locação de moradia. Houve inferência dos profissionais de que ela não seria capaz de organizar e administrar a própria vida, em especial gerir o subsídio financeiro disponibilizado para pagamento de aluguel habitacional. O grau de autonomia idealizado e atribuído sempre foi relativizado pelos profissionais no processo de acompanhamento do caso.

Quanto ao abrigo, é unidade de atendimento do Serviço de Acolhimento Institucional para Famílias, do Serviço de Proteção Especial de Alta Complexidade do SUAS-BH. Oferece acolhimento emergencial, temporário e privativo para famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, com relativo grau de autonomia e organização. Funciona ininterruptamente, propiciando proteção integral, convivência, socialização, restabelecimento e fortalecimento de vínculos, acesso à rede socioassistencial, ao Sistema de Defesa e Garantia de Direitos e às demais políticas públicas, contribuindo para a prevenção do agravamento de situações de negligência e violência, favorecendo o surgimento e desenvolvimento de aptidões, capacidades, oportunidades, escolhas com independência e busca por novos projetos de vida.

No acolhimento institucional, a realização do acompanhamento mais próximo, sistêmico e amplo possibilitou o avivamento de vínculos e maior e melhor entendimento dos atos e do mundo de Sofia.

Quanto aos cuidados com a saúde, que sempre foi frágil, Sofia era negligente. Chegou a ser internada para tratamento de tuberculose, mas o abandonou, fugindo do hospital. Só procurava assistência médica quando se sentia muito mal, recorrendo, na maioria das vezes, aos serviços de urgência.

Teve cinco gestações, sendo um aborto. Dos filhos, dois moravam em São Paulo com a avó materna e outro, com quem afirmava manter vínculos, estava com a madrinha em uma cidade do interior de Minas Gerais. A mais recente gestação, em 2014, de gêmeas foi de alto risco e sem a realização do pré-natal. Considerava essa gravidez uma oportunidade para mudar de vida. Mas, após o nascimento, as crianças foram acolhidas por aplicação de medida judicial protetiva e, logo, adotadas. Diante do acolhimento das gêmeas, Sofia ora demonstrava desejo de ficar com as crianças, ora afirmava ser melhor elas serem adotadas, pois teriam a oportunidade de uma vida melhor, já que ela não dispunha de condições para cuidar das mesmas. O fato de não conseguir ficar com seus filhos demonstra limitações e dificuldades em exercer sua maternagem, denotando certa fragilidade no domínio da afeição e do cuidado para com o outro, podendo ser fruto do seu processo de rupturas na vida.

Quanto ao tratamento da dependência química, Sofia demonstrava interesse, mas alegava não se identificar com as formas de tratamento disponíveis. Foram realizados encaminhamentos, porém sem a adesão da usuária. De acordo com Sofia, é o Senhor T quem sustenta a sua dependência química, mas relata também fazer seus movimentos para conseguir as drogas. Ela também manifesta a existência de relativa dependência afetiva e financeira do mesmo.

As estratégias de intervenção do abrigo na produção do cuidado e no empoderamento de Sofia

Diante da fragilidade de vínculos, implicação e adesão, a estratégia de intervenção técnica foi investir no empoderamento e autonomia de Sofia como elo agregador do grupo familiar. Foram enfatizados a criação e o fortalecimento de vínculos, com com-

pleta prontidão dos trabalhadores para a escuta e criação de oportunidades para os atendimentos, em uma condução orientada, porém, flexível. No contexto, Sofia assumiu ser protagonista no roteiro da sua história, explicitando mais e melhor suas vontades, receios, dificuldades e limitações. Como “dona de si”, melhorou a autoestima e buscou novos projetos de vida. Mas, não conseguindo sustentar seus planos, se sentia culpada e enveredava nas drogas, ação que passou a ser recorrente.

A promoção da sua autonomia foi pactuada e buscada pelas vias habitacional, saúde, trabalho/ geração de renda; restabelecimento de vínculos, convivência e socialização; arte; informação e formação. Na saúde, a ênfase foi na promoção de cuidados clínicos e em saúde mental, focando o trato da dependência química, autocuidado, cuidado com o outro, autoestima, dependência afetiva e aptidão para a gestão da própria vida.

DISCUSSÃO

Reflexões sobre impasses e desafios na promoção do cuidado à luz do SUAS-BH

A narrativa sobre a produção do cuidado na trajetória da usuária-guia na rede do SUAS-BH evidencia lacunas denominadas impasses e desafios, que intervem no processo de atenção e demandam trato. Assim, de forma a agregar subsídios à análise e avaliação sobre o tema, apresentam-se algumas considerações.

A falta de referência de proteção e cuidado, inconstância dos atos, perdas, dificuldade na abordagem e diálogos, incapacidade de administrar a própria vida, além do discurso solto e, às vezes, até incoerente na percepção dos profissionais, podem limitar o estabelecimento de vínculos e as perspectivas na produção do cuidado. Porém, a fragmentação e falta de sentido na ótica dos trabalhadores pode ter nexo e lógica na concepção da usuária e estar permeado de significados, que devem ser alcançados na constituição dos saberes, no processo existencial e de atenção.

Mesmo sendo um caso de difícil condução institucional, com violação de direitos, fragilidade de vínculos, conflitos, rupturas, perdas, incapacidades e impossibilidades, há no percurso potente manifestação e identificação de relações, afetos, desejos e produção

de cuidado. Estes incidem e interferem nos múltiplos aspectos da vida da usuária, sejam firmados pela própria atuação ou pela ação de outros, compondo sua rede particular de apoio e cuidado, que podem evidenciar ou depreciar a imagem da usuária e suas demandas por prestação de assistência e atendimentos.

A falta de adesão e implicação também impacta na produção do cuidado, visto que os agentes públicos não conseguem promover a atenção e a oferta dos protocolos, serviços e fluxos de atendimento determinados. Além disso, o estancamento do processo de trabalho não trata as especificidades e a subjetividade dos casos. Assim, o que e como fazer quando o usuário não “encaixa” no estipulado, não “colabora” e frustra as expectativas, os esforços e investimentos profissionais e institucionais? Deve-se indagar, portanto, se a oferta e o modo de fazer são coerentes e consonantes com os anseios dos usuários, de forma a impulsionar o envolvimento desses.

Quando o serviço parece não dar conta, transparece fracasso na condução ou insucesso advindo da incapacidade do usuário. Contudo, a promoção do cuidado requer permanente investimento, que emana da visibilidade dos usuários nos serviços e depende da abertura e sustentação dadas. Habitualmente, os serviços estão organizados e estruturados para funcionar numa lógica predeterminada. Mas, situações inesperadas e “atípicas” geram deslocamentos do lugar comum, que arrebatam a lógica cotidiana e provocam novos arranjos e possibilidades.

A falta de estrutura operacional e de condições de trabalho, a temporalidade, a territorialização, a limitação da cobertura, da capacidade de atendimento e acompanhamento institucional, a sobrecarga de tarefas e a rigidez das regulamentações precarizam a oferta, o acesso, a qualidade dos atendimentos e prestação dos serviços públicos e impactam na operação do cuidado. Outra interferência decorre da incipiente implicação dos profissionais miscigenada com a visão restrita e a falta de disposição para a atuação, que envolve aspectos da subjetividade de cada profissional no encontro com o usuário. No contexto, a ação do profissional centra-se majoritariamente nos procedimentos e se esvazia do interesse pelo outro, com seus afetos e desejos.⁷ Todavia, em relação à atuação profissional, deve haver significativa envoltura desses na intervenção, na produção de atos, relações e vínculos, que são permeados por interesses, aceções e afetos, que contribuem na compreensão dos usuários como sujeitos e na solidificação do cuidado.

A dependência química relacionada à não adesão e à não identificação com tratamentos disponibilizados também se materializam como impasses e oferta inadequada, pois as ações são restritas e não garantem abordagens diferenciadas das peculiaridades e singularidades.

Algumas dificuldades na promoção e alcance da autonomia podem ser remetidas à falta de capacidade do sujeito em organizar sua vida e suas demandas e requisitam o acionamento de redes existenciais e de apoio, que desvendam arranjos e conexões. Mas a deficiência de instrumentos, a limitada implicação dos profissionais, a fragmentação do cuidado, a escassez de investimentos e a falta de efetividade e resultado das políticas públicas também são elementos significativos que contribuem para a não consecução do empoderamento dos usuários.

Os desafios da atuação em situações de extrema vulnerabilidade e risco superam o domínio da política de assistência social e requerem ações complementares e intersetoriais, de forma a potencializar oportunidades de produção do cuidado. Porém, na prática, a falta de entrosamento e disputa entre os sistemas, órgãos e serviços no contrarreferenciamento e repasse da responsabilização dos casos complexos são evidenciados.

Por fim, pontua-se que na gestão do cuidado e prestação da assistência, há limites tênues entre as instâncias do público e do privado, que remetem a discussões relativas à tutela e autonomia. Diante disso, qualquer ponderação quanto à ação do Estado na organização da vida dos sujeitos deve ser cautelosa, relativizada e regida pela lógica do direito. Conflitos na relação entre Estado e sujeitos podem demonstrar diferentes aceções que, essencialmente, não precisam ser antagônicas. A tutela do Estado entre os vulneráveis não pode significar a regulação, institucionalização e apoderamento da vida privada nem a destituição da capacidade do sujeito em gerir a própria existência, mas deve apreender a proteção necessária e o fortalecimento das capacidades para a constituição dos sujeitos como cidadãos.

CONCLUSÃO

Perante a magnitude das contradições, empecilhos e limitações na produção do cuidado, o maior desafio para a gestão pública e, portanto, para a efetivação do SUAS-BH é afiançar direitos e oportunidades de acesso, garantir a consecução da proteção

social e promover a autonomia dos usuários. Para isso, deve atuar sempre na construção de processos coletivos numa compreensão ampla e lógica, que vincule os múltiplos focos e concepções dos vários e afetados atores: usuários, profissionais, serviços, instituições, políticas públicas, do lugar do Estado, da sociedade e outros. Mas, como romper as barreiras da burocracia institucional e promover cuidado e atenção de forma singularizar? Eis a questão, tem-se que inovar, reinventar e resignificar sempre...

REFERÊNCIAS

1. Moebius RLN. Pesquisa interferência desde Heisenberg. *Diversit Inter J.* 2015;7(1):10-9.
2. Mendonça Filho M, Vasconcelos MFF. Questões de método e pesquisa dos dispositivos institucionais de confinamentos do presente. *Estud Pesq Psicol.* 2010;10(1):134-50.
3. Abrahão AL. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes MPC, Merhy EE. *Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental.* Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 155-70.
4. Viveiros de Castro E. *Coleção encontros.* Rio de Janeiro: Azougue; 2008.
5. Schiffler ACR, Abrahão AL. Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. In: Gomes MPC, Merhy EE. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da micropolítica da produção do acesso e barreira em saúde mental.* Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 89-104.
6. RAC Minas Gerais. *Relatório Analítico.* Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa. Belo Horizonte/MG; abril de 2015.
7. Merhy EE, Feuerwecker L, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB. *Semiótica, afecção & cuidado em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.

Violência doméstica contra a mulher: uma análise a partir do relato de casos

Domestic violence against women: an analysis from case reports

Fabiana Santos de Oliveira¹, Flávia Cristina Silva Mendes¹, Lucas Pereira de Miranda¹, Raquel Guimarães Lara¹, Rosimeire Diniz Silva Pinheiro Camargos¹, Valéria Corrêa da Silva¹

RESUMO

Trata-se de artigo que buscou captar elementos sociais e culturais que reforçam papéis desiguais de sexo e a própria violência e também apresentar possibilidades de reposicionamento e superação. A metodologia utilizada foi a apresentação de casos de mulheres que demandavam suporte em virtude de sofrerem violência doméstica e casos de homens que cumpriram medida em grupos de responsabilização em virtude de responderem por delitos relacionados à Lei Maria da Penha. Os resultados indicam que existem desigualdades e diferenças hierárquicas entre homens e mulheres que são cristalizadas socialmente e dificultam a superação de contextos de violência, mas também se identificaram reposicionamentos, possíveis a partir de um suporte adequado e um acompanhamento prolongado no tempo.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Gênero e Saúde; Aplicação da Lei.

ABSTRACT

This article seeks to capture social and cultural elements that reinforce unequal roles of gender and violence itself, and also present possibilities of repositioning and overcoming. The methodology used was the presentation of cases of women who demanded support due to suffering domestic violence and cases of men who have complied with the responsibility groups due to their being responsible for crimes related to the Maria da Penha Law. The results indicate that there are hierarchical inequalities and differences between men and women that are socially crystallized and make it difficult to overcome contexts of violence, but repositioning has also been identified, which is possible through adequate support and prolonged follow-up.

Keywords: Violence Against Women; Gender and Health; Law Enforcement.

INTRODUÇÃO

Um dos principais cenários de violência contra as mulheres é o próprio ambiente doméstico, perpetuado por parceiros íntimos. Isso ocorre em diversos países do mundo e é identificado nas diversas classes sociais, independentemente de fatores econômicos, religiosos ou culturais.¹ As pesquisas existentes indicam que no Brasil esse quadro é bastante grave, com altas taxas de homicídios, abuso físico e/ou violência psicológica exercidos por maridos/companheiros.²

A partir desse quadro, houve ações de mobilização do movimento feminista que impulsionaram mudanças sociais, culturais e legislativas, que fortaleceram as diver-

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Fabiana Santos Oliveira
E-mail: fabisoliver@hotmail.com

sas políticas para as mulheres e os mecanismos de proteção contra violência doméstica, tais como Centros de Atendimento Integral, Centros de Referência, Delegacias especializadas (DEAM), Casas Abrigo, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher, entre outras. Ao mesmo tempo, várias iniciativas foram desenvolvidas na década de 90 e seguintes, especialmente pelo Terceiro Setor para responsabilização e educação de homens, tais como as desenvolvidas pelo ISER, o Instituto Noos (ambas no Rio de Janeiro) e o Instituto Albam (em Belo Horizonte), inspiradas por experiências ocorridas em outros países.³

Apesar dos avanços, os desafios para a redução da violência contra as mulheres são grandes. No Brasil, as taxas de homicídios de mulheres são crescentes, chegando a 4,8 por 100.000 habitantes, índice que nos coloca na 5ª posição em um *ranking* de 83 países, conforme dados da Organização Mundial da Saúde, citados por Waiselfisz⁴.

Izumino e Santos⁵ defendem que a violência doméstica contra a mulher surge de uma relação de poder dinâmica e relacional entre mulheres e homens, em um contexto social e cultural que favorece as desigualdades dessa violência, predominantemente exercida por homens. A partir dessa perspectiva, a proposta deste artigo é captar elementos sociais e culturais que reforçam papéis desiguais de sexo e a própria violência, e também apresentar possibilidades de reposicionamento e superação, a partir da apresentação de casos.

METODOLOGIA

O presente artigo foi desenvolvido a partir de abordagens metodológicas qualitativas. Foram utilizados como base para desenvolvimento do trabalho trechos de casos atendidos no Programa Mediação de Conflitos (PMC) e no Programa Central de Acompanhamento de Alternativas Penais (CEAPA). Ambos compõem as ações da Subsecretaria de Prevenção Social à Criminalidade, da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Minas Gerais.

O PMC é uma política pública de recorte territorial que atua na perspectiva da mediação comunitária, desenvolvendo instrumentos para a minimização dos riscos sociais, a redução das vulnerabilidades e o enfrentamento às violências. Atua em territórios marcados pelo baixo acesso a direito, pela sociabilidade violenta e pelo baixo capital social. O CEAPA busca

criar alternativas em um contexto de crescimento crescente da população carcerária, sendo responsável pela consolidação e qualificação das alternativas penais substitutivas da prisão, especialmente a prestação de serviços à comunidade e outras medidas específicas por tipo de delito cometido, que nomeamos Projetos de Execução Penal Temáticos.⁶

Todos os casos descritos foram atendidos no município de Belo Horizonte. A escolha desses programas permite fazer contraposição dos discursos de homens e mulheres, considerando a alta incidência de atendimento de mulheres ao PMC, para tratar em geral de assuntos que giram em torno das relações intrafamiliares e do atendimento de homens pela CEAPA, encaminhados pelas Varas Criminais para cumprirem medida de caráter obrigatório, que consiste em intervenções via atendimentos individuais e grupais, conforme disposto no art. 35, V, da Lei Maria da Penha⁷.

Os relatos apresentados neste artigo foram retirados de trechos de formulários de atendimento e acompanhamento desses programas e complementados pelo artigo de Braga PS⁸, que também descreveu sua experiência com o atendimento de homens em situação de violência doméstica na CEAPA. Os casos são apresentados a partir de nomes fictícios como forma de preservação e respeito aos atendidos.

CASO 1

Ângela, 53 anos, chega ao atendimento no PMC acompanhada pela filha Lara, 16 anos, e apresenta inicialmente a demanda de internação compulsória para seu marido a fim de tratar o uso abusivo de drogas. Segundo ela, Márcio, 42 anos, faz uso constante de álcool, maconha e cocaína, além da suspeita do uso de *crack*. Ela e a filha falam do medo de que ele venda tudo que possuem, inclusive a casa, para comprar bebida e drogas.

Ângela relata a agressividade do marido com a família, o que já perdura há 15 anos, e que nesse tempo já chegou a colocar fogo na casa e ameaçar uma das filhas, Luana, com uma faca. Diz já ter tentado anteriormente medida protetiva de urgência associada à internação compulsória de Márcio. O juiz indeferiu ambos os pedidos, alegando que “a vítima requereu providências que não têm qualquer caráter de proteção [...]”. Isso porque denota-se que a sua pretensão é obter tutela que obrigue o agressor a se submeter ao tratamento clínico de forma compulsória, para se livrar do vício”.

A decisão judicial mostra o embaraço de Ângela em relação ao que deseja. Ela verbaliza não ter claro se quer se separar do marido, temendo a partilha dos bens: “não consigo comprar outra casa”. Em seu relato ela oscila entre o desejo de que Márcio possa se tratar para que os episódios em que ele chega em casa agressivo cessem e a intenção em se separar diante da negativa do marido em aceitar um tratamento. Também demonstra preocupação com o futuro de Márcio caso eles se separem, tendo receio de que ele não consiga administrar o dinheiro que receberá com a venda da casa, gastando tudo. Chega a dizer que ela e as duas filhas são as únicas coisas que o marido tem na vida. Diante disso, constata que “a solução seria a internação”. A filha Lara atravessa a fala da mãe dizendo que “a solução seria que ele morresse”.

Ângela parece não ter clareza de que o modo como o marido age com ela se configura como uma violência. As filhas trazem a violência do pai em relação a elas mais bem localizada, exigindo que a mãe se posicione e tome providências. Em atendimento em que compareceram Ângela e as duas filhas, elas são convictas em afirmar que a mãe precisa se separar do pai. Luana fala do medo que tem do pai, fazendo referência ao dia em que ele tentou agredi-la com uma faca e garrafa quebrada. Foi após esse episódio que Luana decide sair de casa e ir morar com o namorado.

Ângela sempre comparecia aos atendimentos acompanhada por uma das filhas. Um atendimento sem a presença de Lara ou Luana fez-se importante. Ela pôde dizer que o marido culpa as filhas pelas brigas do casal. Contou que antigamente a relação entre os dois era tranquila, que ele saía para encontrar com os amigos e ela ficava em casa e que nunca sentou em um bar com o marido, nem mesmo para tomar um refrigerante. Avalia que viviam bem, sem muitos problemas. Foi quando as filhas começaram a ir para a escola e contar histórias sobre o pai que ela passou a saber do envolvimento de Márcio com as drogas e com outras mulheres nessas saídas à noite. E então começaram as discussões. Ao final desse atendimento, Ângela diz que tinha tido uma conversa com o marido e que ele aceitou a separação.

Diante da disponibilidade de Márcio em conversar sobre a separação, foi possível convidá-lo para um atendimento. Ele reafirma o que Ângela havia contado, dizendo que as filhas influenciam a mãe e que foi quando as meninas começaram a frequentar a escola e a trazer “fofocas” para casa que as brigas entre o casal tiveram início. Acrescentou que os con-

flitos com a família acontecem também por ele estar desempregado: “um homem que não trabalha perde a dignidade e o respeito da família”. Márcio atribui a essa situação o uso constante de bebidas, o que o faz chegar em casa e “desabafar”, iniciando as discussões. Disse que tem vontade de realizar um tratamento e que recentemente retomou os estudos, por meio do Programa de Educação para Jovens e Adultos (EJA), pretendendo se formar para passar em um concurso. Acrescenta que sempre sustentou a família e que sente falta de trabalhar.

Márcio diz que não gostaria de se separar da mulher, mas que se esse for o melhor caminho para toda família, não irá se opor. Porém, afirma que não gostaria de vender a casa, pois com o dinheiro não conseguiria comprar outra, que tem muito orgulho de morar no “asfalto” e não gostaria de voltar a morar na favela.

Após o atendimento a Márcio, Ângela relatou que tem conseguido conversar melhor com o marido e que decidiu não se separar, pois teme que com a separação tenha que vender a casa e que o valor que cada um receberá seja muito baixo. Chegaram a um acordo e pretendem dividir a casa, a parte de cima ficará para as filhas e a de baixo para ela e Márcio. Cabe destacar que, segundo Ângela, as agressões de Márcio dirigem-se sempre para as filhas e a solução que ela parece ter encontrado foi separar as filhas do pai, e não ela do marido. Esse caso ainda está em acompanhamento do PMC.

CASO 2

Vanessa, 33 anos, é encaminhada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) ao PMC. Nesse momento, ela relata que vem sofrendo violências do companheiro André há mais de 10 anos e que as agressões físicas vêm se intensificando mais recentemente. Vanessa atribui esse agravamento a um fato específico: ela pegou carona para voltar do trabalho com um colega e André, ao ver a mulher descendo do carro de um homem, ficou bastante agressivo, insinuando que ela o estava traindo. Desde então, as brigas, seguidas de agressões, se tornaram frequentes. André a ofende dizendo que ela é “puta, safada, vagabunda”. Os filhos do casal (Érica, 12 anos; Pedro, nove anos; e João, seis anos) também sofrem com a violência gerada por André, tentando evitar as brigas e solicitando que o pai pare de bater na mãe.

Vanessa já registrou sete boletins de ocorrência em função das agressões sofridas. Há cerca de um

ano compareceu à Justiça solicitando uma medida protetiva de afastamento, que foi concedida pelo juiz. Porém, mesmo com a protetiva, André permaneceu residindo com Vanessa e as violências continuaram. Ela contou que após a aplicação da medida protetiva não acionou novamente a polícia, por medo da reação do companheiro. Relatou também que por duas vezes saiu de casa com os filhos e foi para a casa da mãe. Em ambas, André foi atrás da família, ameaçando Vanessa de levar os filhos e não deixar que ela os visse novamente, agredindo-a e, por fim, fazendo com que ela retornasse para casa. Ela afirmou não ter dúvidas de que quer se separar do companheiro, mas que não sabia como fazê-lo.

Durante os atendimentos, Vanessa recebeu orientações sobre os dispositivos da rede, entre eles a Patrulha de Violência Doméstica (PVD). A equipe pôde esclarecer à Vanessa que a PVD é especializada nos atendimentos a casos como o dela, tendo sensibilidade e manejo com essa situação. Diante disso, Vanessa autorizou que fosse feito contato com a polícia para que pudessem realizar uma visita e explicar como realizam o acompanhamento.

Após a visita da PVD, Vanessa relatou estar se sentindo mais segura, que está decidida em ir para a casa da mãe. Contou que gostou muito da conversa com os policiais e que eles iriam retornar em outro momento para conversar com André. Acrescentou que dessa vez vai conversar com o companheiro antes de se mudar para a casa da mãe. Mencionou que o padrasto teve uma conversa com André e informou que se ele tentasse buscá-la como nas vezes anteriores, ele não iria permitir. Relatou que os vizinhos da mãe são todos conhecidos, podendo ajudá-la caso seja necessário. Ela pretende acionar a PVD no dia da mudança, para que eles possam acompanhá-la.

CASO 3

Carlos tem 39 anos, é solteiro, trabalha como autônomo (modelista de calçados) e mora com a mãe e a irmã. Foi encaminhado pela Vara Criminal para cumprimento de uma medida judicial na CEAPA. Segundo a ata da audiência, foi preso em flagrante pelo crime de ameaça exercido contra sua irmã (Bethe). Para Carlos, os dois tiveram uma briga e Bethe teria chamado a polícia. O juiz substituiu a prisão preventiva pela participação obrigatória de Carlos nos grupos desenvolvidos pela CEAPA.

Relatou inicialmente que a relação com a irmã é de fato conflituosa e justifica sua postura por ter sido presa pelo crime de maus-tratos contra a mãe, mencionando ainda que ela não tem comportamento adequado para uma mulher honesta, pois sai muito de casa usando roupas inadequadas, acreditando ser ela uma *prostituta*. Carlos informou ainda que não era o único conflito judicializado entre ele e a irmã. Reconheceu ter problemas com o uso de álcool. Também informou já ter feito tratamento psiquiátrico após sofrer violência sexual por um período de três meses aos 10 anos, fato sobre o qual não quis comentar muito. Por fim, contou que o pai é falecido, mas que suas lembranças remetiam a episódios de violência contra a mãe. Ao longo dos atendimentos individuais e grupais, Carlos apresentava grande demanda de contar sobre as dificuldades na relação com a irmã e dizia que apenas continuava em casa para cuidar de sua mãe, protegendo-a, inclusive, de Bethe.

No decorrer dos atendimentos/encontros passou a reconhecer mais as próprias dificuldades, especialmente em relação ao alcoolismo, que aumentaria a probabilidade da violência, demonstrando o desejo de retomar os estudos e buscar recolocação profissional, e manifestou a dificuldade de estabelecer outra forma de convívio com a irmã.

Márcio cumpriu integralmente o grupo e apresentou retornos sobre algumas conversas com a irmã, informando que até aquele momento isso repercutiu positivamente na relação entre ambos.

CASO 4

O caso a seguir foi descrito em um artigo de BRAGA PS¹¹, a partir de sua experiência no Programa CEAPA em Belo Horizonte.

Juraci, 50 anos, motorista, foi encaminhado pela Vara Criminal para cumprimento de uma medida judicial no Programa CEAPA. Apresentou-se inicialmente desorganizado, indicando que não entendia bem por que tinha sido julgado. Contou que é casado há mais de 20 anos, mas que os conflitos foram agravados:

[...]

Pelo fato de a filha mais velha do casal estar namorando. Juraci queria que o namoro fosse à moda antiga, dentro de casa, e sob o olhar vigilante da família. A esposa e os outros familiares permitiram e apoiaram, sem seu

conhecimento, um namoro mais moderno. Ao saber que a filha já dormia com o namorado, foi tomado por forte sentimento de traição, saiu para o bar e, ao voltar para casa sob efeito de álcool, começou a discutir com esposa e filha. Relatou que a filha o agrediu fisicamente e ele revidou. Então, resolveu ele mesmo chamar a polícia, pois alguém precisava ajudá-lo a retomar a ordem do lar. Com a chegada dos policiais, ele se tornou o acusado (para seu espanto), foi encaminhado à delegacia, onde ficou detido e depois levado para uma prisão provisória. Dias depois saiu com as medidas cautelares de participação em grupo reflexivo sobre violência, monitoração eletrônica e medida de afastamento do lar e de 200 metros da vítima.^{8:27}

Contou também um pouco de sua própria história: a partir dos 10 anos foi criado pela tia, que o teria levado para casa após ficar sensibilizada com Juraci, filho de agricultores numa família de 21 filhos, onde o cuidado com ele acaba sendo negligenciado. Disse ainda que a tia teria, inclusive, se separado do marido porque ele não o tolerava. Chorou ao falar da falecida tia e indicou o desejo de autoextermínio, mas sem antes tirar a esposa da casa deixada por aquela.^{8:27}

Em outro atendimento, Juraci teria admitido que tinha outros boletins de ocorrência em que teria agredido e ameaçado sua esposa. Ao ser indagado sobre essas situações, Juraci desconversou e disse que ela o teria solicitado que se encontrassem e que, apesar da medida de afastamento, ele foi ao encontro da companheira. Relatou que teriam reatado e que ela teria prometido solicitar ao juiz a revogação da medida de afastamento. Juraci teria ficado dividido entre o desejo de retomar o romance e o medo de reviver momentos anteriores em que ela o teria desqualificado, por ele ter origem humilde. Juraci cumpriu o grupo integralmente, teria agradecido pelos atendimentos individuais e grupais, onde teria aprendido bastante.^{8:27}

DISCUSSÃO

Embora o PMC não seja um serviço específico para o atendimento de mulheres em situação de violência doméstica, seu caráter territorial contribui para o acesso de mulheres com demandas intrafamiliares, que tem como pano de fundo a violência. O que torna desafiador no atendimento dessas mulheres é que num primeiro momento as demandas

e relatos não citam a violência, que surge da construção de um vínculo de confiança. A partir daí, a história vai se apresentando de forma mais clara e, por vezes, permite a identificação da violência. Os casos apresentados ilustram bem o fato.

A partir da práxis, identifica-se que, muitas vezes, as mulheres não falam sobre a violência vivenciada, por não conseguirem identificá-la. Zancan, Wassermann e Lima⁹ comentam que a relação cotidiana de austeridade, indiferença, humilhações e ausência de zelo contribui para que a violência conjugal se torne indecifrável de tal modo que as mulheres não compreendam quão violentadas se encontram, trazendo tais situações para o âmbito da normalidade da relação. Essa postura é mais recorrente quando se trata da violência psicológica, dada a sutileza como se apresenta, levando à crença de que essa realidade é a mesma de todos os casais e que isso “faz parte de todo casamento”, “é normal”.

No caso da CEAPA, os homens não acessam o programa voluntariamente, são encaminhados de forma obrigatória. Observa-se que, no primeiro momento, a maioria dos homens nega ter exercido violência ou busca se justificar, muitas vezes culpabilizando as mulheres que os denunciaram e se queixando do tratamento da polícia e da Justiça. Percebe-se que esses homens estão presos no ponto da história em que decorre a denúncia, e não no contexto mais amplo, no qual os conflitos surgem. Tudo isso dificulta, inicialmente, trabalhar a responsabilidade dos mesmos diante dos fatos ocorridos. São, assim, os casos de Carlos (caso 3) e de Juraci (caso 4) e também as posições de Márcio e André, os maridos de Ângela e de Vanessa, respectivamente.

Howard Zeh¹⁰ leciona a importância de escutar as mulheres que vivenciaram a experiência de violência doméstica e de dar oportunidade para elas falarem do que lhes aconteceu, do seu sofrimento. Também a prática ensina que aquele que escuta precisa intervir no sentido de desnaturalizar as violências relatadas e suas consequências na vida dessas mulheres, o que leva ao segundo momento do acompanhamento, em que é possível perceber alguns posicionamentos: a) justificar a violência do companheiro no reconhecimento de suas virtudes como marido, pai e/ou provedor, como se pode ver no caso de Ângela (caso 1); b) reconhecer a violência e os prejuízos que causa, mas detectar fatores impeditivos para tomada de providências, tais como a questão dos filhos, a renda, a casa onde moram

(como no caso de Ângela) ou o medo (como no caso de Vanessa).

Os homens, em um segundo momento, parecem reconhecer a ocorrência da violência nos seus conflitos intrafamiliares e começam a contar as trajetórias da relação estabelecida com suas mulheres/mães/filhas. Eles têm a oportunidade de contar suas vivências e escutar as dos demais e parecem compreender melhor a violência no seu sentido mais amplo (físico, moral, psicológico, patrimonial). Muitos passam a reconhecer que estão inseridos em contextos violentos. Segundo Howard Zeh:

Os ofensores têm muitas necessidades, é claro. Precisam que se questionem seus estereótipos e racionalizações – suas falsas atribuições – sobre a vítima e o evento. Talvez precisem aprender a ser mais responsáveis. Talvez precisem adquirir habilidades laborais ou interpessoais. Em geral necessitam de apoio emocional. Muitas vezes precisam aprender a canalizar raiva e frustração de modo mais apropriado. Talvez precisem ajuda para desenvolver uma autoimagem mais sadia e positiva e também para lidar com a culpa. Como no caso das vítimas, se essas necessidades não forem atendidas, os ofensores não conseguem fechar o ciclo.^{10:189}

Em nome da honra masculina e da centralidade de sua figura de poder, os homens, em geral, se escoram nessas definições de papel em seus discursos, justificando, dessa forma, sua posição. Isso fica bem evidenciado no caso de Vanessa (caso 2) e no caso de Juraci (caso 4). A experiência demonstra que os homens tendem a esperar que as mulheres sejam honestas e fiéis e que também tenham uma postura perante a sociedade condizente com tais expectativas, o que Carlos (caso 3) não reconhece na irmã.

Ademais, o papel masculino parece estar diretamente associado à condição de provedor. Isso fica explícito no discurso de Márcio e também no de Carlos. Necessita-se questionar se essa procura por fortalecer o desempenho masculino pela capacidade de se tornar melhor provedor também não exprime um desejo de retomar um papel hierárquico na família, que não estaria sendo possível naquele momento.

Percebe-se no acompanhamento dos referidos programas que parte das mulheres e dos homens alcança um terceiro momento, na tentativa de reconhecer criticamente seus posicionamentos e dar alguns passos no sentido da superação desse modo

de se relacionar. Embora frágeis e ainda inconclusas, Ângela e Juraci procuram saídas na conciliação, Vanessa encontra suporte nas redes de atenção e Carlos caminha no sentido de construir sua autocrítica.

CONCLUSÕES

Partiu-se da tentativa de compreender as relações de poder, os efeitos do discurso do patriarcado e da reprodução dos papéis sociais nas violências vivenciadas pelas mulheres. Os casos apresentados reforçaram de alguma forma que essas relações desiguais são produtos de uma cultura que faz com que as diferenças de sexo perpetuem relações hierárquicas entre homens e mulheres. Esses casos indicam que é possível dar suporte para que mulheres e homens superem as situações de violência que vivenciam, para além da necessidade da oferta de serviços de proteção à mulher ou na denúncia dos homens. E isso deve ser feito sem que se lhes retire a ideia de que são atores centrais na superação da violência.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. Lancet. 2011;6736(11):75-89.
3. Prates PL. A pena que vale a pena: alcances e limites de grupos reflexivos para homens autores de violência contra a mulher [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2013.
4. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015. Homicídios de Mulheres no Brasil. Flacso Brasil. Brasília; 2015. [citado em 2016 ago. 29]. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf.
5. Izumino W, Santos CM. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. Estudos Interdisciplinares de América Latina y El Caribe. São Paulo: Universidade de Tel Aviv; 2005.
6. Secretaria de Estado de Defesa Social (MG). Portfólio da Política de Prevenção Social à Criminalidade. 2015. [citado em 2016 out. 25]. Disponível em: http://seds.mg.gov.br/images/seds_docs/Prevencao/6%20Anexo%20V%20Portifolio%20CPEC.pdf
7. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.11.340, de 7 de Agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal,

da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. [citado em 2016 nov. 15]. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm .

8. Braga PS. Anima, animus e a Lei Maria da Penha: o relato de um encontro. *Junguiana*. 2015;33(1):22-9.
9. Zacan N, Wassermann V, Lima Q. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. *Pensando Famílias*. 2013;17(1):63-76.
10. Zeh H. *Trocando as lentes: um novo foco sobre o crime e a justiça*. São Paulo: Palas Athena; 2008.

Violência provocada por parceiro íntimo e transtorno por uso de álcool: relato de caso

Intimate partner violence and alcohol use disorder: a case report

Paula Januzzi Serra¹, Gislene Cristina Valadares², Elza Machado de Melo³, Marcelo Grossi Araújo³

RESUMO

¹ Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² UFMG, Hospital Clínicas. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ UFMG, FM, Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

A violência provocada por parceiro íntimo implica importante comprometimento da saúde, relacionando-se ao desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiosos, estresse pós-traumático, transtorno por uso de substâncias, entre outros. Quanto mais recente e mais longa a exposição e se for violência física e/ou sexual, pior o desfecho. Este trabalho propõe-se a discutir, a partir de um relato de caso, a exposição à violência provocada por parceiro íntimo como fator predisponente ao transtorno por uso de álcool.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Violência por Parceiro Íntimo; Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool; Alcoolismo.

ABSTRACT

The intimate partner violence implies significant health impairment, relating to the development of depressive symptoms, anxiety, post-traumatic stress disorder substance use disorder, among others. The more recent and longer the exposure, especially for physical and/or sexual abuse, the worse the outcomes. This paper intends to discuss, from a case report, exposure to intimate partner violence as a predisposing factor to alcohol use disorder.

Key words: Domestic Violence; Intimate Partner Violence; Alcohol-Related Disorders; Alcoholism.

INTRODUÇÃO

A violência provocada por parceiro íntimo é um problema de saúde pública no Brasil e em todo o mundo.¹⁻⁴ Comparadas aos homens, as mulheres estão muito mais expostas aos vários tipos de violência interpessoal.^{5,6} Estudo realizado pela OMS em diversos países revelou que entre 15 e 71% das mulheres em todo o mundo já sofreram algum tipo de violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo em algum momento de suas vidas.⁷⁻¹²

Estudos sugerem que a exposição à violência cometida por parceiro íntimo associa-se ao desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiosos, estresse pós-traumático, transtornos por uso de álcool e outras substâncias.^{1,3,5,6,9,10} Especialmente em relação ao uso álcool, objeto de estudo deste trabalho, há fatores de risco e fatores mediadores chave nessa relação.

O intuito deste artigo é, a partir de um relato de caso, discutir a exposição à violência cometida por parceiro íntimo como fator predisponente ao transtorno por uso de álcool.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Paula Januzzi Serra
E-mail: pjanuzzi@gmail.com

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 39 anos, em união estável, três filhos – em puerpério recente (RN de 45 dias), 6ª série incompleta, natural de Belo Horizonte, diarista.

Paciente compareceu, pela primeira vez, ao Ambulatório de Saúde Mental da Mulher do Hospital das Clínicas da UFMG em maio de 2015. Foi encaminhada pelo CAPS AD de cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, onde fazia tratamento para transtorno por uso de álcool desde abril de 2013, com bastante dificuldade em aderir aos planos terapêuticos propostos e apresentando recaídas frequentes durante as tentativas de abstinência. O tratamento no CAPS AD foi iniciado por intervenção do Conselho Tutelar diante das suspeitas de negligência e maus-tratos aos filhos, associados à dependência de álcool.

Paciente encontrava-se em puerpério recente da quinta gestação, parto cesáreo devido a complicações gestacionais (hipertensão, doença vascular uteroplacentária). Na ocasião dessa primeira consulta, a RN ainda se encontrava internada no Hospital das Clínicas, em UTI neonatal – nascida com 33 semanas de gestação, 1,1 kg. Tem dois outros filhos vivos (14 e 11 anos); os demais faleceram nas primeiras semanas de vida (morte súbita). Fez uso de álcool durante todas as gestações.

Relatou início do uso de álcool aos 24 anos, aproximadamente. Pelo período de cinco anos fez uso exclusivo de cerveja, 1,2 L, somente aos fins de semana. Progrediu para o consumo de bebida destilada (cachaça) em quantidades cada vez maiores, uso diário, com perda do controle da ingesta e necessidade de hospitalizações decorrentes de intoxicação. Refere fissura e alguns sintomas de abstinência como tremores e elevação de pressão arterial. O uso ocorre nos bares da região próxima de onde mora e, frequentemente, recebe ajuda dos vizinhos que a levam para a casa em estado de embriaguez e oferecem suporte aos filhos. Negou uso de quaisquer outras drogas.

Apresentava queixas de “nervosismo”, irritabilidade e dizia “ser explosiva”, alegando usar o álcool como modo de alívio dos sintomas. É vítima de violência doméstica provocada pelo marido desde o início do casamento, aos 21 anos, e tem várias cicatrizes pelo corpo, além de dentes quebrados. Em membro superior direito havia sequelas de queimadura extensa decorrente de um episódio em que o marido lhe

ateou fogo. Os atos violentos são mais graves quando a paciente chega alcoolizada em casa e ocorrem em vários níveis: agressões verbais, físicas, constrangimentos sexuais. Relata medo de deixar o esposo e “perder” os filhos (família acompanhada pelo Conselho Tutelar). Acredita que, caso deixe o lar, os filhos adolescentes optarão por permanecer junto ao pai e que, nesse momento, a guarda da recém-nascida ainda está indefinida. Também é dependente financeiramente do marido e não possui qualquer outro suporte familiar. O serviço de assistência social do HC-UFMG foi acionado, verificando-se que a paciente já estava em acompanhamento por equipe semelhante em sua região de domicílio.

Também exibe sintomas ansiosos moderados (preocupações, inquietação, tensão, irritabilidade, sono insatisfatório), impulsividade, baixa tolerância às frustrações. Não foram verificados sintomas intrusivos e/ou evitativos relacionados aos eventos traumáticos.

Paciente sempre manteve atendimentos irregulares no ambulatório e, em um deles, encontrava-se alcoolizada. Comparece às consultas sempre acompanhada da filha recém-nascida, que tem apresentado prejuízos de crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor, apesar do acompanhamento de rotina com a equipe de Pediatria do HC-UFMG.

Fez uso irregular de fluoxetina – 20 mg/dia e de tiamina – 300 mg – VO por quatro meses, apresentando resposta parcial aos sintomas ansiosos. Ainda se queixava de bastante impulsividade e intolerância às frustrações, quando, então, em dezembro de 2016, foram introduzidas carbamazepina – 400 mg e nortriptilina – 25 mg à noite, em substituição à fluoxetina. Fazia uso indiscriminado das medicações, sobretudo carbamazepina, quando se sentia irritada.

Manteve consumo de álcool frequente de maio a dezembro de 2015 e, em janeiro de 2016, retornou ao ambulatório com suspeita de gravidez ao exame físico (palpação abdominal). Nesse momento, foram suspensas as medicações (carbamazepina e nortriptilina) e introduzida clorpromazina, 25 mg – BID.

Em fevereiro de 2016, a paciente retornou com a gestação confirmada (encontrava-se para além das 20 semanas e já encaminhada ao pré-natal de alto risco). Relata ter interrompido o uso de álcool desde dezembro de 2015, sem recaídas, pelo desejo de ter uma gestação saudável. Refere benefícios com o uso de clorpromazina, sobretudo melhora parcial de irritabilidade e “nervosismo”.

DISCUSSÃO

Sabe-se que há uma relação entre a exposição a todos os tipos de violência provocada por parceiro íntimo e o desenvolvimento de transtornos por uso de álcool.^{1,3} Ainda que a violência seja um fenômeno multideterminado, é sabido também que os estados de intoxicação alcoólica contribuem para a ocorrência do ato violento, seja favorecendo as ações do agressor, seja tornando as vítimas mais vulneráveis.^{4,7}

Há fatores de risco que aumentam a chance de as mulheres expostas à violência por parceiro íntimo desenvolverem transtornos relacionados ao álcool, e sintomas de estresse pós-traumático exercem papel-chave nessa relação.^{3,8} A cronicidade da violência cometida por parceiro íntimo, assim como o fato de que o ato violento seja causado por quem também é fonte de confiança e de experiências positivas, torna as vítimas mais vulneráveis ao estresse pós-traumático.⁸ Sugere-se que o álcool, assim como outras substâncias, atenuem os estados afetivos negativos que surgem vinculados ao estresse e ansiedade, tornando as vítimas mais propensas ao padrão problemático de uso.⁸ Porém, verificou-se também que os sintomas de estresse pós-traumático medeiam parcialmente a relação entre violência por parceiro íntimo e transtorno por uso de álcool. A própria gravidade da violência é um fator de risco *per se*.¹

Mulheres expostas à violência por parceiro íntimo apresentam importante comprometimento da saúde, em vários níveis. Quanto mais recente e mais longa a exposição, e se for violência física ou sexual, pior o desfecho.^{9,10} De acordo com Bonomi *et al.*, sintomas depressivos e físicos generalizados são mais frequentes em mulheres vítimas desse tipo de violência.⁹ Com base em um estudo canadense, Campbell¹⁰ refere que mulheres vítimas de abusos (físicos, sexuais, psicológicos) apresentam significativamente mais sintomas ansiosos, insônia e disfunção social. Ainda sugere, a partir de estudos em departamentos de emergência norte-americanos, que a violência cometida por parceiro íntimo precede o transtorno por uso de substâncias na maior parte dos casos.

A paciente em questão sofre violência cometida por parceiro íntimo desde os 21 anos, com desenvolvimento progressivo de transtorno por uso de álcool associado a sintomas de ansiedade generalizada, impulsividade, baixa tolerância às frustrações. Como evidenciado em literatura científica, a violência por parceiro íntimo é um fator de risco ao padrão problemático de uso do álcool e, assim como os estados de embriaguez, per-

petua a vulnerabilidade a novos abusos. O álcool, conforme relatado por ela, é utilizado como estratégia de enfrentamento da situação de violência e dos estados afetivos negativos que a acometem. Pensando que a paciente vive em um contexto de pobreza e suporte sociofamiliar praticamente inexistente, o uso do álcool tornou-se uma alternativa de refúgio.

CONCLUSÃO

A violência praticada por parceiro íntimo é um problema de saúde pública. Quanto mais longa a exposição e se há acometimento físico e/ou sexual, piores os desfechos quanto à saúde física e mental.

Pode-se considerar que há correlação positiva entre violência provocada por parceiro íntimo e transtorno por uso de álcool, mediada parcialmente por sintomas de estresse pós-traumático. A percepção de alguns pesquisadores é de que o álcool tem sido utilizado para neutralizar os afetos negativos decorrentes do trauma.

São necessários esforços em âmbito mundial para entender o fenômeno da violência. O mapeamento dos fatores de risco e das relações causais é de fundamental importância para o estabelecimento de estratégias de promoção de saúde e prevenção da violência.

Tratou-se de um atendimento bastante desafiador, por ultrapassar os limites do diagnóstico nosológico, da propedêutica e do tratamento farmacológico. O caso reflete profunda desigualdade social e ressalta a importância do olhar para as políticas públicas de saúde e condições de violência de gênero, ainda tão preponderantes nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

1. Sullivan TP, Ashare RL, Jaquier V, Tennen H. Risk factors for alcohol problems in victims of partner violence. *Subst Use Misuse*. 2012;47(6):673-85.
2. Cunradi CB, Mair C, Todd M. Alcohol outlet density, drinking contexts and intimate partner violence: a review of environmental risk factors. *J Drug Educ*. 2014;44:19-33.
3. Peters EN, Khondkaryan E, Sullivan TP. Associations between expectancies of alcohol and drug use, severity of partner violence, and posttraumatic stress among women. *J Interpers Violence*. 2012;27(11):2108-27.
4. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Cornelius JR. Intimate partner violence and specific substance use disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychol Addict Behav*. 2012;26(2):1-18.

5. Stuart GL, Moore TM, Elkins SR, O'Farrel TJ, Temple JR, Ramsey S, *et al.* The temporal association between substance use and intimate partner violence among women arrested for domestic violence. *J Consult Clin Psychol.* 2013;81(4):1-18.
6. Kaysen D, Dillwoth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav.* 2007;32:1272-83.
7. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2008;28:1222-34.
8. Sullivan TP, Cavanaugh CE, Buckner JD, Edmondson D. Testing posttraumatic stress as a mediator of physical, sexual, and psychological intimate partner violence and substance problems among women. *J Trauma Stress.* 2009;22(6):575-84.
9. Bonomi AE, Thompson RS, Anderson M, Reid RJ, Carrell D, Dimer JA, *et al.* Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *Am J Prev Med.* 2006;30(6):458-66.
10. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 2002;359:1331-6.
11. Gebara CFP, Ferri CP, Lourenço LM, Vieira MT, Bona FMC, Noto AR. Patterns of domestic violence and alcohol consumption among women and the effectiveness of a brief intervention in a household setting: a protocol study. *BMC Women's Health.* 2015;15(78):1-8
12. Rosa DOA, Ramos RCS, Melo EM, Melo VH. A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. *Femina.* 2013;41(2):81-7.

Os desenlaces contemporâneos

Contemporary Outcomes

Luís Fernando Duarte Couto¹

Senhor Editor,

¹ Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG, Centro Mineiro de Toxicomania; Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC-MG, Curso de Medicina. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Nos dias 08 e 09 de novembro de 2016 aconteceu a XXVI Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania e I Encontro de Saúde Mental da FHEMIG, cujo tema foi “os desenlaces contemporâneos: efeitos na clínica, na política e na formação”. O evento contou com a grande participação dos trabalhadores de saúde mental de Minas Gerais e as discussões se deram a partir do campo da prática em sua articulação com os campos teóricos diversos.

Este texto foi produzido para a mesa de abertura e procurou desenvolver a temática do evento dentro dos três eixos – clínica, política e formação –, bem como lançar questões sobre os temas que foram propostos.

OS DESENLACES CONTEMPORÂNEOS

O tema desta jornada – os desenlaces contemporâneos e seus efeitos na clínica, na política e na formação – tem nos colocado a trabalho nos últimos meses. Existe na expressão “o desenlace contemporâneo” uma articulação entre o laço e o tempo.

O contemporâneo é uma relação com o tempo. Nas palavras de Agamben, “é uma singular relação com o próprio tempo, que adere a este e, ao mesmo tempo, dele toma distância”,¹ Ou seja: ser contemporâneo implica não se ajustar perfeitamente a esse tempo. É preciso não se encaixar muito bem em uma época para dela tomar distância e pensá-la. É também essa a advertência que Zizek faz ao propor “mirar obliquamente” a violência contemporânea para não se entorpecer e se misturar a ela.² É um olhar de rabo de olho.

E será o olhar que conduz à segunda dimensão trazida nesta jornada, o laço. O laço que, cada vez mais, parece se dissolver em um mundo líquido e que aparece de relance (se olhar-se obliquamente) nos laços transferenciais, nas relações entre os serviços, nas amizades, nos relacionamentos, nas famílias. Ou seja: o laço que pode ser um outro nome para o amor. Assim, o desenlace que aparece no título propos-

Instituição:
Centro Mineiro de Toxicomania da FHEMIG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Luís Fernando Duarte Couto
E-mail: luisdcouto@gmail.com

^a Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) é um Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento de usuários de álcool ou outras drogas (CAPS-AD) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). As outras unidades de saúde mental da FHEMIG são: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Centro Psíquico da Adolescência e Infância, Hospital Galba Velloso, Instituto Raul Soares.

to para esse encontro pode ser também entendido como um desligamento ou um “desamor”.

Parece ser prudente dizer que é o olhar contemporâneo o que produz ou não produz o amor. Nesses tempos líquidos o amor é uma névoa. Retoma-se aqui a fala de Daniel Roy, psicanalista francês que esteve em Belo Horizonte em setembro deste ano, quando diz que, em *Romeu e Julieta*, Shakespeare afirma que o amor é uma névoa fabricada pelos olhares. Com ele parece concordar Riobaldo de Guimarães Rosa ao ressaltar que “Diadorim é minha neblina”.³ É esse laço vaporizado que permite aproximar, mas também pode turvar a visão.

Lembro de Catarina

Catarina é uma mulher que existiu na escrita de Clarice Lispector em um conto chamado “Os laços de família”.⁴ Em uma viagem de táxi para a estação de trem, um sacolejo faz Catarina ser lançada contra sua mãe, “em uma intimidade de corpo há muito esquecida”. Nunca haviam realmente se abraçado e se beijado e a responsabilidade do amor deu a Catarina um gosto amargo de sangue. “Como se mãe e filha fossem vida e repugnância”.⁴

Lembro de Catarina por causa da última semana que foi tão difícil para nós no CMT. A morte de uma paciente levou a pensar que o laço de família pode ser também um peso que conjuga vida e repugnância. Assumir o papel de mãe parece não ser fácil e, para essa paciente, talvez fosse impossível.

Para Bauman⁵, os laços humanos são uma bênção e uma maldição. Estabelecer laços pode não ser tão simples e, acredito, não devemos nos guiar pelo imperativo de produzi-los a qualquer custo (mesmo que isso fosse possível). Talvez seja preciso suportar a dificuldade estrutural com o laço em uma maneira singular de existir. Suportar é tolerar e dar suporte.

E essa dimensão conduz ao desenlace na política se se pensar a política, como afirma Hanna Arendt, como um meio pelo qual se escapa “da igualdade perante a morte para uma diferenciação capaz de assegurar alguma imortalidade”. Ela afirma, ainda, que a morte deve ser a experiência mais antipolítica que existe, já que é a companhia de nossos semelhantes a condição para a existência de toda política.⁶

São esses os tempos de mudanças políticas que sugerem um caminho de mais segregação, ruptura

de laços e morte. Tempos de arranjos que jogam contra o processo democrático, negociatas cínicas que operam sempre em causa própria. E é o que nos leva, para usar um termo lacanianiano, à figura do canalha: aquele que sabe do caráter cínico do mundo contemporâneo e o utiliza a seu favor.⁷ É nesse mundo em que canalhas tomam o poder por vias colaterais que é preciso resistir, em uma atitude política, como forma de existir. Nessa maré de retrocessos, talvez seja, além de política, uma atitude ética, ir contra a corrente.

O mundo roda e revela mais uma vez o que Agamben afirmou: o contemporâneo é também anacrônico!. Afinal, nada mais contemporâneo e anacrônico que a possibilidade de retroceder 52 anos nos próximos 20.

Mas parece haver alguns feixes de luz em um mundo que produz cada vez mais segregação e invisibilidades. E assim se chega ao terceiro ponto que se pretende trabalhar nesta jornada: a questão da formação.

A formação pode ser uma ferramenta poderosa: ao mesmo tempo em que se constitui como uma prática da liberdade, possibilita transmitir que cada forma de existência é única, singular e, qualquer que seja a diferença, esta cabe no mundo, porque no mundo cabem todos os mais de sete bilhões de diferenças.

É preciso repensar a formação que também sofre as influências do estado liquefeito do mundo contemporâneo. O saber que a universidade propõe é questionável porque as cidades universitárias não se mostraram modelos da diversidade do Universo. Afinal, a universidade aparece em sua maior potência de produção de saber quando é ocupada pelas cidades. Destaca-se, da intervenção que Celso Renato fez em nosso evento preparatório, sua frase: “A universidade precisa sair de si!”, afirmando que ela precisa ir além de seus muros e se aproximar dos territórios de uma cidade. Parece que isso começou a acontecer nas últimas semanas. A universidade saiu de si, enlouqueceu, permitiu-se ser ocupada pela cidade – e só pode ser esse o movimento que a fará avançar.

Esta é a mensagem que quero deixar e desejo que tenhamos ótimos dois dias de intenso trabalho, produção de novos saberes e novos laços.

Luís Fernando Duarte Couto

Coordenador da XXVI Jornada de Trabalhos do Centro Mineiro de Toxicomania e I Encontro de Saúde Mental da FHEMIG.

REFERÊNCIAS

1. Agamben G. O que é o contemporâneo? e outros ensaios. Chapecó: Argos; 2009.
 2. Žižek S. Violência: seis reflexões laterais. São Paulo: Bontempo; 2014.
 3. Guimarães Rosa J. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
 4. Lispector C. "Os laços de família". In: Laços de Família: contos. Rio de Janeiro: Rocco; 2009.
 5. Bauman Z. Conferência para o "Fronteiras do Pensamento". 2011. [citado em 2016 nov. 07]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=POZcBN0-D4A>
 6. Arendt H. Da violência. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1985.
 7. Santiago J. A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
-

Corpo Editorial

EDITOR GERAL

Enio Roberto Pietra Pedrosa
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

Cirurgia

Alcino Lázaro da Silva
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Andy Petroianu
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Tarcizo Afonso Nunes
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Clínica Médica

David de Pádua Brasil
Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Manoel Otávio da Costa Rocha
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Ginecologia e Obstetrícia

Fernando Marcos dos Reis
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Ricardo Mello Marinho
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais – FCMMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Pediatria

Ennio Leão
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Maria do Carmo Barros de Melo
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Saúde Coletiva

Maria da Conceição J. Werneck Côrtes
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Saúde Mental

Humberto Corrêa da Silva
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Ahmed Helmy Salem
Assiut University Hospitals & Faculty of
Medicine Tropical Medicine &
Gastroenterology Department
Assiut EGYPT

Aldo da Cunha Medeiros
Centro Ciências da Saúde da UFRN
Natal – RN, Brasil

Almir Ribeiro Tavares Júnior
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Aroldo Fernando Camargos
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Bruno Caramelli
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo – SP, Brasil

Bruno Zilberstein
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo – SP, Brasil

Carlos Teixeira Brandt
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife – PE, Brasil

Cor Jesus Fernandes Fontes
Faculdade de Medicina da UFMT
Cuiabá – MT, Brasil

Dulciene Maria Magalhães Queiroz
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Edmundo Anderi Júnior
Faculdade de Medicina do ABC
São Paulo, SP – Brasil

Enio Cardillo Vieira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Fábio Leite Gastal
Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre – RS, Brasil

Fabio Zicker
Organização Mundial da Saúde
Genebra, SUÍÇA

Federico Lombardi
Universtá degli Studi di Milano
Milano, ITALY

Francisco José Dutra Souto
Universidade Federal do Mato Grosso
Cuiabá – MT, Brasil

Genival Veloso de França
Centro de Ciências da Saúde da UFPB
João Pessoa – PB, Brasil

Georg Petroianu
Department of Cellular Biology &
Pharmacology Herbert Wertheim
College of Medicine

Florida International University
Miami, FL – USA

Gerald Minuk
University of Manitoba, Department of Internal Medicine
Manitoba, CANADA

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Giselia Alves Pontes da Silva
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife – PE, Brasil

Henrique Leonardo Guerra
PUC Minas
Belo Horizonte – MG, Brasil

Henrique Neves da Silva Bittencourt
Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine –
Université de Montreal
Montreal – QC, CANADÁ

Jacques Nicoli
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Jair de Jesus Mari
Faculdade de Medicina da UNIFESP
São Paulo – SP, Brasil

João Carlos Pinto Dias
Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ
Belo Horizonte – MG, Brasil

João Carlos Simões
Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná
(FEPAR)
Curitiba, PR – Brasil

João Galizzi Filho
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

José Carlos Nunes Mota
Departamento de Medicina da UFS
Aracaju, SE – Brasil

José da Rocha Carvalho
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
São Paulo, SP – Brasil

Leonor Bezerra Guerra
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Luiz Armando Cunha de Marco
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Luiz Henrique Perocco Braga
McMaster University, Department of Surgery/Urology
Hamilton, Ontário, Canadá

Manoel Roberto Maciel Trindade
Departamento de Cirurgia da UFRGS
Porto Alegre, RS – Brasil

Marco Antonio de Avila Vitoria
Organização Mundial da Saude – OMS
Genebra, SUÍÇA

Marco Antonio Rodrigues
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Maria Inês Boechat
Dept. of Radiological Sciences
David Geffen School of Medicine at UCLA
University of Califórnia
Los Angeles – CA, USA

Mauro Martins Teixeira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Mircea Beuran
Clinical Emergency Hospital Bucharest
Bucharest, ROMENIA

Naftale Katz
Fundação Oswaldo Cruz,
Centro de Pesquisas René Rachou
Belo Horizonte – MG, Brasil

Nagy Habib
Imperial College London. Department of Surgery
London, UK

Nicolau Fernandes Krueh
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e UNISUL
Florianópolis. SC – Brasil

Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Orlando da Silva
Department of Paediatrics, UWO
Neonatal Intensive Care Unit
London, Ontario, Canadá

Paulo Roberto Corsi
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP
São Paulo, SP – Brasil

Pedro Albajar Viñas
Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Pietro Accetta
UFF / Faculdade de Medicina
Niterói – RJ – Brasil

Protásio Lemos da Luz
Universidade de São Paulo – Incor
São Paulo – SP, Brasil

Renato Manuel Natal Jorge
Universidade do Porto
Porto – Portugal

Roberto Marini Ladeira
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horizonte – MG, Brasil

Rodrigo Correa de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas
René Rachou, Laboratório de Imunologia
Belo Horizonte – MG, Brasil

Ruy Garcia Marques
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Sandhi Maria Barreto
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte – MG, Brasil

Sérgio Danilo Pena
Instituto de Ciências Biológicas – UFMG
Núcleo de Genética Médica – GENE
Belo Horizonte – MG, Brasil

William Hiatt
Colorado Prevention Center
Denver, Colorado, USA

A RMMG É RESULTADO DA PARCERIA ENTRE AS SEGUINTE INSTITUIÇÕES

