

**Temas em Saúde Coletiva:
gestão e atenção no SUS em debate**

REITOR

Paulo Gabriel Soledade Nacif

VICE-REITOR

Silvio Luiz Oliveira Soglia



Editora UFRB

SUPERINTENDENTE

Sérgio Augusto Soares Mattos

CONSELHO EDITORIAL

Alessandra Cristina Silva Valentim

Ana Cristina Fermino Soares

Ana Georgina Peixoto Rocha

Robério Marcelo Ribeiro

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

Sérgio Augusto Soares Mattos (presidente)

Simone Seixas da Cruz

SUPLENTES

Ana Cristina Vello Loyola Dantas

Geovana Paz Monteiro

Jeane Saskya Campos Tavares

COMITÊ CIENTÍFICO DA PRPPG

(Referente edital n.º 01/2012 – Edital de apoio à publicação de livros Impressos)

Ana Cristina Fermino Soares

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

Franceli da Silva

Ana Georgina Peixoto Rocha

Luciana Santana Lordêlo Santos

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES
(organizadoras)

**Temas em Saúde Coletiva:
gestão e atenção no SUS em debate**



Cruz das Almas - Bahia / 2014

Copyright©2014 Mariluce Karla Bomfim de Souza, Jeane Saskya Campos Tavares, Aline Magalhães Bessa Andrade, Tamille Marins Santos Cerqueira, Atatiane Santana de Brito Cajaíba Ribeiro, Carmen Fontes de Souza Teixeira, Daiany Souza de Jesus, Jarlan Miranda dos Santos, Aline de Freitas Rios, Willian Tito Maia Santos, Denize de Almeida Ribeiro, Elaine Andrade Leal Silva, Micheli Dantas Soares, Cíntia Figueiredo Amaral, Fernanda de Oliveira Souza, Leny Alves Bomfim Trad, Jamille Maria de Araujo Figueiredo, Jaqueline Pacheco dos Santos Araujo, Franklin Demétrio e Suely Aires.

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica:
Júnior Bianchi

Revisão, normatização técnica:
Carlos Alexandre Venancio

Depósito legal na Biblioteca Nacional, conforme decreto nº 1.825, de 20 de dezembro de 1907.

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

T278 Temas em saúde coletiva: gestão e atenção no SUS em debate / organizado por Mariluce Karla Bomfim de Souza ... [et al.]. – Cruz das Almas/BA : UFRB, 2014.

264 p.

ISBN 978-85-61346-63-8

1. Saúde pública 2. Sistema Único de Saúde 3. Gestão
I. Souza, Mariluce Karla Bomfim de II.
Tavares, Jeane Saskya Campos.

CDD 362.10981

Ficha catalográfica elaborada por: Ivete Castro CRB/1073



Editora UFRB

Campus Universitário

Rua Rui Barbosa, 710 – Centro – 44380-000 Cruz das Almas – BA – Tel.: (75)3621-1293

gabi.editora@ufrb.edu.br – www.ufrb.edu.br/editora

www.facebook.com/editoraufrb

Agradecimentos

Agradecemos a Deus,

*Aos nossos familiares e amigos por
acreditarem e torcerem pela publicação
deste livro.*

Aos colegas docentes e discentes da UFRB.

*À população do Recôncavo por nos
receber em suas casas e compartilhar as
dores e delícias da vida nesta região.*

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	9
<i>Prefácio</i>	13
Capítulo 1	17
A gestão do SUS municipal: reflexões sobre limites (debilidades e ameaças) e possibilidades (fortalezas e oportunidades) de aperfeiçoamento da rede de atenção à saúde	
<i>Mariluce Karla Bomfim de Souza e Carmen Fontes Teixeira</i>	
Capítulo 2	47
A família na rede de cuidados: o fluxo de apoio social entre famílias de baixa renda e profissionais de Saúde da Família	
<i>Jeanne Saskya Campos Tavares, Jamille Maria de Araújo Figueiredo, Cíntia Figueiredo Amaral e Jaqueline Pacheco dos Santos Araújo.</i>	
Capítulo 3	75
A atenção à saúde do homem nas Unidades de Saúde da Família	
<i>Allyson Araújo M. Ramos da Silva, Aline Magalhães Bessa, Elaine Andrade Leal Silva, Fernanda de Oliveira Souza e Tamille Marins S. Cerqueira.</i>	
Capítulo 4	105
Saúde Coletiva e as demandas da População Negra: desafios e perspectivas.	
<i>Denize de Almeida Ribeiro</i>	
Capítulo 5	117
Gerência e prática da enfermagem na Triagem Neonatal	
<i>Atatiane Santana de Brito e Deisy Vital dos Santos</i>	

Capítulo 6	147
Diferentes concepções de loucura entre profissionais da rede pública de saúde mental	
<i>Suely Aires Pontes e Jarlan Miranda</i>	
Capítulo 7	167
A crise das práticas nutricionais em saúde-doença-cuidado e a possibilidade de construção de uma nutrição clínica ampliada e compartilhada	
<i>Franklin Demétrio</i>	
Capítulo 8	205
O campo social da alimentação e nutrição: agência e dinâmica de discursos e seus reflexos nas práticas alimentares contemporâneas	
<i>Micheli Dantas Soares e Leny Alves Bonfim Trad</i>	
Capítulo 9	235
Desafios e potencialidades da inserção da Psicologia na Atenção Básica em Saúde	
<i>Willian Tito Maia Santos, Aline de Freitas Rios e Daiany Souza de Jesus</i>	
<i>Sobre os Autores</i>	259

APRESENTAÇÃO

Mariluce Souza e Jeane Tavares (Orgs.)

O Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (GIPESC), fundado em 2009, apenas dois anos após a criação do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRB) na região do recôncavo da Bahia, representa um dos muitos esforços empreendidos por docentes e discentes desta instituição para a interiorização das universidades públicas brasileiras. Tendo como foco o “campo de saberes e âmbito de práticas” que é a Saúde Coletiva, buscamos contribuir para a expansão da nossa universidade através deste livro que apresenta reflexões e questionamentos sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil.

Tanto no âmbito da gestão e como da atenção em saúde, pretendemos problematizar e redefinir nossos objetos de análise a partir de diferentes abordagens. Neste sentido, seguindo a natureza do GIPESC, contribuíram como autores: pesquisadores e trabalhadores da saúde, com formações distintas e olhar interdisciplinar sobre os fenômenos que envolvem a saúde da população. No entanto, este livro é resultado não apenas da produção científica de docentes e discentes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), mas também de parceiros institucionais que desafiam a teoria e buscam respostas para problemas revelados na prática no campo da Saúde Coletiva.

Este livro é formado nove capítulos que abordam desde a perspectiva macro da gestão à atenção de grupos específicos e desafios de profissionais da saúde, destacando a discussão sobre redes de atenção e de cuidados, além dos modos e práticas da enfermagem, psicologia e nutrição, e reflexões sobre os desafios e perspectivas na área da Saúde Coletiva.

O Capítulo 1 aborda a gestão do SUS municipal, apresentando reflexões sobre limites e possibilidades de aperfeiçoamento da rede de atenção à saúde. Para tanto, utilizou-se a matriz DOFA (OPS/OMS,

1994), a partir da qual foram identificadas as forças internas (fortalezas e debilidades) e as forças externas (oportunidades e ameaças) que condicionam a gestão municipal da saúde e o aperfeiçoamento da rede de saúde.

Contemplando outra abordagem na análise de redes de atenção, no Capítulo 2 discute-se a participação da família como unidade fundamental nos cuidados com a saúde, focalizando o fluxo de apoio social entre membros de redes familiares e de vizinhanças (redes informais) e profissionais de saúde da EFS (rede formal).

Dando continuidade à discussão acerca da relação entre programas formalmente estabelecidos, crenças e seu impacto na relação profissionais/população, no Capítulo 3 a discussão é centrada na saúde do homem, particularmente na problematização do acesso às unidades de saúde da família e na baixa frequência de homens nos serviços de saúde da atenção básica.

O Capítulo 4 aborda demandas da População Negra como desafios para a Saúde Coletiva a partir da análise da distribuição dos serviços e da mortalidade nesta população em municípios baianos. São descritas suas condições de saúde, o impacto do racismo institucional e discutem-se possíveis medidas a serem adotadas diante deste cenário.

A gerência e prática da enfermagem no Programa Nacional de Triagem Neonatal é o foco do Capítulo 5. Neste, através atuação das (os) enfermeiras (os) no Teste do pezinho das Unidades de Saúde da Família o papel fundamental da (o) enfermeira (o) neste programa é analisado.

No Capítulo 6 são discutidas diferentes concepções de loucura apresentadas por profissionais da rede pública de saúde mental e a articulação destas concepções com os modos de tratamento implementados nos serviços de saúde. A partir desta análise, discute-se o complexo processo de transição de uma ordem centrada em instituições hospitalares para outra situada em espaços sociais.

Continuando a análise da relação entre concepções e práticas, no Capítulo 7 é apresentada reflexão sobre a necessária reforma cultural

e epistemológica da nutrição clínica biomédica ou oficial. Neste sentido, propõe-se a clínica ampliada e compartilhada como possibilidade para repensar as práticas nutricionais, com vistas à humanização e integralidade da atenção nutricional.

No Capítulo 8, a discussão entre programas e discursos é retomada, desta vez com foco nas práticas alimentares contemporâneas. A partir da noção de campo de Bourdieu, a polifonia endêmica num contexto de hiperinformação sobre alimentação e nutrição no mundo contemporâneo e as fronteiras entre os termos alimentar, comer e nutrir são tomadas como base para a reflexão sobre as práticas alimentares dos indivíduos.

Por fim, a inclusão de novas categorias profissionais à Atenção Básica em Saúde é discutida no Capítulo 9. A partir de uma análise histórica da inserção da Psicologia na saúde pública brasileira, discutem-se dificuldades e desafios enfrentados pelos psicólogos, além de possibilidades inovadoras de intervenção neste contexto.

Convidamos todos os leitores para participarem deste debate através do pensamento, da reflexão e potencialmente em direção ao agir em saúde de acordo com o SUS que se pretende, universal e de qualidade.

PREFÁCIO

Carmen Teixeira

Há mais de trinta anos atrás, Antônio Sergio Arouca, representando os integrantes do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, apresentou à Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, em Brasília, a proposta de criação do Sistema Único de Saúde, inserindo definitivamente no espaço público da sociedade brasileira a noção do direito universal à saúde. No mesmo ato, convocou as autoridades governamentais a se posicionarem diante da crise do setor e indicou um caminho para seu enfrentamento e superação.

Este fato representa uma ruptura com a tradição anterior, na medida em que problematizava a desigualdade social, a iniquidade e a injustiça que marcam historicamente a organização econômica, social e política deste país, cujos efeitos nas condições de vida e saúde da população começavam a ser investigados em diversos espaços acadêmicos, gerando conhecimentos que subsidiaram o movimento pela Reforma Sanitária.

Iniciados anos antes, os primeiros debates giraram em torno da proposta de “democratização da saúde”. O termo contemplava a difusão de conhecimentos voltados à formação de uma cultura sanitária fundada na conscientização acerca dos determinantes sociais da saúde, ponto de partida para o desencadeamento de ações individuais e coletivas voltados à melhoria das condições de vida, trabalho e lazer dos diversos grupos sociais.

Além disso, indicava a necessidade de ampliar e democratizar o acesso da população como um todo aos bens e serviços que contribuíssem para a promoção e proteção da saúde, prevenção de riscos e agravos, bem como assistência e recuperação em caso de doenças e acidentes. Daí o interesse em se conhecer a experiência de outros países que haviam apostado em processos de reforma dos seus sistemas de saúde, a exemplo dos países socialistas e dos países europeus que desenvolveram o chamado “Estado de bem-estar social”.

A experiência da Inglaterra, com o seu *National Health Service*, criado no pós-guerra, e a reforma sanitária italiana, desencadeada a partir de 1978, fortaleciam a convicção das lideranças e alimentavam o sonho dos militantes da nossa RSB, contribuindo para o avanço do processo de mobilização que culminou com a realização da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Como se sabe, esse processo se desdobrou no plano jurídico em torno da aprovação do capítulo Saúde da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, desdobrada nas leis 8080 e 8142, exatamente em decorrência da luta contra as resistências que se apresentaram no processo de elaboração, discussão e aprovação.

Simultaneamente, em vários estados, tratava-se de ganhar terreno no âmbito político-institucional, com a implantação de estratégias de mudança na organização e gestão do sistema público existente, principalmente com a “integração” da rede de serviços de saúde vinculados ao antigo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, às Secretarias Estaduais de Saúde, no período de implantação do SUDS (1987-1989).

Anos difíceis aqueles, anos de crise econômica, transição política e mudança cultural. O que passou à história como a “década perdida”, para nós da Saúde, todavia, foi a década na qual se construiu as bases do que veio a se tornar, a partir dos anos 90, um processo rico, complexo, multifacetado, de idas e vindas, avanços e retrocessos, ganhos e perdas, o processo de construção de uma nova Política de Saúde, cujo eixo tem sido, nos últimos vinte e poucos anos, a construção do Sistema Único de Saúde.

Nesse percurso, multiplicaram-se as experiências, surgiram novos temas de pesquisa e se apresentaram imensos desafios na prática, dos quais se destacam aqueles relativos à implementação dos princípios finalísticos e estratégicos do SUS. Alcançar a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade na distribuição e consumo de ações e serviços implicam uma profunda mudança no modelo de atenção, ou seja, na organização das práticas e na redefinição dos processos de trabalho em saúde. Do mesmo modo, implementar a

descentralização e a democratização do SUS em um país continental como o Brasil, com tantas desigualdades regionais, econômicas, culturais, tem desencadeado um intenso processo de mudança, expresso na profusão de normas e portarias que induzem reorientação de práticas de gestão de sistemas e gerência de serviços, principalmente no âmbito estadual e municipal, em todo o país.

Registrar estas experiências, analisar suas características e refletir sobre seu significado são alguns desafios que se colocam aos jovens pesquisadores e docentes, responsáveis por preservar a “novidade” do processo de construção do SUS, ao tempo em que analisam as dificuldades, discutem as possibilidades de ação e projetam o futuro. Desse modo, contribuem para que os gestores e profissionais de saúde, militantes políticos e usuários possam analisar os problemas, compreender as possibilidades de ação e se posicionarem politicamente, exercendo seu direito e seu dever de participar e de renovar a organização do sistema de saúde como parte do processo de contínua reconstrução do nosso mundo comum.

Por isso, esse livro é bem vindo!

Não preciso apresentar seu conteúdo, isso já está bem feito nas páginas iniciais. Mas é preciso enfatizar a característica central dos nove textos que constituem os capítulos desse livro. O compromisso em refletir sobre o que se está fazendo, a problematização dos conceitos, das teorias e das práticas, dos métodos e das técnicas que estão sendo experimentadas no processo de mudança da gestão e da organização da atenção à saúde no SUS, transparece em cada capítulo do livro.

A leitura revela um diversificado conjunto de questões que se tornaram objeto de reflexão e análise crítica por parte dos autores, oferecendo um amplo painel de problemas e soluções que vem sendo construídas no cotidiano da gestão e da atenção à saúde no SUS. Somos levados a acompanhar a análise das facilidades e dificuldades enfrentadas no âmbito da gestão municipal do SUS e refletimos sobre

o processo de organização de redes de atenção à saúde. Percebemos a emergência de questões novas, como as demandas da população negra e as mudanças introduzidas nas práticas profissionais que se realizam nas unidades de saúde, a exemplo da enfermagem e da nutrição. Refletimos sobre os desafios contemporâneos na área de saúde mental, problematizando as concepções acerca da loucura compartilhadas pelos profissionais ou discutindo a inserção do psicólogo na equipe responsável pela atenção primária à saúde.

Em cada capítulo, percebemos a preocupação com o registro e a reflexão crítica sobre a experiência acumulada, a abertura do diálogo e o levantamento de novas questões, sem perder de vista a conexão com o contexto, que define a oportunidade e a possibilidade de aperfeiçoamento das ações futuras.

Como diria Hannah Arendt: *“Nossa esperança está pendente sempre do novo que cada geração aporta”*¹.

Creio que a leitura, desse livro, renova minhas esperanças, me faz pensar mais uma vez que, além do que fizemos e tentamos fazer, inserindo o SUS na agenda política da saúde no Brasil, lutando para garantir as condições de sua implementação, resistindo às investidas dos que insistem em deformar o que, com tanta dificuldade, se consegue elaborar e implantar. Contribuímos para a formação de uma nova geração de pesquisadores, docentes, militantes, que estão assumindo a responsabilidade de trabalhar para a renovação do legado da geração que a precedeu.

Assim, estão trabalhando, experimentando, refletindo, escrevendo, difundindo ideias, imbuídos da necessidade de compreender o passado, analisar o presente, aprendendo com os erros, recusando o obsoleto e criando o novo no processo de construção do SUS.

Agosto de 2012

1. Arendt, H. A crise na educação. In: *Entre o passado e o futuro*. Perspectiva, São Paulo, 2009, p. 243.

Capítulo 1

A gestão do SUS municipal: reflexões sobre limites (debilidades e ameaças) e possibilidades (fortalezas e oportunidades) de aperfeiçoamento da rede de atenção à saúde

Mariluce Karla Bomfim de Souza
Carmen Fontes Teixeira

Retomando alguns aspectos históricos

Desde os primórdios da Reforma Sanitária Brasileira, no final da década de 70 do século passado, a descentralização, a integralidade e a participação social foram colocadas como princípios orientadores das políticas e estratégias de mudança na organização e na gestão do sistema de saúde.

A Constituição Federal, em seu artigo 198, dispõe que o sistema público de saúde tem como diretriz a “descentralização com direção única em cada esfera de governo” (BRASIL, 1988). A Lei nº 8080/90 apresenta a “integralidade” como princípio que rege a organização das ações e serviços, o que tem gerado amplo debate acerca das possíveis formas de operacionalização, defendendo-se, mais recentemente, a noção de “redes” de saúde, o que demanda a articulação dos diversos entes federativos visando à criação de mecanismos de integração do processo de prestação de serviços em vários níveis de complexidade tecnológica e organizacional.

A Lei nº 8142/90, por sua vez, reafirma os princípios que regem a gestão pública do SUS em todos os níveis de governo, definindo a forma de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos estados

e municípios, reafirmando a interdependência dos entes federativos, ao tempo em que dispõe sobre a criação das instâncias colegiadas de gestão participativa, ou seja, os Conselhos e as Conferências de Saúde, órgãos deliberativos da política de saúde nas três esferas de governo.

A operacionalização das Leis Orgânicas implicou na criação de uma rede intergovernamental, na qual flui o repasse de recursos financeiros (FLEURY e OUVERNEY, 2007), reservando-se às instâncias federativas, e em particular ao município, um papel proeminente na gestão do sistema e na organização e gerência das ações e serviços de saúde, que devem se configurar de forma integrada e enquanto rede regionalizada (SILVA, 2008c).

Nesse sentido, a década de 90 foi marcada pela publicação de várias normas e portarias voltadas para a organização do funcionamento do SUS. Para Trevisan e Junqueira (2007), as normas se conformaram enquanto “dispositivos infralegais” de caráter transitório, que foram reeditados ou alterados em diversos momentos, ou seja, em 1991 (NOB 91), 1993 (NOB 93), 1996 (NOB 96), 2001 e 2002 (NOAS). A NOAS, particularmente, colocou em evidência o processo de regionalização da saúde, o que para Fleury e Ouverney (2007) representou um marco para a constituição de redes regionalizadas a partir do planejamento e programação da oferta de serviços em territórios delimitados, incluindo referências intermunicipais.

A publicação sucessiva destas normas implicou uma forte “estratégia de indução” do governo federal através das quais os municípios deveriam se enquadrar em alguma forma de gestão com distribuição de responsabilidades e funções definidas pela União. A realidade marcada pelas divergências e desigualdades que caracterizam os municípios do país, diferindo nas necessidades e aspirações da sua população, bem como na quantidade e complexidade dos equipamentos de saúde disponíveis no seu território (SOUZA, 2011), evidenciam a necessidade de discutir as redes de atenção à saúde, como estratégia para a garantia da assistência integral à saúde, dado que os municípios não são capazes de garantir aos seus munícipes todos os serviços para o atendimento das suas necessidades.

Os anos de 2003 e 2004 foram marcados pelas discussões, no Ministério da Saúde e nos espaços de negociação, acerca das dificuldades operacionais para a efetiva descentralização do sistema de saúde trazendo a demanda por uma nova política - “pacto de gestão” (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007). Tais discussões culminaram no que se chamou - Pacto pela Saúde, em 2006, através do qual os compromissos públicos assumidos pelos gestores são consagrados mediante a assinatura do termo de compromisso de gestão (COSTA, PEDROSA e DARON, 2009).

Segundo o Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, no que tange aos municípios, as responsabilidades são atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no seu território. Sobre as responsabilidades gerais da Gestão do SUS, o Pacto afirma que todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União (BRASIL, 2006).

Com o Pacto pela Saúde houve a proposição de uma gestão qualificada do SUS com diretrizes que contribuem para a construção de redes, como a regionalização e gestão compartilhada e o financiamento e responsabilidades compartilhadas (SCHNEIDER et al., 2007). Desde 2006, de forma crescente, municípios e estados brasileiros têm aderido ao Pacto. Entretanto, Branco (2008) afirma que a implantação e adesão de tal política pelos municípios e estados é um processo complexo, sendo necessário o envolvimento dos gestores, dos técnicos, da população e das instâncias representativas do SUS.

A partir do interesse em conhecer o processo de implementação do Pacto de Gestão em uma realidade municipal, foi realizada uma pesquisa em um município de médio porte da região nordeste do Brasil (SOUZA, 2011) que revelou avanços e recuos neste processo. Entretanto, embora tenha se investigado especificamente o Pacto de Gestão, este estudo revelou aspectos gerais sobre o processo de

organização e gestão do sistema de saúde municipal que dizem respeito, inclusive, a aspectos micro e macro políticos do processo de organização de redes de serviços.

Considerando a recente publicação do Decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei 8080/90 e enfatiza a importância da construção das redes de atenção à saúde, definidas enquanto “conjunto de ações e serviços de saúde articulada em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011), decidimos retomar os achados deste estudo e a análise desenvolvida naquele momento como ponto de partida para uma reflexão sobre as forças internas e externas que condicionam e limitam o processo de gestão na perspectiva da configuração das redes na atenção à saúde no âmbito municipal.

Mas, o que são redes? Breves considerações

As redes são mecanismos estratégicos ou sistemas organizacionais construídos para promover o intercâmbio de informação, experiências e conhecimento capazes de reunir indivíduos de forma democrática e participativa e instituições em torno de objetivos comuns (RITS, 2012). Rede não é ajuntamento de serviços ou organizações, e sim o entrelaçamento de ações e processos de forma democrática, intencional e coesa, com interdependência dos membros de modo que busca potencializar recursos e meios a fim de fazer emergir uma nova capacidade de gestão e administração, fundamentadas em negociação permanente e na construção do consenso (SILVA, 2008).

Araújo (2012) fez um mapeamento do estado da arte das redes de saúde e identificou diversas “concepções e modelagens teórico-metodológicas” com seus respectivos autores, apresentadas em dez categorias das quais destacamos as quatro seguintes: redes de políticas na gestão de sistemas regionalizados em saúde (FLEURY e OUVÉRY, 2007); redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde diante da política do Pacto pela Saúde (SILVA, 2008a; SANTOS;

MAGALHÃES JUNIOR, 2008); redes interfederativas de saúde (SANTOS e ANDRADE, 2007); e redes de serviços de saúde na organização dos sistemas (MENDES, 2010).

O conceito de redes, segundo Fleury e Ouverney (2007), relaciona-se com a integração ou articulação de serviços especializados e/ou de Atenção Básica com os seus departamentos, níveis crescentes de complexidades, bases epidemiológicas, instituições governamentais e/ou de gestão, atores das políticas de saúde, articulação entre referência *versus* contra referência entre serviços, entre outros.

Fleury e Ouverney (2007) destacam que a noção de rede pode ser utilizada tanto para a organização de um conjunto de empresas privadas produtoras de mercadorias ou prestadores de serviços, quanto para a organização do processo de produção de bens e serviços públicos.

A incorporação da proposta de organização de redes integradas de serviço no âmbito do SUS, em tese, se enquadra no segundo caso, ou seja, na busca de maior eficiência na administração pública visando à melhoria do acesso e o aumento da efetividade das ações e serviços, na medida em que se adéquem às necessidades e demandas da população de um determinado território.

Para Silva (2008a, p. 119), as redes de atenção à saúde são consideradas “(uma das) ferramentas estratégicas para a implementação de políticas, e não a política propriamente dita, devendo haver coerência entre as diretrizes utilizadas para sua implementação e as políticas do SUS”.

O sistema de saúde (SUS), na perspectiva de Santos e Andrade (2007), se configura como um conjunto de redes de serviços organizadas de forma regionalizada, envolvendo diferentes entes federativos, o que configura as redes interfederativas, também caracterizada pela necessidade de haver gestão intergovernamental e não apenas relações entre governos. Nesse sentido, é necessário que haja gestão compartilhada entre entes públicos, com planejamento integrado e financiamento tripartite (SANTOS e ANDRADE, 2008).

Deve-se lembrar de que os serviços e o aparato tecnológico e humano que integram a rede de saúde pertencem a entes federativos autônomos, o que Santos e Andrade (2008, p. 41) caracterizam como “interdependência sem fusão”, de modo que as unidades que se irmanam e se totalizam não devem perder a característica política de autonomia.

Estudo de caso: a construção de redes de saúde no âmbito municipal

O estudo foi realizado em um município baiano, com uma população de mais de 500.000 habitantes (IBGE, 2010). Sede de uma Diretoria Regional de Saúde (Dires), este município havia firmado o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) desde 2007. A capacidade instalada de serviços de saúde do município inclui estabelecimentos que pertencem a Secretaria Municipal de Saúde e a instituições filantrópicas e privadas conveniadas com o SUS. Na Atenção Básica, o município conta com mais de 80 equipes de saúde da família lotadas em 76 unidades de saúde da família e mais 15 unidades básicas de saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e atendimento de especialidades médicas, distribuídas na zona urbana e distritos da zona rural, dispõe também de dois hospitais da rede pública estadual, um geral e outro especializado.

Para a produção dos dados, utilizamos a entrevista semiestruturada, a observação e a análise documental. Participaram deste estudo 17 gestores² municipais de saúde, estando inclusos os gestores de sistema e de serviços. Os participantes foram identificados pela letra “E” e um número que correspondeu à ordem de realização das entrevistas (E1, E2, E3... E17), tendo assinado o Termo de Consentimento

2. Matus (1996), em seu livro *Política, Planificação e Governo*, ensina que todos governam em uma organização e para isso distingue os que governam com “G” dos que governam com “g” expressando que há “agentes da organização” que estão em posição de alta direção (“G”), até mesmo de modo formal e funcional, mas há os outros “agentes” que ocupam todos os outros espaços de ação na organização e que governam também (“g”).

Livre e Esclarecido (Parecer nº. 018-09 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia).

O processamento e análise das informações produzidas implicaram na utilização da matriz DOFA³, proposta pela Organização Pan-americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (1994), que consiste numa técnica para análise de viabilidade. Para o preenchimento da matriz, devem ser identificadas as forças internas (fortalezas e debilidades) que operam na instituição analisada e as forças externas (oportunidades e ameaças) que incidem sobre seu funcionamento.

Considerando a utilização da matriz DOFA adotada para o desenvolvimento do estudo tomado como base para discussão, identificamos as forças internas, bem como suas fortalezas (F) e debilidades (D) e, quanto às forças externas, apresentamos as oportunidades (O) e ameaças (A), que condicionam a gestão municipal da saúde e o aperfeiçoamento da rede de saúde.

Enquanto forças internas, identificamos: Interesse e compromisso do gestor municipal (F1); Trabalho em equipe e comprometimento dos profissionais de saúde (F2); Informatização da saúde (F3); Oferta insuficiente de serviços para a garantia do acesso da população (D1); Estrutura da rede de serviços municipal (D2); Dificuldades no processo de Educação Permanente em Saúde e instabilidade (rotatividade) de profissionais de saúde nos serviços (D3); e Regulação do Sistema Municipal de Saúde (D4).

Quanto às forças externas, emergiram das entrevistas: Articulação regional (O1); Parcerias da gestão municipal com instituições de ensino (O2); Financiamento por blocos (O2); A descentralização das responsabilidades *versus* centralização dos recursos financeiros (A1); Imposição do Ministério da Saúde e do Estado (A2); Fragilidades nos fluxos da rede de atenção à saúde (A3); Localização geográfica e extensão territorial (A4); Visão hegemônica do modelo de atenção à saúde (A5); e Perfil e formação profissional (A6).

3. Para saber mais, ver OPS/OMS (1994).

Forças internas: fortalezas e debilidades do processo de gestão da rede de saúde

O processo de gestão, dado a sua complexidade, requer gestores com capacidade técnica e política para governar direcionados ao alcance dos objetivos propostos, tendo em vista os desafios e os obstáculos inerentes a este processo. Nesse sentido, o ato de governar exige a constante articulação de três variáveis assinaladas por Matus (1996), a saber: o projeto de governo, no qual constam os propósitos dos projetos de ação que o ator/gestor propõe-se a realizar; a governabilidade do sistema, que relaciona as variáveis que o ator pode ou não controlar no processo de governo; e a capacidade de governo, que se refere ao conjunto de habilidades, experiências, métodos e técnicas de um ator e de sua equipe de governo.

No contexto da saúde, há que se destacar a necessidade por gestores com capacidade de governo, **interesse e compromisso** para conduzir e executar o “projeto SUS”. Freese de Carvalho, Machado e Cesse (2004) afirmam que, um projeto de governo municipal será considerado um projeto SUS, se incorporar ações comprometidas com o acesso universal e equitativo e se considerar o exercício do controle social. Entretanto, para a execução deste projeto, E11 referiu que a gestão municipal “vai muito da forma de administrar bastante flexível que a administração pública, que o gestor público tem”, sendo essa uma condição “para que se possa está dando um retorno satisfatório e melhor possível para a população”, considerando que o “alvo é a melhoria dos serviços para a população, em todos os sentidos”.

Além da importância da atuação do gestor no processo de gestão do sistema de saúde, **o trabalho em equipe e o comprometimento dos profissionais de saúde** foram identificados como uma fortaleza que condiciona a gestão. Nesse sentido, consideramos que o trabalho em equipe deve ser direcionado à mudança de práticas de saúde a partir da integração das ações e dos trabalhadores de modo a assegurar assistência e cuidado que respondam às necessidades de

saúde dos usuários no sentido da consolidação do SUS. Na realidade investigada, E8 destacou como facilidade para o processo de gestão municipal da saúde “a questão da interação com todo grupo, com as outras diretorias, com as coordenações”, somado ao “comprometimento da equipe”, pois é dessa forma, acredita a entrevistada, “que o SUS caminha e melhora” (E3).

A ênfase no trabalho em equipe de saúde está relacionada aos novos modelos de gestão (PEDUZZI, 2012), sendo necessário repensar o processo de trabalho e o objetivo que se pretende, desafio este ampliado quando se trata da constituição de redes de saúde, visto que os diversos pontos da rede se distribuem em diversos espaços de saúde. Os espaços institucionalizados de gestão como a secretaria de saúde, as diretorias e coordenações devem estar articuladas com os pontos de operacionalização do cuidado e da intervenção em saúde propriamente dita, requerendo dos sujeitos envolvidos o compartilhamento, a cooperação, o compromisso e a comunicação. Entretanto, Peduzzi (2012) acrescenta que para a constituição de uma equipe integrada, é preciso que cada trabalhador de forma compartilhada, faça um investimento, no sentido da articulação das ações, em que se deve reconhecer e colocar em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Muitas são as responsabilidades e ações que os gestores e técnicos assumem para a execução e operacionalização dos serviços e do sistema de saúde. Dentre elas, a produção de informações necessárias para o planejamento das ações e acompanhamento do impacto das ações prestadas. Segundo Branco (2001), a atuação do gestor municipal tem que estar apoiada e subsidiada por informações que revelem a efetivação da política e do modelo de atenção adotados.

A produção e gestão da informação, inerentes a todas as esferas de governo, foram apontadas por alguns entrevistados como uma das prioridades da gestão municipal da saúde, no sentido de modernizar através da **informatização da saúde** e utilização de um

sistema próprio, que a priori foi instalado em algumas unidades e quando “os *layouts* do sistema do Ministério forem disponibilizados, a partir daí, o sistema (implantado pelo município) pode estar se integrando para tentar adaptar todos os sistemas [...]” (E9). Portanto, o investimento em informatização, segundo Branco (2004, p. 87) permitirá ao gestor “contar com análises adequadas da informação gerada no próprio município, com ganhos inequívocos, além de subsídios para a gestão de recursos financeiros e humanos e gestão e avaliação de ações e serviços”.

Dentre as debilidades que condicionam o processo de gestão municipal, a **oferta insuficiente de serviços para a garantia do acesso da população** foi citada por quase todos os entrevistados. A discussão sobre acesso e oferta envolve o “cardápio de serviços” oferecidos e sua consonância com a cesta de necessidades de saúde da população as quais precisam ser atendidas (MERHY e ONOCKO, 2006).

Segundo Costa e Salazar (2007, p. 488), o Sistema Único de Saúde é um sistema de referência, “com atuação em âmbito nacional, composto de uma rede de provedores públicos e privados, descentralizado, regionalizado, hierarquizado, variando de acordo com o grau de complexidade dos serviços prestados à população”. Considerando que a estruturação do SUS tem como um de seus pilares a organização em rede (SANTOS e ANDRADE, 2007), faz-se indispensável considerar como componentes dessa rede, dentre outros, os “serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas e com distintas características, adequadamente articulados e integrados harmonicamente numa condição ótima de custo/benefício e oferta/necessidade” (SILVA e MAGALHÃES JUNIOR, 2008, p. 81).

Embora a ampliação do acesso aos serviços seja um dos os principais resultados favoráveis da municipalização (SILVA, 2011), o SUS enfrenta uma das mais difíceis situações que é a demanda reprimida da média complexidade hospitalar (SILVA, 2008b), justificada pelo entrevistado E1 “pelo fato de só termos um hospital geral que atende a toda microrregião”. Sobre a oferta insuficiente de serviços especializados, uma das entrevistadas apontou como uma das

maiores dificuldades é “a questão de contratação de especialista para a rede própria, é difícil você encontrar algumas especialidades, então temos uma grande dificuldade para poder melhorar nossa rede, então a gente fica com a demanda reprimida desses exames para está ofertando” (E8).

Outra entrevistada acrescenta que, o problema da oferta insuficiente é que “na média complexidade não tem onde comprar, o governo municipal não consegue” e aponta como uma estratégia de enfrentamento para este problema, o consórcio intermunicipal: “ou vai para o consórcio, consorciando com vários municípios, para poder bancar os serviços”, ou “sozinho assim ele não pode assumir a responsabilidade [...], é muito complicado” (E14).

A Lei 8080/90, em seu artigo 10, propõe os consórcios intermunicipais de saúde com vistas à solução de problemas microrregionais. De acordo com Lima (2000), o consórcio, no âmbito das relações intermunicipais, é extremamente importante para o estudo, o acompanhamento, o diagnóstico das soluções que envolvem municípios vizinhos com problemas que se identificam numa ordem cada vez mais crescente e que podem ter a melhora/solução vinculada a acordos administrativos. Em muitas regiões do país, o consórcio intermunicipal de saúde tem se apresentado, como o instrumento de cooperação mais utilizado para a implementação do processo de municipalização da saúde (MARQUES e MENDES, 2002). Embora, seja fato que a prática dos consórcios traz benefícios à gestão da saúde, outras estratégias de cooperação podem ser utilizadas pelos gestores, haja vista que a cooperação como um todo possibilita “a formação de laços colaborativos, com vistas à qualidade da saúde”.

A insuficiência da oferta de serviços de saúde também está associada aos problemas da **estrutura da rede de serviços municipal**. Na realidade investigada, E10 referiu como os maiores problemas “a questão da estrutura, do número de unidades móveis, profissionais muito desqualificados, a rede de serviços e a questão da comunicação” e acrescentou que “infelizmente, a rede de serviços, de um modo geral no país, ainda passa por um processo difícil de

reestruturação e de reorganização, [...] enfim, uma série de questões que precisa para melhorar a estrutura da rede de serviços” (E10).

Para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde, é preciso pensar na estrutura dos serviços que constituem os pontos da rede, na qualidade da assistência prestada e no modelo de atenção à saúde. Gattinara et al. (1995) sinalizam vários fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde, dentre eles, a competência profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação). Portanto, a disponibilidade de serviços bem como a qualificação profissional se reflete na satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, custo, tempo) que buscam ter suas necessidades atendidas.

Assim, mudanças conjunturais para o avanço das redes de atenção à saúde e para a consolidação de nova institucionalidade jurídica no SUS se fazem necessárias, visto que poderão favorecer a gestão intergovernamental, as mudanças no volume e formas de alocação dos recursos financeiros, a redefinição dos tetos com “percapitalização de média complexidade” e a formação e capacitação de gestores e técnicos para a gestão em rede (SILVA, 2008b).

Em destaque à formação e capacitação de gestores e técnicos para o SUS, foram apontadas pelos entrevistados como debilidades para a gestão municipal da saúde as **dificuldades no processo de Educação Permanente em Saúde e instabilidade (rotatividade) de profissionais de saúde nos serviços**.

Rodrigues et al. (2010) exemplifica as dificuldades para o processo de formação e capacitação dos trabalhadores, tais como a falta de tempo para participar de cursos ofertados, o que segundo E4, pode está vinculado a “não valorização por parte de algumas pessoas (profissionais) sobre a importância da educação permanente”; a falta de estrutura física para acomodar os trabalhadores; e a falta de verbas para a capacitação, além da burocracia do sistema.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), os processos de formação e capacitação profissional devem ter um olhar voltado para a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.

Sendo, portanto, necessário adotar metodologias e métodos que possam influenciar na formação deste profissional e adotar a ideia de que “a educação deve ser feita no e para o trabalho”. Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que visa articular a gestão, atenção e participação popular com a formação profissional bem como o desenvolvimento científico e tecnológico, por meio de qualificação das práticas de educação em saúde (BRASIL, 2004).

No espaço micro das redes, Silva e Magalhães Júnior (2008) chamam atenção para a necessidade do estabelecimento de vínculos estáveis e duradouros com os usuários, no sentido de assegurar a longitudinalidade do cuidado. Neste sentido, ganha destaque a discussão sobre a permanência dos trabalhadores de saúde, o que segundo Rodrigues et al. (2010) a falta de garantias trabalhistas prejudica o vínculo do profissional com o serviço e, conseqüentemente, o atendimento à população, o que leva a “uma rotatividade grande e acaba que as pessoas que foram capacitadas já não estão mais e isso acaba fragilizando a rede por conta da falta de qualificação [...]” (E10). No entanto, para a efetivação do trabalho em rede, Silva (2008b) apresenta algumas propostas como a criação de sistemas de incentivo financeiro, individual ou para a equipe, como modo para ampliar a motivação dos profissionais para atingir os resultados esperados.

Santos et al. (2010, p. 66) consideram que, o trabalho em saúde é exaustivo e pode contribuir para a alienação dos trabalhadores, caso não haja estímulo permanente para o aprendizado destes no cotidiano. Nesse sentido, destaca o programa saúde da família, com a necessidade de 40 horas de trabalho semanal, como um “território de negação da aprendizagem, da intolerância, da dependência da tecnologia” e da insatisfação dos trabalhadores gerada pela formação desarticulada com os princípios do SUS, pela “ordem mercadológica” que direciona o interesse pelo trabalho e pelo perfil ético-político de cada profissional ou pela falta de estratégia de estímulo à educação no trabalho.

Outra debilidade apontada pelos entrevistados foi à **regulação do sistema municipal de saúde**, visto que, segundo E10, o município não dispõe de um bom sistema de regulação e que “se a gente tivesse uma ferramenta na sala de regulação de urgência, boa, qualificada, ou se o Ministério ou o Estado bancasse isso, a gente regulava até o país inteiro. Mas a gente não pode brincar de fazer regulação de urgência” (E10).

Segundo Silva (2008c), as responsabilidades com a saúde devem ser compartilhadas entre os municípios e o estado, neste sentido, o exercício de tais responsabilidades na lógica das redes se configura como um principal desafio para a regulação e qualificação da atenção básica que seja resolutiva e onde seja possível organizar a atenção à saúde no território. Ademais, destaca a necessidade do diálogo permanente entre as instâncias de gestão e de regulação a fim de estabelecer metas coerentes nos contratos e convênios, e afirma que o desenvolvimento da educação permanente em saúde com foco na rotina de trabalho e com o envolvimento dos sujeitos é fundamental para a implantação de novos protocolos.

Discutir o processo de regulação, dentro das redes de atenção, remete a reflexão sobre o equívoco quanto à responsabilidade de regular. O ato da regulação, segundo Silva, Souto Junior e Brêtas Junior (2008), normalmente é responsabilidade da administração e da gestão, visto que “a central de regulação não é para atender os pacientes é para regular os procedimentos” (E16), assim, os equívocos precisam ser corrigidos, visto a dicotomia que persiste entre o cuidado clínico e a gestão da atenção à saúde, sendo necessária a compreensão crítica dos processos de trabalho na ponta do sistema.

Silva e Magalhães Junior (2008) apontam como componentes indispensáveis em uma rede de atenção à saúde a logística para identificar e orientar os usuários nas “malhas da rede”, os sistemas de regulação, com normas e protocolos, definição das competências e responsabilidades e a coordenação dos processos de decisão e planejamento. Assim, o sistema de regulação da rede diz respeito à autorização para realização de ações de saúde previstas, sendo necessário

realizar o cadastramento de todos os componentes da rede, definir os protocolos assistenciais e de regulação e avaliar as ações e corrigir distorções.

Forças externas: oportunidades e ameaças para o aperfeiçoamento da rede de saúde

Desde 2001, com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 2001), o princípio organizativo da regionalização vem ganhando evidência e preenchendo as pautas de discussão a cerca da operacionalização do SUS. Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde em sua dimensão do Pacto de Gestão, a regionalização é definida como eixo estruturante a partir do qual serão delineadas e ordenadas as ações para cumprimento dos gestores estaduais e municipais. Entretanto, para o efetivo cumprimento do pacto, faz-se necessária a valorização e institucionalização do espaço regional (BRASIL, 2008). Neste sentido, em 2011, o Ministério da Saúde publica o decreto 7508 que institui as regiões de saúde enquanto espaços geográficos contínuos constituídos por grupos de municípios, delimitados pela identidade cultural, econômica e social e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Portanto, tais regiões integram as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, as quais são definidas enquanto “estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos” (BRASIL, 2008, p. 54).

A **articulação regional** foi referida, pelos entrevistados, como uma oportunidade para o aperfeiçoamento da rede de saúde. Inclusive, E6 destacou como aspecto positivo deste processo de regionalização que a “interrelação e integração entre o município e a

microrregião, quase trinta municípios [...] é muito boa” e acrescentou que “o colegiado não funciona sem essa parceria”.

Na concepção de Silva (2008b), o Colegiado de Gestão Regional (CGR) é o ator principal para a organização da rede de atenção regional, sendo necessária, para isso, a análise da situação de saúde e da rede existente na região, o desenho da rede mais adequada para a realidade regional, a identificação dos problemas e análise dos cenários e a elaboração do plano de ação para o aperfeiçoamento da rede regional. Portanto, o colegiado se configura como espaço de decisão e construção coletiva visto que é nele que deve ser elaborado o plano de ação regional.

Entretanto, alguns desafios são apontados para o fortalecimento da gestão regional, como a melhoria da relação entre gestores públicos de saúde a fim de ampliar a governabilidade da rede de atenção e a articulação e cooperação entre atores e instituições do setor público e privado para atingir os objetivos propostos e consolidar a governança na rede. Silva (2008b) ainda admite que, não há avanços nas questões referentes às regiões interestaduais e que falta pactuação tripartite com vistas à construção das redes de atenção à saúde.

Outra oportunidade referida pelos entrevistados foi o estabelecimento de **parcerias da gestão municipal com instituições de ensino**, confirmada pelo depoimento de E4: “Nós temos convênios com escola de nível médio, com as escolas técnicas, com as escolas de nível superior, as faculdades particulares e temos convênios com a universidade pública”.

As instituições formadoras vêm sendo pautadas para desenvolverem mudanças no processo de formação, visto as novas modalidades de organização do mundo do trabalho que exigem novos perfis profissionais, pautados na interdisciplinaridade e transdisciplinaridade para a produção do conhecimento (ASSIS et al., 2010b). Portanto, o apoio e as parcerias instituídas entre o governo municipal e as instituições de ensino são vistas como facilitadoras no processo de gestão.

Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem que a articulação entre os sistemas de saúde e as instituições formadoras é uma estratégia para enfrentamento da carência de profissionais com perfil e habilidade para trabalhar a proposta de implantação efetiva do SUS. Além disso, afirmam que o quadrilátero da formação, ensino, gestão, atenção e controle social, tendo a integralidade da atenção como “princípio norteador da formação dos recursos humanos para a área da saúde”, deve ser o eixo ordenador dos processos de formação.

Ceccim (2005) também aponta ações que permitiriam constituir o SUS como uma “rede-escola”, sendo necessário, para isso, descentralizar e disseminar capacidade pedagógica dentro do setor, como por exemplo, entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde.

Outra oportunidade citada pelos gestores foi o **financiamento por blocos** de transferência, em substituição às várias caixinhas de financiamento para a saúde. Silva (2008b) considera positiva a flexibilidade de utilização dos recursos dentro dos blocos de transferência e os ganhos obtidos com a alocação de recursos para regulação, planejamento e controle social, entretanto, afirma que ainda não foi pactuada uma política nacional de regulação e a maioria dos estados não tem identificado o financiamento solidário tripartite.

Corroborando com Silva (2008b), E15 afirmou que a transferência por blocos de financiamento “ficou bem melhor”, entretanto, ressaltou limitações deste formato, na seguinte afirmação: “Só que o bloco de Vigilância à Saúde que é um bloco que tem a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica, eu acho que a Vigilância Epidemiológica deveria ter mais recurso, porque ela trata com doenças endêmicas”.

Para Silva, Souto Junior e Brêtas Junior (2008), o modelo de financiamento ainda não é apropriado à criação das redes, não apenas pela insuficiência dos recursos financeiros, mas também pela forma de alocação e autonomia para uso destes. Além disso, nesse formato há “impossibilidade de custear ações planejadas em conjunto,

programadas por metas sanitárias e pactuadas solidariamente, tendo a atenção básica como protagonista na organização dos eventos hierarquizados” (CARVALHO e MEDEIROS, 2008, p. 146). Além do que, não existe a possibilidade de conformação das redes sem a participação dos gestores no processo decisório e nas deliberações colegiadas.

Para o financiamento das redes, Carvalho e Medeiros (2008, p. 142) recomendam a necessidade de um per capita agregador das ações de atenção básica e de média complexidade, como forma de empoderar a atenção básica para a condução e orientação da organização dos serviços do sistema de saúde, “pautando os serviços de média complexidade, com a responsabilidade de planejar sua necessidade com vistas à contratação dos serviços”.

A questão do financiamento também apareceu como uma ameaça ao aperfeiçoamento da rede de saúde, sendo identificada pela **descentralização das responsabilidades versus centralização dos recursos financeiros**. O processo de descentralização trouxe para os municípios novas atribuições e responsabilidades para condução da coisa pública, exigindo destes um novo modo de organização pública capaz de operar tecnologias de gestão, cabendo ao gestor criar condições favoráveis e alianças para gerar mudanças desejadas. Entretanto, a descentralização política alicerçada na transferência de recursos se traduz em algo a ser desvelado e se constitui como obstáculo a ser enfrentado para a garantia da maior governabilidade do sistema com garantia do acesso universal, integralidade e equidade (ARAÚJO, MACHADO e FREESE de MACHADO, 2004).

Em realidade, a lógica de repasse de recursos financeiros se caracteriza pela “coerção implícita (ou pouco explícita)”, incentivando os municípios a adotarem os programas (pacotes) focalizados, perdendo o foco universal do SUS. Portanto, o modelo de financiamento implantado depende fortalece a posição vertical ocupada pela União e vincula o repasse dos recursos à implantação de programas. Tal lógica destaca “a centralização dos mecanismos de controle e a defasagem nos valores de procedimentos o que tem provocado à redução da oferta e o represamento de demandas”

(ARAÚJO, MACHADO e FREESE de MACHADO, 2004, p. 324), realidade apresentada no depoimento de E14, quando afirma que “há não sei quantos anos, desde 2007 quando houve unificação da tabela, não aumenta os valores, então a gente não consegue [...], então os procedimentos não são convidativos e a gente não consegue ser autossuficiente, porque também há uma escassez”. E acrescenta sua opinião sobre a descentralização, afirmando que “foi interessante, mas transferiu muita responsabilidade para o município que não tem de onde tirar”.

Ademais, os incentivos transferidos por produção causam pouco impacto na qualidade da atenção e no acesso, além do que, restringe a autonomia do gestor municipal, e no caso do pagamento de procedimentos de média e alta complexidade, reforça a lógica de “atenção à doença” (ARAÚJO, MACHADO e FREESE DE CARVALHO, 2004, p. 313).

Para além da questão do financiamento, a **imposição do Ministério da Saúde e do Estado** sobressai nos depoimentos como ameaça ao processo de gestão municipal e aperfeiçoamento da rede de saúde. De fato, quando E14 afirma que as responsabilidades atribuídas pelas esferas federal e estadual aos municípios aumentaram sem igual aumento na contrapartida financeira, aquela destaca como consequência a responsabilidade crescente pela garantia do atendimento, o que significa “pelo menos mil pacientes novos por ano, além daqueles que estão”.

Portanto, a gestão do SUS vive atualmente tensões decorrentes das características da descentralização político-administrativa que pressupunha a obtenção da autonomia municipal frente às outras esferas de governo, conferindo ao município, segundo a Constituição de 1988, plenos poderes político, administrativo, legislativo e tributário. Esta prerrogativa, de cunho federalista, resultou inicialmente, segundo Araújo, Machado e Freese de Carvalho (2004), no isolamento dos municípios e diante das limitações evidenciadas e da natureza de alguns problemas foi exigida como uma solução a “gestão intermunicipal da saúde”.

Assim, diante da afirmação de E10 que “o município não teve a opção de regular a micro vizinha, houve de certa forma imposição pelas esferas federal e estadual”, é fato que além do conflito gerado com a esfera estadual os municípios têm sua decisão limitada pela esfera federal, dado que esta determina o quantitativo de recursos disponíveis para o desenvolvimento das ações municipais em saúde. Além disso, apesar do princípio da descentralização que deve reger a operacionalização dos serviços no SUS, grande parte das transferências dos recursos financeiros estão condicionadas à implantação, implementação ou ampliação de programas específicos e ações, o que significa a centralização do poder sobre os recursos financeiros e a determinação de políticas e programas de saúde, ambos pela esfera federal (SOUZA, 2007).

De acordo com Silva (2008, p. 16), as redes de atenção à saúde ainda “são desarmônicas sob o ponto de vista sistêmico”, de modo que apresentam dentre as suas principais dificuldades o financiamento público insuficiente, além de outros inerentes à descentralização, como a estruturação e a gestão do trabalho em saúde e o pacto federativo caracterizado pelas relações intergovernamentais que mediam as decisões sobre as políticas de saúde.

Ainda, segundo Silva (2008), o desenho das redes ideais deve ser norteado pelas seguintes diretrizes: solidariedade na expansão e qualificação da Atenção Básica para todos os respectivos territórios; ampliação do escopo da Atenção Básica e negociação entre os municípios visando implantar serviços e especialidades; rede hospitalar com capacidade física instalada e resolutividade; instrumentos e ferramentas de suporte logístico para permitir a identificação do usuário e compartilhamento das ações e aperfeiçoamento das redes, além da articulação entre as redes coerente com o plano diretor de regionalização do estado.

A realidade investigada, que não se configura como exceção da regra, ao contrário, se caracteriza pelas **fragilidades nos fluxos da rede de atenção à saúde**, apontadas no depoimento de E10, ao afirmar que “muitas vezes a gente encontra o SAMU, chega encontra a

porta aberta, porém não tem uma estrutura para receber e para acolher aquela urgência, às vezes você dá um atendimento qualificado que nem de primeiro mundo, quando você chega à unidade hospitalar você encontra uma realidade muito difícil”.

Segundo Assis et al. (2010a, p. 101), “a análise do acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada”, assumindo, portanto, um “caráter regulador sobre o sistema de saúde, ao definir os fluxos, o funcionamento, a capacidade e a necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário”. Nesse sentido, há que se colocar em discussão o posicionamento da Atenção Básica no fluxo da rede, visto que a Política Nacional de Atenção Básica a coloca como ordenadora do fluxo, o que significa que os gestores municipais devem direcionar esforços para a garantia do acesso da população e qualidade desses serviços.

No entanto, em muitos municípios brasileiros, nem sempre o usuário tem seu tratamento garantido, o que gera a necessidade de retorno às unidades com o fim de agendamento e continuidade do atendimento, essa baixa resolutividade cria um “ciclo vicioso” o que acaba por gerar a permanência do usuário muito tempo no serviço (SANTOS e ASSIS, 2006).

A consolidação das redes de atenção também pode ser uma oportunidade para aperfeiçoar a contratualização hospitalar, em virtude da definição mais precisa da responsabilidade hospitalar na rede regional, pela possibilidade de pactuação de metas que promovam adequação progressiva às redes, pela possibilidade de negociação para superar, por exemplo, a oferta insuficiente de ações e serviços assistenciais, pela superação de algumas distorções na tabela de remuneração, com vistas à ampliação da oferta, pela redução do “paralelismo” e competitividade entre os hospitais e pela indução às mudanças organizacionais internas (SILVA, 2008b).

Um dos principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são os espaços territoriais e populações com necessidades por serviços de saúde (SILVA, 2011). Nesse sentido,

ganha a discussão a **localização geográfica e a extensão territorial** como ameaça ao aperfeiçoamento da rede de saúde.

A questão territorial merece discussão, visto na perspectiva de rede, a proximidade territorial e a interdependência econômica (FACHINELLI, MARCON e MOINET, 2012). As redes “têm sido vistas como a solução adequada para administrar políticas e projetos onde os recursos são escassos, os problemas são complexos, existem múltiplos atores envolvidos, interagem agentes públicos e privados, centrais e locais, há uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã” (FLEURY e OUVÉNEY, 2007, p. 50).

Desse modo, os fluxos de relações entre os municípios se constroem com base no planejamento compartilhado. Assim, os processos de territorialização e de planejamento são cruciais para definir o grau de interdependência municipal do contexto da regionalização dos serviços e espaço de construção das práticas de saúde (FLEURY e OUVÉNEY, 2007).

Portanto, para o aperfeiçoamento das redes de atenção faz-se necessário incorporar o conceito de território como espaço de interação entre sujeitos sociais onde devem ser criados mecanismos de responsabilização entre profissionais e usuários e onde o gerenciamento e gestão das ações devem ocorrer de forma cooperada. Portanto, a lógica do território deve ser analisada em seus diferentes aspectos: na configuração do modelo de saúde, nas normas que orientam o acesso e fluxo dos usuários e nos mecanismos de regulação e decisão (SILVA e MAGALHÃES JUNIOR, 2008).

A **visão hegemônica do modelo de atenção à saúde** representa uma ameaça para o aperfeiçoamento da rede de saúde visto que a “falta de conhecimento de algumas pessoas do que é o Sistema Único de Saúde, assim no sentido das pessoas de fora da secretaria e da própria secretaria” tem se caracterizado também como situações que “dificultam um pouco a gestão” (E1). A tradição centralizadora e verticalizante também deixaram profundas raízes na cultura institucional do sistema de saúde brasileiro, expressando-se, na permanência de programas ministeriais, centralizados com administração

única e vertical com normas e pressupostos definidos (MERHY, MALTA e SANTOS, 2004, p. 70). Além disso, o modelo de atenção à saúde ainda hegemônico no país é o modelo curativo, médico e hospitalocêntrico, justificado por E1 “porque temos uma política nacional que fortalece mais ainda a imagem do médico”. O modelo centrado em procedimentos médicos, ainda hegemônico e atual, é um arranjo que pode gerar resultados positivos de cura e proteção, mas apresenta pouca eficácia e efetividade, sendo também bastante ineficiente.

Alguns dos gestores entrevistados trouxeram a visão hegemônica do modelo que valoriza o hospital e as ações de média e alta complexidade gerando maior necessidade de obtenção de equipamentos e alto custo. Essa cultura, segundo Freese de Carvalho, Machado e Cesse (2004, p. 243), “é decorrente da herança das políticas privatizantes que favorecem as indústrias de equipamentos e de medicamentos, na sua quase totalidade de capital internacional e de prestação de serviços por grupos privados que auferem alta lucratividade, muitas vezes com internações e procedimentos desnecessários”. Os gestores apresentaram visão similar aos gestores da saúde dos onze municípios do estado do Pernambuco de que a população vê o hospital como o local que tem capacidade de resolver os principais problemas de saúde, sendo também um agravante a formação dos profissionais que perpetua este modelo médico-centrado e hospitalocêntrico (FREESE DE CARVALHO, MACHADO e CESSE, 2004).

Portanto, o modelo de atenção à saúde hegemônico no Brasil é sustentado pelo **perfil e formação profissional**, o que ameaça o aperfeiçoamento da rede de saúde, visto que os cursos de graduação ainda se limitam à formação profissional fragmentada, tendencialmente especializada, carente de uma visão integral da problemática de saúde e das propostas de reorganização do modelo de atenção. É o que confirma E10: “Não existe uma estrutura e até a própria formação dos profissionais, nós profissionais da saúde, nós fomos formados pra atender o indivíduo e não a situação, então a gente tem que não atender apenas o indivíduo, mas atender a situação em que ele está envolvido”.

Segundo Assis et al. (2010b), apesar das novas modalidades de organização do mundo do trabalho que exige novos perfis profissionais, os cursos de graduação da área da saúde ainda reproduzem uma formação fragmentada e focada na organização curricular disciplinar centrada em especialidades com valorização do saber técnico e ênfase no hospital. Este modelo flexneriano de formação profissional tem se constituído em um dos maiores entraves para qualificação e vinculação do sistema.

Para a mudança no processo de formação dos profissionais de saúde é necessário a adequação dos desenhos curriculares que teriam como foco metodologias ativas de ensino e abordagem multidisciplinar (CHIESA et al., 2007). A educação permanente em saúde constitui-se em uma estratégia de adequação dos profissionais de saúde, pois parte da reflexão de dentro do serviço e voltado para a mudança no processo de trabalho e melhoria da qualidade dos serviços (RIBEIRO e MOTA, 1996). Deste modo, o complemento na formação profissional deve ter por objetivos o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, visando avançar na integralidade da atenção e no trabalho em rede (SILVA, 2008b).

Últimas considerações

O processo de gestão em saúde caracteriza-se pela sua complexidade e pelas peculiaridades inerentes às instâncias federativas. No âmbito municipal, os achados revelaram as forças internas e externas que condicionam a gestão e que permitem fazer reflexões sobre as facilidades e dificuldades para o aperfeiçoamento da rede de saúde.

A informatização da saúde, o trabalho em equipe, as parcerias com instituições formadoras e a articulação regional revelaram-se positivas para a gestão e para o aperfeiçoamento da rede de saúde. Entretanto, a oferta insuficiente de ações e serviços, a falta de estrutura e de recursos, o perfil profissional e a centralização de recursos e imposição do Ministério e estado são fatores que limitam e fragilizam a constituição da rede como proposta de efetivação do SUS. Tais

achados correspondem à realidade de muitos municípios brasileiros, não desconsiderando as particularidades decorrentes da ação/atuação dos gestores, equipe, técnicos e sociedade civil.

Para a gestão municipal da saúde na direção do aperfeiçoamento da rede, cabe a articulação do financiamento compartilhado, a qualificação profissional, o investimento na estrutura da rede e o planejamento e ampliação da oferta, exigindo-se, para tanto, a compreensão plena da lógica de rede e o compromisso com as estratégias de mudança da gestão e organização do SUS, com vistas à integralidade, qualidade, humanização e efetividade da atenção à saúde da população.

Referências

ARAÚJO, I. B. Integralidade das práticas na atenção à saúde de média e alta complexidade em um hospital público de Feira de Santana. In: ARAÚJO, I. B. **Redes na micropolítica do trabalho em saúde: (Des) construção das Práticas do Programa Saúde da Família**. 154f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - Ba, 2012 (Mimeo).

ARAÚJO, E. F.; MACHADO, H. O. P.; FREESE DE CARVALHO, E. Gestão intermunicipal da Saúde: modalidade e tendências de conformação. In: FREESE, E. (org.). **Municípios: a gestão da Mudança em Saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004, cap. 7, p. 143-174.

ASSIS, M. M. A. et al. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: ASSIS, M. M. A. et al. (orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010a. Cap. 5, p. 101-111.

ASSIS, M. M. A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. et al. (orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010b. Cap. 1, p. 13-38.

BRANCO, M. A. F. Informação em Saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, p. 163-169, 2001.

_____. Uso de informação em saúde na gestão municipal: para além da norma. In: FREESE, E. (org.). **Municípios: a gestão da Mudança em Saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004, cap. 3, p. 77-89.

BRANCO, M. A. F. Dos Pactos Políticos à política dos Pactos na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 0257/2008. Disponível em: www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos, acesso em: 21 dez. 2008.

BRASIL. **Constituição Federal**, de 5 de outubro de 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: MS, v. 1, 2006.

_____. **Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agendas tripartites para discussão e proposta de metodologia para implementação**. Versão para debate, nov., 2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 335**. Aprova a política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de pólos de educação permanente em saúde. Brasília: 2003.

CARVALHO, G.; MEDEIROS, J. Redes de atenção à saúde no SUS: financiamento e alocações. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas (SP): IDISA, CONASEMS, 2008, parte III. 3, p. 137-148.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005, p. 975-986.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41-65, jun. 2004.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enf.**, Curitiba, v. 12, n. 2, abr./jun., 2007, p. 236-240.

COSTA, A. M.; PEDROSA, J. I.; DARON, V. Dialogando sobre o Pacto pela Saúde. In: BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Curso de Qualificação para a Gestão Regionalizada do SUS-BA**. Módulo III. Guia de orientações aos Educandos (as). Salvador, 2009, p. 64-100.

COSTA, M. B. S.; SALAZAR, P. E. L. Gestão das mudanças no sistema de Saúde Pública. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2007, out/dez; 15(4), p. 487-94.

FACHINELLI, A. C.; MARCON, C.; MOINET, N. A prática da gestão de redes: uma necessidade estratégica da sociedade da informação. In: ARAÚJO, I. B. **Redes na micropolítica do trabalho em saúde**: (Des) construção das Práticas do Programa Saúde da Família. 154f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - Ba, 2012 (Mimeo).

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. **Gestão de Redes**. A estratégia de Regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FREESE DE CARVALHO, E.; MACHADO, H. O. P.; CESSÉ, E. A. P. Fatores limitantes e facilitadores de mudança nas organizações de saúde do SUS: dialogando com novos e velhos problemas. In: FREESE, E. (org.). **Municípios**: a gestão da Mudança em Saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004, cap. 10, p. 233-259.

GATTINARA, B. C., et al. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cadernos de Saúde Pública**, 11, 1995, p. 425-438.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**. 2010. **Cidades @**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

LIMA, A. P. G. de. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, 2000, p. 985-996.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, V.18 (suplemento), 2002, p. 163-171.

MATUS, C. **Estratégias políticas**. Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. Trad. Giselda Barroso. São Paulo: Fundap, 1996.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.5, 2010, p. 2297-2305.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência da transformadora da gestão. In: FREESE, E. (org.). **Municípios**: a gestão da Mudança em Saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004, cap. 2, p. 45-76.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OPS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. La administración estratégica. **Anexos**: Mapas políticos, Red de eslabonamiento estratégico, MAAn, DOFA e Diagrama de causa e efeito. Washington, EUA: OPS/OMS, 1994, p. 101-137.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho.** Disponível em: <http://www.ucs.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos>, acesso em: 18 jul. 2012, 11 p.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Revista Divulgação.** Curitiba, n. 12, p. 39-44, jul. 1996.

RITS. O que são Redes? In: ARAÚJO, I. B. **Redes na micropolítica do trabalho em saúde: (Des) construção das Práticas do Programa Saúde da Família.** 154f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - Ba, 2012 (Mimeo).

RODRIGUES, A. A. A. O. et al. Formação e capacitação profissional no Programa Saúde da Família de um município da região sudoeste da Bahia. In: ASSIS, M. M. A. et al. (orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários.** Salvador: EDUFBA, 2010. Cap. 7, p. 127-143.

SANTOS, A. M. et al. Linhas do Cuidado e responsabilização no PSF de um município da região sudoeste da Bahia: um olhar analisador. In: ASSIS, M. M. A. et al. (orgs.). **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários.** Salvador: EDUFBA, 2010, cap. 3, p. 59 a 82.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (dês) construindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoínhas - BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006, p. 53-61.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas (SP): IDISA, CONASEMS, 2008, parte I.3, p. 35-65.

_____. **SUS: espaço de gestão inovadora e dos consensos interfederativos.** Campinas/SP: IDISA/CONASEMS, 2007.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas (SP): IDISA, CONASEMS, 2008, parte II.1, p. 69-86.

SILVA, S. F. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas (SP): IDISA, CONASEMS, 2008a, parte III.2, p. 117-136.

_____. Organização de Redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 6, 2011, p. 2753-2762.

_____. Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas, São Paulo: IDISA, CONASEMS, 2008b, p. 151-201.

_____. Redes de atenção à saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas (SP): IDISA, CONASEMS, 2008c, parte II.2, p. 87-100.

SILVA, S. F.; SOUTO JUNIOR, J. V.; BRÊTAS JUNIOR, N. O Pacto pela Saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. In: SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas (SP): IDISA, CONASEMS, 2008, parte III.1, p. 103-116.

SOUZA, M. K. B. **Gestão do SUS municipal no contexto da descentralização:** perspectiva de enfermeiras. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Ba, 2007.

SOUZA, M. K. B. **A Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito municipal:** perspectiva de enfermeiras. 270f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Ba, 2011.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (4), p. 893-902, 2007.

Capítulo 2

A família na rede de cuidados: o fluxo de apoio social entre famílias de baixa renda e profissionais de saúde da família

Jeane Saskya Campos Tavares
Jamille Maria de Araujo Figueiredo
Cíntia Figueiredo Amaral
Jaqueline Pacheco dos Santos Araújo

No último século, transformações nos âmbitos econômico, social e cultural têm influenciado a estrutura e a dinâmica dos grupos familiares, modificando a sua maneira clássica de organização. Considerando-se as novas formas de constituição, passou-se a utilizar o termo “famílias” para abarcar as distintas relações que coexistem nas sociedades, sobretudo ocidentais e urbanas (GOMES; PEREIRA, 2005).

No entanto, independente da terminologia utilizada para sua compreensão, a família é historicamente indicada como agente responsável pela mediação entre esfera privada e pública, entre natureza e cultura, bem como responsável pelas trocas simbólicas entre gerações e gêneros (SERAPIONI, 2005). Na discussão ora apresentada, a família é compreendida para além de um grupo de indivíduos que residem na mesma unidade domiciliar e/ou que se vinculam a partir de laços de consanguinidade. Entendemos família como grupo de pessoas vinculadas por relações consideradas significativas para estas, compondo, assim, uma rede social que, dentre outros aspectos, se ocupa dos cuidados com a saúde dos seus membros (TAVARES, 2009).

De modo geral, a família é responsável pela provisão de condições para a sobrevivência dos seus membros, oferecendo subsídios materiais, informativos e afetivos necessários para o desenvolvimento

e a promoção do bem-estar dos mesmos, assim como pela transmissão dos valores e características culturais que perpassam as gerações (CARVALHO; ALMEIDA, 2003; GOMES; PEREIRA, 2005; TAVARES, 2009). Especificamente, em relação aos cuidados com a saúde, resalta-se que, em situações de adoecimento, grande parte do cuidado é desenvolvida no contexto doméstico por familiares, o que mostra a sua relevância no fornecimento de apoio aos indivíduos (HELMAN, 2009; SERAPIONI, 2005; GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

A família compõe, portanto, o *locus* principal do setor informal de cuidados com a saúde, aqui compreendido como campo não profissional, leigo, que abarca os tratamentos ou recomendações de familiares, amigos, vizinhos, grupos de autoajuda bem como o auto tratamento ou automedicação (HELMAN, 2009).

No que concerne às famílias de baixa renda, as condições de vulnerabilidade, decorrentes da desigualdade social, têm sido apontadas como as principais causas do comprometimento da saúde das populações. A situação de pobreza pode influenciar negativamente o desenvolvimento humano, na medida em que pode implicar em desnutrição, maior exposição à violência psicológica e física, estresse, más condições de educação e trabalho, bem como dificuldade no acesso aos serviços de saúde (BUSS, 2007; FERREIRA et al., 2010; HELMAN, 2009; YUNES et al., 2007).

Entretanto, a inserção em contextos de exclusão e pobreza não deve ser considerada como um determinante para prejuízos no desenvolvimento dos sujeitos, tendo em vista que as famílias desenvolvem estratégias que possibilitam a sua sobrevivência física, dos seus valores, bem como de sua identidade social e cultural (YUNES et al., 2005). Dentre estas estratégias, destacam-se: o acionamento e participação em redes sociais (formais e informais) para o enfrentamento de situações de crise, particularmente, no que concerne aos processos de cuidados com a saúde.

Tendo em vista estas questões, entendemos que maneira como se entrelaçam as redes acionadas para assistência a saúde, a configuração assumida nas relações estabelecidas entre seus

membros, pode comprometer ou potencializar a qualidade e efetividade dos cuidados com a saúde. O fluxo de apoio social deriva-se de acordo com sua qualidade, quantidade e direcionalidade. Pode determinar a manutenção, resolução ou agravamento do estado de saúde individual e da população.

Neste capítulo, discutiremos o fluxo de apoio social entre redes formais e informais, tomando como unidades de análise, famílias moradoras de um bairro periférico de um município do estado da Bahia e profissionais da Saúde da Família (ESF) que atendem esta população. Para tal, apresentamos a seguir uma breve revisão na literatura sobre elementos das redes de atenção que tem recebido especial destaque nas políticas públicas: famílias e profissionais da ESF. Posteriormente, caracterizamos o contexto em que estas famílias vivem e onde trabalham estes profissionais, assim como a rede formada pelas famílias participantes organiza seu fluxo de apoio. E finalizamos abordando as características da interação entre famílias e profissionais de saúde.

Redes que se conectam: famílias e profissionais de saúde

Uma rede de suporte social para cuidados com a saúde pode ser definida como um conjunto formado por indivíduos, populações, instituições ou quaisquer outras unidades e suas relações voltadas para o cuidado. Utilizando-se da metáfora da “rede”, a interação entre estas unidades faz surgir uma “teia” na qual, a partir de pontos de conexão, flui o apoio social. Neste sentido, a família tanto pode se configurar como uma rede de suporte social para seus membros como também se interconectar com outras redes para manutenção do seu estado de saúde e/ou para resolução dos problemas e sofrimento associado a eles.

As relações estabelecidas entre os membros das redes, que podem ser simétricas ou não, são mediadoras do *fluxo de apoio social*. Este apoio consiste nos recursos disponibilizados pela rede e pode se materializar através de manifestações de afeto, fornecimento de

informações, de recursos materiais e de serviços. No entanto, para além do ato em si, defendemos que o apoio social se constitui como tal quando é percebido como benéfico por quem o recebe e culmina em mudanças emocionais e/ou comportamentais bem como ambientais que colaboram para a sua saúde. Portanto, a qualidade e a quantidade do apoio oferecido pelas redes dependerão das características interativas e estruturais das mesmas (TAVARES, 2009).

O apoio social pode ser categorizado como: emocional, instrumental ou informativo. O apoio emocional se refere aos comportamentos que têm o objetivo de suprir a necessidade de afeto, amor, preocupação e carinho. Tais comportamentos contribuem para que os indivíduos se percebam amados, valorizados, cuidados e respeitados pelos outros, colaborando para um melhor enfrentamento de situações que causam estresse (LACERDA, 2002; SLUZKI 1997; TAVARES, 2009).

O apoio instrumental, também definido como material ou tangível, diz respeito ao auxílio financeiro, material, prestação de serviços como, por exemplo, a realização de afazeres domésticos e o cuidado de crianças (LACERDA, 2002; TAVARES, 2009). Por fim, o apoio informativo se refere ao fornecimento de informações, conselhos e orientações que colaborem para a solução de problemas e aquisição de maior conhecimento sobre os cuidados com a saúde.

Múltiplas redes estão envolvidas no processo de cuidar. Estas podem ser formais, constituídas por instituições e serviços de saúde, bem como profissionais e grupos organizados de apoio social. Ou informais, concentradas no âmbito interpessoal e representadas, principalmente, por membros da família, amigos e vizinhos.

As redes compostas por profissionais e instituições do setor formal (HELMAN, 2009) têm sido historicamente as mais associadas ao tratamento de doenças e agravos à saúde e o acionamento destas tem sido considerado a principal estratégia de enfrentamento de situações críticas da saúde individual e coletiva. No entanto, diante do conceito ampliado de saúde e das propostas atuais de reorganização do modelo assistencial brasileiro, baseado na atenção a família, entendemos que o cuidado dá-se através da relação

de interdependência e fluxo de apoio social entre redes primárias e informais (família, vizinhança e comunidade) e redes formais.

Exemplificando estas últimas, o Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por múltiplas redes assistenciais distribuídas em diferentes níveis de atenção. Na atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF), principal modelo organizativo, fundamenta-se na assistência através de equipes multiprofissionais a um número determinado de famílias distribuídas territorialmente. Estes profissionais são responsáveis pela promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais comuns, assim como por manter a saúde da população (BRASIL, 2011).

No entanto, a despeito das bases conceituais e operacionais da ESF, que destacam o estabelecimento de vínculos com a população, o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade, sérias dificuldades são encontradas de ambos os lados para o estabelecimento de parcerias e fluxo de apoio entre estas redes.

Nesta complexa configuração de redes formais de assistência, destacam-se a necessidade dos profissionais terem, além de conhecimento técnico, identificação com os princípios do SUS e com um trabalho que demanda criatividade e iniciativa, capacidade de vinculação com os usuários, conhecimento e respeito pelas demandas e características socioculturais da população (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MAHADO, 2009, RONZANI; SILVA, 2008).

Somam-se às questões individuais, fatores como: más condições de trabalho, baixo salário, deficiências no processo de capacitação e plano de carreira, que podem impedir o alcance dos objetivos dos membros das equipes, gerando sentimento de frustração e descontentamento, absenteísmo/rotatividade e vínculo conflituoso (TRAD, 2003, MONTEIRO e outros, 2009; ALBUQUERQUE; BOSI, 2009) entre trabalhadores e famílias atendidas.

No encontro entre formação profissional, saber popular e modelo de atuação preconizado pelas publicas públicas, de modo geral, observa-se: a) o estabelecimento de uma relação de dependência das

famílias para com os profissionais, no que se refere aos cuidados com a saúde. Esta dependência, quando não bem manejada, interfere na autonomia da família, nas decisões que afetam seus componentes; b) dificuldade de comunicação que compromete o entendimento das ações e recomendações terapêuticas pela população, assim como o reconhecimento da insatisfação dos usuários, das deficiências do serviço e das suas práticas.

No sentido inverso, o vínculo de boa qualidade com a população é considerado fator de motivação para permanência na equipe. A maior satisfação desses profissionais está vinculada a um declínio da rotatividade, uma vez que o profissional fica mais estável e conhecendo tanto o ambiente de trabalho como estabelecendo relações saudáveis com a comunidade (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010; MEDEIROS, 2010). Os usuários, por sua vez, consideram como principais motivos de satisfação: a cordialidade dos profissionais no tratamento e a localização das UBS quando estão próximas a sua moradia (RONZANI; SILVA, 2008).

Em contexto: o bairro e os participantes

Para compreendermos a interação entre redes formais e informais de saúde, escolhemos um bairro periférico de um importante município do estado da Bahia. Sua população é de cerca de 100.000 habitantes e, atualmente, configura-se como uma cidade pólo de sua região, centro comercial e de serviços, além de referência para atendimento em saúde.

Para conhecermos este contexto, foram necessárias incursões frequentes no bairro e contatos/entrevistas com moradores em áreas públicas e domicílios. Realizaram-se entrevistas com membros da Associação do bairro, grupo de mulheres da Igreja Católica local, além de consulta a documentos municipais, secretaria de infraestrutura da prefeitura municipal, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Devido à logística e tempo necessário para conhecer o campo e os participantes realizamos duas (2)

pesquisas qualitativas⁴, a primeira com famílias moradoras do bairro e outra com profissionais da ESF, totalizando 25 participantes. Estes projetos foram submetidos e aprovados por Comitês de Ética (CEP HAM n° 274/10 e CEP FAMAM n° 130/10).

O bairro do Lírio⁵ apresenta historicamente infraestrutura e equipamentos públicos deficitários e, embora próxima ao centro da cidade, pode ser considerada uma área periférica, sendo sua população predominantemente negra e de baixa renda.

Apesar da grande diversidade de estruturas de moradias, predominam casas simples, aglomeradas em pequenos espaços onde compartilham telhados e paredes. É comum que unidades domiciliares próximas sejam habitadas por membros de uma mesma família extensa. Desta forma, constituem-se grande parte da vizinhança dos núcleos de famílias estudados seus próprios parentes ou familiares “de consideração”.

O comércio local, de baixo padrão, é composto por mercados de pequeno porte, mercearias, bares, armarinhos, lanchonetes, salões de beleza, pontos de moto táxi e farmácias. Dividem também este espaço, igrejas (evangélicas e católica), creche e escolas (particulares e públicas) e órgãos públicos (Secretária de Infraestrutura e de Trânsito).

A vida cotidiana no Lírio inclui o enfrentamento constante de situações de risco para a saúde física e mental dos moradores. De modo geral, este risco está associado não só às más condições de infraestrutura e serviços públicos, como também ao desemprego, violência e baixa escolaridade desta população.

Três (03) unidades Saúde da Família (USF I, II e III) oferecem serviços variados aos moradores do Bairro do Lírio. São serviços comuns às três unidades: clínica geral, ginecologia, pediatria, atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes (HIPERDIA), pré-natal, planejamento familiar, visita domiciliar, vacinação, teste do pezinho e acompanhamento por agentes comunitários de saúde.

4. Agradecemos a Emili Sena que participou de várias etapas destas pesquisas. Apoio bolsas UFRB, 2009/2010, FAPESB 1619/2011.

5. Nome fictício.

No período de trabalho de campo, essas unidades contavam com equipes formadas basicamente por uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além dos profissionais de saúde, outros três funcionários se dividiam nas funções de recepcionista, agente administrativo e serviços gerais. Dentre estes, foram entrevistados 12 profissionais: 01 médico, 03 enfermeiros, 03 técnicas de enfermagem, 02 agentes administrativos e 03 agentes comunitários de saúde.

Na unidade I, foram entrevistados: o enfermeiro, faixa etária entre 25 a 30 anos, casado, evangélico, pós-graduado (especialização), com renda mensal cerca de 5 salários mínimos⁶; Uma ACCS, na faixa etária entre 30 a 35 anos, casada, católica, cursou ensino médio e tinha renda aproximada de um (01) salário mínimo; A agente administrativa, faixa etária entre 35 e 45 anos, casada, católica, cursou ensino médio e renda mensal de aproximadamente dois (02) salários mínimos; Uma técnica de enfermagem na faixa etária entre 25 a 30 anos, solteira, católica, cursou o ensino médio e curso técnico de enfermagem, renda mensal aproximada de um (01) salário mínimo.

Na unidade II, participaram da pesquisa: o médico, na faixa etária entre 30 a 35 anos, casado, católico, pós-graduação em andamento, renda mensal de aproximadamente 30 salários mínimos; A enfermeira na faixa etária entre de 25 a 30 anos, casada, evangélica, renda mensal de aproximadamente 20 salários mínimos; Uma ACS na faixa etária entre 30 a 35 anos, solteira, evangélica, cursou o ensino médio, renda de aproximadamente um (01) salário mínimo e uma técnica de enfermagem, na faixa etária entre 25 a 30 anos, casada, católica, ensino médio e curso técnico em enfermagem, a renda mensal aproximada de um (01) salário mínimo.

Na unidade III, participaram: uma (01) enfermeira na faixa etária entre 55 a 60 anos, divorciada, católica, pós-graduada e renda de 07 salários mínimos; A agente administrativa, faixa etária entre 35

6. Valor do salário mínimo na época R\$ 510,00.

e 45 anos, viúva, católica, cursou o ensino médio e renda de aproximadamente 02 salários mínimos; Uma ACS na faixa etária entre 35 e 45 anos, casada, católica, ensino médio e renda de um (01) salário mínimo; Uma (01) técnica de enfermagem na faixa etária entre 30 a 35 anos, casada, evangélica, nível superior incompleto e renda aproximada de (01) salário mínimo.

Para conhecer a dinâmica e estrutura da rede em que trabalham os profissionais participantes e o modo como está implementada a ESF nesta região, observamos atividades de rotina das USF e realizamos entrevistas informais e semiestruturadas guiadas por roteiros específicos e gravadas em cerca de quatro encontros por USF.

As USF funcionavam em casas adaptadas e, de modo geral, dividiam-se em sala de espera, recepção, sala para o atendimento médico, sala para a enfermeira, farmácia, almoxarifado, sala de expurgo, sala para curativo e banheiro. Ressalta-se que USF II conta com uma área pequena para a realização de palestras e apenas a coordenadora desta unidade referiu estar satisfeita com o espaço físico.

Os coordenadores das demais unidades relataram a necessidade de uma área maior para recepção e ações educativas. A questão do espaço físico recebeu especial ênfase no relato da USF III na qual o espaço é considerado inadequado para reuniões e atividades grupais, além de não haver sala para os serviços odontológicos. Em relação à localização e o acesso à USF, segundo os coordenadores, as necessidades dos usuários são atendidas, pois consideram que há facilidade no acesso e que grande parte da população adstrita tem conhecimento da localização das USF.

Apenas na USF I os profissionais enfatizaram a falta de recursos materiais como aspecto que dificulta os processos de trabalho e na USF II foi destacada a demora na substituição de aparelhos para a realização de exames.

A população atendida mensalmente nestas unidades é de cerca de 3800 pessoas nas USF I e II e 3500 na USF III. Os principais problemas de saúde referidos pelos profissionais foram viroses, infecções respiratórias, diabetes e hipertensão.

É ressaltado pelos profissionais destas USF o funcionamento regular e a boa adesão da população ao HIPERDIA. Em relação aos demais programas, foi identificada variação quanto ao número de atendimentos realizados por USF. Em números aproximados, foram relatados pelos profissionais participantes:

USF I - 300 hipertensos, 20 gestantes, média de 150 mulheres fazendo planejamento familiar e preventivo ginecológico, 500 pessoas para atendimentos médicos e 400 atendidos por profissional de enfermagem mensalmente.

USFII - média de 25 pessoas atendidas por programa, exceto no HIPERDIA do qual participavam 60 pessoas.

USFIII - no HIPERDIA estavam sendo atendidos 112 usuários, 120 mulheres realizando planejamento familiar, 26 mulheres faziam o pré-natal e, por fim, no programa de atenção ao idoso, destaca-se a participação de até 35 idosos na região nas caminhadas promovidas por esta unidade.

Dentre os usuários atendidos pelas equipes destas USF, participaram deste estudo 06 famílias (Moura, Ramos, Costa, Silva, Gomes e Dias), representadas por 13 informantes chave. Para conhecer estas redes, realizamos entrevistas semiestruturadas (individuais e/ou grupais) com os informantes chave, que eram membros das famílias participantes envolvidos com os cuidados com a saúde, observação da dinâmica familiar e da realização de práticas de cuidados ao longo de cerca de cinco encontros por família.

Estas famílias possuíam diferentes configurações e dinâmicas, no entanto, tinham perfil sociocultural e de saúde representativos da população que reside no bairro do Lírio e moravam há pelo menos 05 anos nesta região⁷:

Família Moura: As informantes da família Moura foram a Sr.^a Mariana de 72 anos e sua filha Mônica de 34 anos. Ambas tinham ensino fundamental incompleto, eram casadas, donas de casa e residiam na mesma unidade domiciliar junto com o marido de Mônica

7. Os nomes e sobrenomes citados são fictícios e as iniciais correspondem à família de quem foi citado.

e o pai desta, o Sr. Mauro, que veio a falecer durante o período da realização desta pesquisa. A renda mensal da família era de 2 salários mínimos. A Sr.^a Mariana foi acometida por diabetes há cerca de trinta anos e devido a esta patologia já perdeu significativamente a visão. Mônica era a principal cuidadora da família e declarou não ter algum tipo de comprometimento com a saúde.

Família Ramos: A família Ramos estava distribuída em três unidades domiciliares. Na primeira residência, a participante foi a Sr.^a Rosana de 74 anos, viúva, dona de casa, renda mensal de um salário mínimo oriunda de sua aposentadoria. Na segunda residência, a informante foi a Sr.^a Renata de 40 anos, casada, dona de casa, morava com o marido e as três filhas e a renda mensal no seu domicílio era de 2 salários mínimos. Na terceira casa, viviam a Sr.^a Raquel de 62 anos e o seu marido Roberto de 76 anos. O casal trabalhava na zona rural como lavradores e vendiam as frutas e verduras que cultivavam. A renda mensal destes era de cerca de 2 salários mínimos provenientes das aposentadorias deles e complementada pelo lucro obtido com a venda dos produtos agrícolas. Ressalta-se que, todos os membros da família Ramos tinham ensino fundamental incompleto e declararam-se católicos.

A residência da família Moura ficava ao lado da casa da Sr.^a Rosana. Esta morava com uma neta de quinze anos. A Sr.^a Rosana era sogra de Renata, que morava em uma parte do mesmo terreno que a primeira. O casal Raquel e Roberto eram pais de Renata e também moravam em uma parte deste terreno cedido pela Sr.^a Rosana. No que se refere à saúde dos membros da família Ramos, Renata, Raquel e Roberto declararam que foram acometidos por algumas doenças, no caso de Renata, esporão de calcâneo, de Raquel, gastrite, osteoporose e problemas circulatórios e de Roberto, hipertensão arterial.

Família Silva: As participantes da família Silva moravam em dois domicílios distintos. Em uma unidade domiciliar morava a Sr.^a Sandra de 57 anos, viúva, evangélica, ensino médio incompleto, costureira e técnica de enfermagem, mas no período da realização das entrevistas ela desempenhava apenas a função de dona de casa

e recebia pensão por morte do marido. A mesma morava com um dos três filhos e um neto. Na outra casa, residia Silvana de 48 anos, que vivia em união consensual, católica, tinha ensino fundamental incompleto e era dona de casa. Ela morava com o companheiro e os dois filhos que trabalhavam na oficina mecânica deste. A renda em cada casa era de cerca de 4 salários mínimos.

As unidades domiciliares da família Silva situavam-se em frente às casas das famílias Moura e Ramos. No que concerne aos problemas de saúde, Sandra declarou que tinha tendinite e Silvana, hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Família Costa: A participante da família Costa foi a Sr.^a Cásia de 51 anos. Ela vivia em união consensual, católica, tinha ensino fundamental completo, dona de casa e a sua renda mensal era de 1 salário mínimo proveniente da aposentadoria do seu companheiro. Ela morava com o companheiro, as duas filhas (fruto de um relacionamento anterior) e uma neta.

A Sr.^a Cássia, que também informou ter HAS, ressaltou que seus pais e alguns irmãos também tinham este problema de saúde. A unidade domiciliar desta família ficava um pouco mais distante das casas das outras famílias participantes, mas na mesma rua. Os membros desta família mantinham uma relação muito próxima com a família Moura.

Família Gomes: As participantes da família Gomes moravam na mesma residência. Foram entrevistadas a Sr.^a Gildete de 74 anos, que era viúva e não alfabetizada. A sua filha Glória, de 38 anos, solteira e possuía ensino fundamental incompleto e a filha de Glória, Gabriela, de 18 anos, que era solteira e tinha completado o ensino médio. As informantes moravam com um filho da Sr.^a Gildete, que era viúvo e o filho recém-nascido dele. As mulheres declararam-se católicas, donas de casa e a renda da família era de dois salários mínimos oriunda da aposentadoria da Sr.^a Gildete e do salário do filho dela. E, em relação à saúde dos membros da família, as informantes mencionaram que apenas a Sr.^a Gildete possuía problemas de saúde (HAS, osteoporose e “problemas de estômago”).

Família Dias: A informante desta família foi a Sr.^a Denise de 79 anos, viúva, católica, não alfabetizada e dona de casa. A sua renda mensal era de 1 salário mínimo e morava com três filhos e um neto. A unidade domiciliar da família Dias localizava-se ao lado da casa da família Gomes. E, em relação às situações de adoecimento que enfrentava, a Sr.^a Denise relatou estar acometida por HAS e diabetes.

Cuidar em família: apoio social e cuidados na rede informal

Concordando com a literatura, nas famílias participantes privilegiou-se o acionamento de outras redes informais para cuidados com a saúde, em detrimento da rede formal. Confirmando a proposição de Helman (2009), de modo geral, os participantes buscaram apoio de indivíduos com quem mantinham vínculos de parentesco, vizinhança, amizade ou que participavam dos mesmos grupos religiosos ou profissionais.

Como veremos a seguir, as famílias entrevistadas entrelaçam-se formando uma rede de vizinhança na qual havia um fluxo intenso e contínuo de apoio social de diversas naturezas. No entanto, considerando-se o escopo deste texto, será abordado apenas o apoio diretamente relacionado às questões de saúde com as funções emocional, instrumental ou informativo.

No caso da família Moura, Mônica é a principal cuidadora, sendo responsável por auxiliar na limpeza e manutenção da casa, acompanhar os familiares aos serviços de saúde e ajudá-los a utilizar os medicamentos de maneira apropriada e nos horários corretos. Maria, também filha de Sr.^a Mariana, professora universitária, por sua situação econômica diferenciada em relação aos demais, era quem mais prestava apoio financeiro, particularmente, para a compra de medicação.

Contando com uma rede ampla de apoio, em situações de adoecimento, além dos membros da sua família, a Sr.^a Mariana sempre contou com o apoio de diferentes vizinhos. Por exemplo, a Sr.^a Cássia, que tinha formação técnica em enfermagem, aplicava insulina

em domicílio para que Sr.^a Mariana não tivesse que se deslocar para a USF diariamente.

As unidades domiciliares da família Ramos são localizadas no mesmo terreno, constituindo-se numa vizinhança próxima composta apenas por parentes, estes são a principal rede acionada em situações adversas. Sr.^a Rosana afirmava ter uma boa relação com os vizinhos e se considerava uma “boa sogra”, pois frequentemente auxiliava Renata (sua nora), além da Sr.^a Raquel (mãe de Renata), nas tarefas domésticas e a cuidar da saúde. Rosana também menciona que a Sr.^a Sandra a ajudava quando alguém da sua família adoecia e precisava do automóvel para ir ao hospital.

A família Costa também parecia conviver bem com os seus vizinhos. Segundo Sr.^a Cássia, Mônica era muito presente e em situações de adoecimento, pois fazia visitas, ajudava nas tarefas domésticas e a acompanhava nas visitas ao médico. Em relação ao apoio financeiro, Sr.^a Cássia contava com o auxílio dos dois filhos do seu companheiro. Este apoio foi considerado “muito importante” em vários momentos da sua vida para garantir o seu bem-estar como, por exemplo, quando ela precisou pagar para fazer uma cirurgia de retirada de vesícula.

A família Silva tem papel fundamental nesta rede familiar ampliada, por Sr.^a Sandra possuir um automóvel que frequentemente transporta vizinhos em situação de crise. Isto a torna referência na rua onde mora, particularmente no que diz respeito à possibilidade de locomoção dos moradores para unidades de saúde. Além disto, segundo ela, oferece também apoio emocional, pois sempre “visita pessoas quando sabe que estão doentes” e considera relevante demonstrar que “se preocupa com os outros para que estes se sintam um pouco melhor” (SIC). No entanto, apesar de sua disposição para ajudar pessoas de fora da família, quando os membros da família Sílvia necessitam de ajuda, segundo o relato de Sr.^a Sandra e Silvana, recorrem aos parentes, pois eles residem “muito próximos uns dos outros e é muito melhor pedir ajuda a família” (SIC).

Na família Gomes, a principal cuidadora é a Sr.^a Glória, que cuida da saúde da Sr.^a Gildete, dos seus filhos e de um sobrinho

recém-nascido que ficou órfão um dia depois do nascimento. As participantes desta família reconhecem a importância da ajuda das pessoas da família e dos vizinhos no cuidado com a saúde, contudo, enfatizaram que a família fornece o apoio mais concreto, material, enquanto que os seus vizinhos, como por exemplo, a Sr.^a Raquel, esta apoia fazendo visitas, companhia, conversando e dando conselhos e orientações.

Na família Dias, que mantém intensa proximidade com a família Gomes, Sr.^a Denise se identifica como principal cuidadora. Segundo esta, é “amiga de todos os vizinhos”, tem boa relação com as outras famílias participantes e a maioria deles sempre oferece suporte para a sua família quando necessário.

Para os participantes, os membros das suas famílias extensas (avôs, avós, tios, tias, primos etc.) têm papel fundamental no processo de cuidar e para a consecução de apoio social, especialmente por serem também seus vizinhos. As mulheres destacaram-se como principais responsáveis pelos cuidados com a saúde e inter-relação entre redes de cuidados. Além disso, a sobreposição de relações (parentesco e vizinhança) parece contribuir para uma forte expectativa de receber suporte e de haver disponibilidade constante para o apoio recíproco. Como afirma Sr.^a Mariana: “Todo mundo ajuda aqui, todo mundo é unido. Qualquer coisa um ajuda o outro”.

A rede de suporte social formada pelos participantes estruturou-se a partir de experiências coletivas e históricas de enfrentamento das adversidades no contexto no qual estão inseridas, marcado por más condições de infraestrutura urbana e limitações no atendimento público de saúde (TAVARES, 2009). A proximidade geográfica mantida entre familiares aparece como estratégia de enfrentamento econômica e afetiva, através de uma relação transgeracional de trocas e doações de casas e terrenos, e estabelecimento de rede de solidariedade comum entre as pessoas das classes populares (BORGES, 2003).

Nestas famílias, foi identificado como apoio nos cuidados com a saúde, basicamente, o instrumental, particularmente, o oferecimento de ajuda nas atividades domésticas, acompanhamento aos serviços de saúde e contribuição financeira para compra de

medicação e realização de procedimentos médicos. Em poucos relatos, o apoio emocional aparece como cuidado com a saúde sendo associado mais aos vizinhos não parentes, enquanto que os membros da família responsabilizam-se pelo cuidado concreto, de certa forma, considerado mais relevante e resolutivo.

No entanto, apesar a ênfase dada pelos participantes ao apoio instrumental, a frequência e associação entre o apoio emocional e o instrumental nos relatos chamou a atenção para seu papel não reconhecido pelos participantes como relevante no suporte à saúde física e mental. Vizinhos, não parentes, participam do cotidiano de cuidados num sentido amplo, pois visitam frequentemente uns aos outros, nas situações de adoecimento, dias santos, aniversários, velórios, dentre outros. Nestes momentos, conversam, mostram-se disponíveis “para o que for preciso” (SIC) e suas presenças, em momentos de crise, confirmam e reafirmam laços de amizade considerados intensos, próximos e confiáveis. As famílias vizinhas, chamadas de “boas vizinhas”, são consideradas como tal não por terem prestado algum apoio instrumental específico, mas porque “passavam na casa para dizer algo que apoiasse” nos momentos difíceis.

Famílias enredadas: o encontro com a rede formal

Diversos aspectos subjetivos e socioeconômicos nas famílias participantes influenciavam a decisão de buscar ou não apoio na rede formal de atenção à saúde. Em relação à primeira categoria de fatores, nestas famílias a busca por atendimento médico ocorre principalmente quando a sua avaliação acerca dos sintomas indica um processo de adoecimento mais grave. A gravidade está associada, dentre outros critérios, à impossibilidade dos membros da família diagnosticar a doença, à intensidade e persistência dos sintomas após o tratamento domiciliar:

Às vezes quando a gente dá uma dor ligeira e às vezes não dá tempo de ir no médico, ou às vezes nem precisa ir no

médico e médico é difícil, a gente sempre tem um remédio em casa para primeiro socorro (Sr.^a Raquel).

Não fui no médico.... Agora, se eu tivesse febre, persistisse, como eu já tive um ano que precisei até ser internada, dor de cabeça e a febre não cedia. Aí eu me mando e vou pro médico. Quando a gente vê febre né? (Sr.^a Sandra).

Concordando com Gerhardt (2006), a percepção de gravidade está associada às vivências dos indivíduos de determinados acontecimentos, aos costumes decorrentes das influências culturais e os conhecimentos incorporados mediante o contato com parentes, amigos, vizinhos ou profissionais de saúde. Helman (2009) acrescenta que cada gênero, condição socioeconômica, religião ou até mesmo cada família tem concepções próprias acerca do que representa estar doente e a gravidade do adoecimento.

Neste sentido, as experiências com situações de adoecimento e sua resolução norteiam as práticas de cuidados domiciliares assim como a definição de qual serviço de saúde será acionado:

[...] a pessoa tá gripada, a gente não vai levar pro médico, né? A gente vai dar um suco de fruta, acerola, vai dando um xaropezinho de mel com alho, a gente vai cuidando dentro de casa. Agora quando vê que é uma coisa pior, que leva pro médico. Se for um caso de... uma dor de barriga, cuida dentro de casa mesmo, uma febre, qualquer coisa. Agora se for uma febre mesmo de 40°... um problema, tem que levar pro médico, né? (Sr.^a Cássia).

Se tiver com dor de cabeça, se tiver sentindo uma náusea uma coisa assim simples, só toma um chá mesmo (Mônica).

Outro aspecto relevante, para a compreensão de gravidade da doença ou agravo, é a sua influência sobre a capacidade funcional dos indivíduos. A possibilidade de tornar alguém “inválido” para o trabalho ou com capacidade reduzida de exercer suas funções laborais ou domésticas alça o adoecimento a um elevado patamar de gravidade.

Helman (2009) cita estudos em diferentes culturas que apontam que membros de classes populares tendem a interpretar a doença como algo inevitável e inerente à vida e se percebem doentes não pela existência de sinais e sintomas anormais, mas sim a partir da perda da sua capacidade funcional. Esta noção também esteve presente no discurso dos participantes deste estudo:

Sou diabética e só vivo doente. Dor aqui, dor ali, incho, desincho, é assim. O marido também vive doente, sente dor estômago e faz tratamento. Mas tá todo mundo em pé. Enquanto tiver andando, tá bem! (Sr.^a Mariana).

Eu fico doente direto, mas eu fico em pé, trabalhando, trabalhando quer dizer, fazendo minhas plantaçãozinhas (Sr. Mauro).

Se você é doente você não é ninguém, né? Com pouca saúde que você tenha, mas você aguentou levantar, aguentou fazer suas atividades, se alimentar, tomar seu banho, fazer suas coisas de dentro de casa ainda tá dando pra levar, mas quando a gente precisa ficar acamada que o corpo num dá mesmo pra levantar... (Sr.^a Raquel).

Uma pessoa doente não sente nada né? Fisicamente (Sr.^a Cássia).

Uma pessoa desanimada, que não tem coragem para fazer as coisas tá doente (Sr.^a Denise).

Esta concepção funcional da saúde apresentada pelos participantes desta pesquisa, de acordo com mesmo autor, é comum entre as pessoas pobres e, possivelmente, fundamenta-se na necessidade econômica de permanecer trabalhando mesmo que a pessoa não esteja se sentindo bem.

Percebemos, ainda, que as famílias compartilham diversos conceitos de saúde e doença que incluem o biomédico, assim como o biopsicossocial enfatizando dimensões sociais e psicológicas imbricadas no processo saúde doença:

Se eu num tiver bem também eu tô doente. Não é só no físico né? No emocional... Porque mesmo que eu não esteja sentindo dor, eu vou estar doente (Sr.^a Sandra).

Saúde eu acho que é a gente viver bem, se alimentar bem, dormir bem, e viver bem com a família, viver bem com os vizinhos, eu acho que sossego seja uma coisa saudável pra gente [...] Então eu acho que saudável é a gente estar tranquila. Se você está com sua mente tranquila nada lhe atrapalha! (Sr.^a Raquel).

Somando-se a estes aspectos subjetivos, entre os socioeconômicos destacou-se a baixa renda das famílias. Concordando com Travassos e Castro (2008), as ‘barreiras financeiras’ consistem como importantes empecilhos ao acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, compreende-se que a dificuldade no acesso ao setor formal e aos medicamentos implica no desenvolvimento de estratégias como a automedicação e não seguimento de orientações médicas para lidar com os problemas de saúde no domicílio:

Às vezes você não pode fazer o que você tem vontade (devido às dificuldades financeiras), no caso, uma emergência você dá seu sangue e numa coisa pequena você vai levando (Sr.^a Renata).

No meu caso mesmo, eu precisava de um tratamento melhor, porque minha fisioterapia eu só fiz cinco na verdade era quinze. Porque eu num fiz? Se eu tivesse dinheiro disponível eu já podia estar bem melhor! (Sr.^a Renata).

Às vezes a gente não segue diretamente o que o médico fala, às vezes chega alguém da família e diz faça assim que é melhor, toma esse chá, coma essa comida. Às vezes ele passa muito medicamento e a gente nem tem condição de comprar todos, aí a gente diminui a quantidade do que o médico passa e toma assim uma coisa caseira (Sr.^a Raquel).

A gente quando não tem dinheiro a gente sofre muito, quando eu não tenho dinheiro eu não vou lá (ao serviço de atendimento médico), porque quem vai pagar minhas contas? Então eu tento curar em casa (Sr. Roberto).

Chama a atenção que, inicialmente, os participantes não se referem à rede pública de assistência como uma alternativa interessante para resolução dos problemas de saúde de suas famílias. Em seus depoimentos, privilegiam os cuidados médicos privados em detrimento dos públicos.

Num sentido amplo, as declarações confirmam uma crença histórica e arraigada em nossa cultura acerca da superioridade do sistema de saúde privado em relação ao público e a percepção do SUS como “um plano de saúde ruim para pobres”. Como discutem Albuquerque e Melo (2010):

A percepção dos brasileiros sobre o serviço público é de um serviço destinado para os pobres, que não exige qualidade, diferindo da percepção das pessoas nos países desenvolvidos, em que as instituições públicas cuidam do bem estar social para usufruto de toda a sociedade (p. 324).

Noutro sentido, considerando-se o contexto local, este município tem historicamente privilegiado o modelo assistencial médico-privatista, sendo referência em clínicas médicas privadas na região e apresenta clara concentração de renda e capital simbólico, particularmente político, na categoria médica. Esta situação parece corroborar os resultados de Rosa e Coelho (2008) que destacaram que este município dispõe de recursos escassos para investir no âmbito da saúde pública, além de apresentar problemas no que refere à comunicação entre a gestão financeira e o planejamento da gestão da saúde, o que implica no comprometimento do atendimento público.

Embora utilizem os serviços oferecidos pelas unidades ESF da região, segundo os participantes, há possibilidade de atendimento eficiente e de qualidade apenas na rede privada, não nos serviços públicos de saúde no município. O atendimento nas USF é referido como de baixa qualidade e alternativa quando não se tem dinheiro para pagar uma consulta:

No particular, você tendo dinheiro pra pagar, você é atendida na hora, você tem um atendimento melhor, você tem toda assistência melhor [...] O médico lhe trata bem, faz as coisas direitinho, lhe atende na hora, você chega com dinheiro e é logo atendida (Sr.^a Raquel).

[...] quando eu tô muito ruim que eu não tô tendo resultado com o medico do SUS aí eu pago particular e faço consulta e tomo remédio [...] A gente quer marcar um exame ele leva três quatro mês pra fazer aquele exame e muita vez não faz [...] eu fico logo chateada e falo com minha filha ela manda dinheiro faço consulta particular (Sr.^a Mariana).

Quem não pode pagar morre! (Sr.^a Renata).

Ao contrário dos usuários, os profissionais, principalmente das USF I e III, destacaram oferecer tanto o apoio instrumental, como informativo e o emocional. Além disso, consideraram “não ser possível fazer um bom trabalho e realizar um bom atendimento” (SIC) sem preocupação com o bem estar da população, sem ofertar os três tipos de apoio. O oferecimento tanto apoio instrumental como informativo é apresentado como prática inerente ao seu exercício profissional. Somente a técnica de enfermagem da USF I associou sua prática, exclusivamente, ao apoio instrumental e todos os profissionais USF II, exceto a ACS, relataram apenas oferecer o serviço básico de cada função, ou seja, apoio instrumental e informativo.

O apoio emocional foi referido como importante e complementar, com mais ênfase e frequência no relato dos ACS. A agente comunitária da USBII, por exemplo, destacou que no seu trabalho oferece apoio emocional “por meio de conversa, de orientação e que, a maioria das vezes, o fato de ouvir o que as pessoas têm para dizer ajuda no seu bem-estar” (SIC). Além disso, reconhece seu papel como facilitadora no processo de resolução de problemas das famílias que acompanha, pois em seu trabalho “muitas coisas” são confienciadas a ela.

De modo geral, os profissionais avaliaram sua relação com a população de forma bastante positiva. Referiram ter a “relação bem

amigável”, ao ponto de gravarem “o número do cartão da família” de diversos usuários.

Diferentes aspectos foram indicados pelos profissionais como facilitadores do estabelecimento de bons vínculos com a população. Entre os fatores de ordem pessoal houve destaque em investir na qualidade de comunicação, atenção, compreensão e empatia no atendimento:

[...] então eu acho que o fato que faça com que a gente tenha uma boa relação é comunicação, é você chegar e está sempre com um sorriso, dando um bom dia, é você está sempre disposta a servir, perguntando se pode ajudar em alguma coisa, entendeu? (Agente Administrativo).

Eu acho que é a atenção, o mais que eles querem é atenção, por mais que não tenham nada, as vezes eu digo as meninas, chego em uma casa não tenho nem o que dizer, aí a mulher vem e fala da novela, então vamo falar da novela, pelo menos eu tô dando atenção, entendeu? Ali naquele papo, naquela brincadeira eu já pergunto se já fez preventivo, cadê o cartão da criança... (ACS).

[...] a gente tem que ter paciência, porque se a pessoa procura um serviço de saúde é porque ela tá precisando, a gente às vezes pensa que ela não tá precisando, mas ela... Pode não ser medicamentoso, mas pode ser um apoio psicológico. Que muitas vezes a gente precisa fornecer (Enfermeiro).

Respeito, humanização, né? Porque a pessoa já vem doente, já vem com um problema, se a gente não tiver a sensibilidade a paciência de ouvir de escutar e reagir da mesma forma que o paciente a gente não vai atender bem a população (ACS).

Se colocar no lugar delas e ser educado, suave, que é o que temos ser com todos os meus pacientes, graças a Deus (Médico).

Entre os aspectos que dizem respeito à equipe, o bom relacionamento entre os profissionais e a organização destas para a execução das tarefas diárias foram apontados como relevantes no estabelecimento de bons vínculos com o público:

Uma equipe boa, organizada, que consiga resolver os problemas que podem ocorrer, facilita muito [...] Uma equipe unida trabalha melhor e os usuários percebem (Técnica de enfermagem).

Chama atenção que na rede formal não se considera a possibilidade de fluxo de apoio vindo da população para os profissionais. Apesar do reconhecimento da necessidade de conhecer e manter uma boa relação com as famílias, esta atitude parece ter como função primeira viabilizar a adoção de procedimentos e obediência às orientações técnicas da ESF. Neste sentido, o bom relacionamento, não implica em aprendizagem mútua e parceria epistemológica, mas indica a manutenção e hegemonia do modelo tradicional de assistência à saúde.

Do ponto de vista dos profissionais, entre os aspectos que dificultam a sua relação com as famílias, destacou-se a incompreensão destas em relação às funções das unidades da ESF. Isto porque conforme relataram os profissionais “faltam com respeito” (SIC) e tornam-se agressivos quando não é oferecido algum tipo de serviço (especializado) na USF ou por não encontrar o profissional que procura (frequentemente o médico) na unidade no momento que desejam.

Outro aspecto enfatizado, especificamente em relação ao trabalho dos ACS, houve ênfase na sobrecarga de trabalho interno e externo à unidade e a necessidade de cumprir metas. Esta situação se agravava quando algum ACS sai de licença por doença ou gravidez e os que continuavam trabalhando não conseguiam visitar toda a comunidade e cumprir tais metas. Desta forma, os ACS salientaram que o não cumprimento gerava diminuição de financiamento e prejudicava o atendimento à população.

Apenas em um ponto, famílias e profissionais de saúde concordaram: a atuação do profissional de medicina tem sido um fator relevante de dificuldade para o fluxo de apoio social entre estas redes. Neste sentido, entre as famílias foi dada particular ênfase à má qualidade da relação dos médicos das USF da região com a população:

[...] ele me tratou mal (se refere ao médico da USF), mas eu não respondi nada a ele. Eu também não vou mais. Enquanto ele estiver aí eu não vou. Eu pago fora (Sr.^a Rosana).

Ele (se refere ao médico da USF) não atende a pessoa bem, ele fica discriminando [...] ele diz chegue pra lá, fique pra lá, é assim! (Mônica).

O médico é péssimo! (se refere ao médico da USF) Não lhe atende bem [...] não lhe escuta, não toma sua pressão, não quer que você faça nenhuma pergunta para ele. Já teve médicos aí bons! Mas esse aí de agora... (Sr.^a Renata).

Não tenho nada que dizer daquele posto ali, só o médico. Tem médico que é médico ótimo, tem médico que é médico ruim. Já entrou um médico, dois médico que ali não vale nada (se refere ao médico da USF). Esse mesmo que tá agora, eu prefiro não ir (Sr.^a Cássia).

Para os profissionais entrevistados, os momentos de conflito mais significativos entre a equipe e as famílias foram gerados pela ausência de médico na unidade. No entanto, não se referem ao mau atendimento prestado por estes profissionais como ponto de fundamental nestes eventos de agressão, mas sim a “incompreensão” por parte das famílias quanto às funções das equipes da ESF. Incompreensão quanto à inexistência de especialistas nas USF, não em relação à pretendida atenção e organização interdisciplinar, voltada para prevenção de doenças e agravos e, principalmente, promoção da saúde.

Não foi possível identificar nos relatos dos profissionais, uma compreensão mais aprofundada ou uma prática diferenciada com base, por exemplo, num conceito de família que ultrapasse a unidade domiciliar ou laços consanguíneos, ou mesmo o entendimento das reações de vizinhança como relevantes no fluxo de recursos para enfrentamento dos seus problemas diários. Além disso, depreendemos de nossa observação e da análise dos relatos que as consultas extremamente rápidas, concentradas em poucos turnos da semana, conduzidas de forma padronizada e a pouca dedicação dos profissionais médicos em conhecer a população atendida gera, além de equívocos

quanto à prescrição de medicações e a solicitação de exames, extrema insatisfação entre as famílias.

Finalizando...

As redes sociais são elementos importantes na compreensão dos determinantes sociais da saúde de grupos populacionais, na elaboração de políticas públicas e estratégias de reordenamento dos modelos assistenciais, assim como no enfrentamento de doenças e agravos através das redes de solidariedade. Portanto, o investimento na compreensão dos fatores que interferem no fluxo de apoio social entre profissionais e famílias é fundamental para ambas as partes, pois a satisfação e reconhecimento profissional e o sucesso na resolução de problemas/promoção da saúde se retroalimentam contribuindo para a formação de círculos virtuosos (SLUZKI, 1997) entre os membros das redes.

No caso apresentado, os profissionais mantiveram o foco de sua atuação na saúde individual, na identificação da família com a casa e o modelo nuclear, nos programas definidos por ciclos de vida, uma tradução do cuidado à família nos termos do modelo biomédico (SARTI, 2010), ou de grupos específicos, na culpabilização dos usuários e na consideração da acessibilidade como sinônimo de conhecimento da localização física da USF. As famílias, por sua vez, reafirmaram a centralidade da categoria médica, a automedicação como alternativa a falta de acesso à rede privada e o desconhecimento acerca do funcionamento e possibilidades de atendimento na rede pública.

Embora estes aspectos incidam de forma imediata no micro espaço das relações familiares e dos profissionais dificultando ou impedindo um fluxo adequado de apoio social, noutra dimensão comprometem a implementação das principais políticas públicas em saúde, particularmente na atenção básica do município.

Concordando com Sarti (2010), a atenção básica sem discussão acerca das implicações do deslocamento do foco do indivíduo para a família e do que é esperado dos profissionais, neste novo

modelo presta-se ao tradicional olhar vigilante e disciplinador. Neste sentido, é importante que novos estudos explorem os conceitos de saúde, família e metodologias inovadoras na atenção a saúde e avaliação da ESF por parte de famílias e profissionais.

Referências

- ALBUQUERQUE, A. B. B. de; BOSI, M. L. M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Maio 2009, vol.25, n.5, p.1103-1112.
- ALBUQUERQUE, F. J. B. de; MELO, C. de F. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. **Psic.: Teor. e Pesq.** 2010, vol.26, n.2, pp. 323-330.
- BORGES, C. F. Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 21-29, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>.> Acesso em: 27 jun. 2011.
- BUSS, P. M. Globalização, pobreza e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.6, p. 1575-1589, nov/dez, 2007.
- CARVALHO, I. M. M; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, São Paulo, 2003.
- FERREIRA, V. A. *et al.* Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, p. 1423-1432, 2010.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2449-2463, nov, 2006.
- GOMES, M. A; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.
- GUTIERREZ, D. M. D; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.1, p. 1497-1508, jun, 2010.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente:** uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. Dissertação, Escola nacional de saúde pública Departamento de endemias, ambiente e sociedade Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2002.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**[online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 358-364. ISSN 0080-6234

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P. de; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. esc. enferm. USP**. 2010, vol.44, n.3, pp. 657-664.

ROSA, M. R. R; COELHO, T.C.B. O que dizem os gastos com o PSF em um município da Bahia? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 n.3, Mar. 2011.

ROZANI, T. M; SILVA C. M. O programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-24, jan/fev, 2008.

SARTI, C. A. O lugar da família no Programa Saúde da Família. In Trad, L. (org.) **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 10, set/ dez, p. 243-53, 2005.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TAVARES, J. S. C. **Redes sociais e saúde: explorando o universo de famílias de classe popular e seu entorno comunitário**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, A. I. Carvalho (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** (pp. 215-243). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

YUNES, M. A. M; GARCIA, N. M; ALBUQUERQUE, B. M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, 2007.

YUNES, M. A. M.; MENDES, N. F; ALBUQUERQUE, B. M. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v.14, p. 24-31, 2005.

Capítulo 3

A atenção à saúde do homem nas unidades de saúde da família

Allyson Araújo M. Ramos da Silva

Aline Magalhães Bessa

Elaine Andrade Leal Silva

Fernanda de Oliveira Souza

Tamille Marins S. Cerqueira

Estudos voltados à Saúde do Homem têm sido bastante recorrentes nos últimos anos. Prova disso foi o lançamento, em 2008, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde, o que contribuiu em muito para o atual número de artigos publicados na área. As discussões acerca da saúde da população masculina envolvem aspectos socioculturais do papel desempenhado pelo homem na sociedade, sua relação com os serviços de saúde que lhes são prestados (envolvendo, principalmente, a Atenção Básica) e ainda as políticas de saúde vigentes. Portanto, pretende-se fomentar a discussão sobre os aspectos que são relevantes para a promoção de saúde do Homem, uma vez que, segundo a literatura, este público tende, muito pouco, buscar cuidados e atenção em serviços de saúde.

O adoecimento do homem na atualidade tem chamado atenção do Ministério da Saúde Brasileiro, pois o índice de mortes por causas preveníveis dos homens tem se mostrado cada vez maior em relação ao das mulheres. Esse evento tem como objeto a baixa frequência dos homens nas Unidades de Saúde, assim como a concepção que os mesmos têm em relação aos serviços de saúde.

Enquanto política de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS)

propõe um conjunto de ações e serviços, oferecidos à população de maneira universal, integral e equânime, sendo direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1993). A Estratégia de Saúde da Família – ESF foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, como Programa Saúde da Família – PSF, e se tornou um instrumento para a concretização dos princípios do SUS, os quais proporcionaram uma grande mudança das práticas em saúde dos sujeitos que compõem o território. Dessa forma, esta estratégia busca promover uma assistência integral a população (seja domiciliar, ambulatorial ou nas Unidades de Saúde da Família – USF), priorizando ainda o desenvolvimento de atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos à saúde, ressaltando a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Com objetivo de fortalecimento do SUS e organização da Atenção Básica (AB) e da Estratégia de saúde da Família, instituiu-se a Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, a qual se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Segundo esta mesma portaria, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende desde a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Esta política é concretizada nas USF's, através do trabalho interdisciplinar de equipes formadas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários da saúde, técnicos de consultório odontológico, entre outros.

Essa ampla equipe de profissionais de saúde deve considerar o sujeito, inclusive o homem (ser do sexo masculino, varão, macho) em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. No cotidiano da atenção básica nota-se a baixa frequência de homens adultos jovens aos serviços de saúde. Utilizando-se da

comparação da presença da mulher nos serviços de saúde, os homens buscam muito menos os serviços de atenção básica, adentrando aos serviços de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar, de média ou alta complexidade, tendo como consequências agravos no processo saúde-doença e maiores custos para o sistema.

Indicadores de saúde mostram que a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. É fato ainda que, os homens vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada (BRASIL, 2008a).

Como uma tentativa de combater essa realidade da saúde do homem, o Ministério da Saúde, em 2008, elabora a *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem* (PNAISH), reconhecendo que os agravos da população masculina constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Em seus objetivos, a Política traz a promoção de ações de saúde que contribuam para uma maior adesão, por parte dos homens, aos serviços de Atenção Básica e que possibilitem um aumento na expectativa de vida e a redução dos índices de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008b).

Pode-se dizer, portanto, que a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem visa trabalhar em conjunto com a Política Nacional de Atenção Básica, pondo em prática os princípios do Sistema Único de Saúde, através de estratégias de humanização e de ações de atenção integral à saúde do homem, buscando assim, entre outras coisas, fortalecer a rede de cuidados em saúde.

A não procura pelos serviços de saúde, em especial a atenção básica faz com que o homem fique privado da proteção necessária à promoção de sua saúde e prevenção de doenças, continuando com uso de procedimentos desnecessários e algumas vezes perigosos. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, regularmente, as medidas de prevenção básica (BRASIL, 2008b).

Estudos realizados mostram que são muitas as suposições para a ausência dos homens nas USF's. Uma delas seria a possibilidade de que esta seja uma característica da identidade masculina relacionada

ao seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Outra, no entanto, afirma que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas, sem grandes perdas de tempo (FIGUEIREDO, 2005).

Destarte, apresentamos neste artigo uma reflexão sobre a saúde do homem e as unidades de saúde da família o qual margeamos uma discussão sobre **O homem e a saúde; O homem e a Unidade de Saúde da Família; O acesso do homem nas unidades de saúde da família**. Ao longo do artigo, buscou-se reflexão teórica, somado a resultados de pesquisa e relatos de experiências a cerca da temática saúde do homem no contexto nacional e baiano.

O homem e a saúde: o ser social e a política de saúde.

Antes de questionar o porquê dos homens não procurarem/frequentarem serviços de saúde, especificamente as Unidades de Saúde da Família, é importante tentar responder/entender o seguinte questionamento: *O que é mesmo ser homem?* Para tanto, deve-se fazer uma retrospectiva histórica sobre a constituição do homem ao longo das épocas até a modernidade/contemporaneidade.

Uma boa tentativa de responder essa questão é tomar como base a sociedade patriarcal. Segundo Nolasco (1997) citado por Gomes (2003), o homem da sociedade patriarcal é a representação do “homem de verdade”, que é viril, que detém de força e poder, por isso encontra-se no centro de toda e qualquer instituição, seja ela família, empresa/organização, Estado. A sociedade patriarcal pode ser entendida como uma produção ideológica, na qual o homem é a maior autoridade, devendo as pessoas ser subordinadas, prestando-lhe obediência. Essa relação patriarcal fez surgir às relações de domínio, desiguais e hierarquizadas, sendo o homem quem decide e estimula essas desigualdades, de forma a manter o poder, tornando-se a mais alta autoridade do lugar.

Atualmente, este legado ainda acompanha e orienta o desenvolvimento da sociedade, uma vez que meninos e meninas crescem sob a crença de que mulher e homem são diferentes biologicamente por natureza e, por isso, as diferenças sociais e políticas também existem e devem ser consideradas.

Nesse modelo de masculinidade a ser seguido, sendo este culturalmente construído, no qual o homem é o exemplo de poder e liderança (chefe da família, dos negócios, do Estado), ressaltam-se as ideias de que o “homem de verdade” é solitário e reservado no que se referem às suas experiências pessoais e bastante prático e superficial quando direcionado para agir e realizar atividades. Além disso, essa cultura patriarcal e, portanto, machista, não permite que o homem demonstre quaisquer elementos de fragilidades, pois sua força e virilidade são representadas pela saúde, uma vez que, um “homem de verdade” é um homem com saúde, um homem que é útil à sociedade.

A partir da segunda metade do século XIX, quando a saúde se torna questão de Estado e diferentes ações passam a ser pensadas com o objetivo de viabilizar a cura ou de proporcionar uma melhora à saúde da população, determinadas classes de sujeitos mereceram atenção especial, de acordo com a necessidade observada pelo Estado. Algumas dessas classes priorizadas foram: os homossexuais, que receberam tal atenção pela vulnerabilidade que supostamente estavam expostos; as mulheres, que durante muito tempo lhes foi atribuída à responsabilidade da reprodução de uma raça forte e sadia (STOCKLE, 1993 *apud* CARRARA, 2009), e, em consequência, ao movimento feminista, que dentre tantas coisas, reivindicava o direito à atenção e o cuidado à sua saúde (em geral); outros ainda (crianças e idosos), por serem considerados particularmente frágeis frente a doenças e outros infortúnios.

Qualquer que tenha sido a justificativa para tal preferência e prioridade na escolha das classes para a atenção e cuidados voltados à saúde, de acordo com Carrara; Russo; Faro (2009), na medida em que eram “medicalizados”, algumas classes de sujeitos ganhavam visibilidade, enquanto outras permaneciam “obscuras”. Esse é, especialmente, o caso dos homens.

O homem, mesmo sendo este um modelo patriarcal de liderança e poder, esteve esquecido quanto à atenção e cuidados com a saúde. Porém, na década de 70 do século passado, estudiosos norte-americanos começaram a pensar na temática “homem e saúde”. Esses estudos, segundo Schraiber; Gomes; Couto (2005) traduziam um pensamento comumente encontrado na teoria e política feministas que, conceitualmente pressupunham que a masculinidade tradicional produzia um déficit de saúde deste homem. Tal perspectiva apresenta um significativo avanço, de uma maneira mais consistente, por volta dos anos 80, através de uma modificação na nomenclatura: de estudos dos homens para estudos de masculinidades (COUTERNAY, 2000).

Essa nova perspectiva busca entender o homem e seu “descuido” com a saúde sob o olhar da abordagem de gênero, uma vez que esta, segundo Pereira (2009, p. 2), é o que estrutura as relações sociais, sejam elas desiguais ou não, proporcionando “a naturalização dos papéis sociais atribuídos a diferentes categorias de sexo em nossa sociedade”. A partir disso, fica mais fácil “compreender os determinantes culturais que levam o “sexo forte” a não cuidar da saúde”.

Já a partir dos anos 90, a temática em questão começou a ser abordada sob uma forma diferenciada. A discussão passou a refletir, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos. Essa abordagem, sem perder a perspectiva relacional de gênero, veio focalizando, sobretudo, a resignificação do masculino para buscar-se uma saúde mais integral desse homem (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

De acordo com Carrara; Russo; Faro (2009), não é correto afirmar que, ao longo do último século, estudiosos (médicos e sanitaristas, por exemplo) não tenham percebido que as desigualdades de gênero faziam dos homens seres vulneráveis, do ponto de vista da saúde pública. Embora não tenham veiculado estratégias que combatessem essa vulnerabilidade dos homens ou sobre a masculinidade, e a colocassem como foco de preocupação, algumas campanhas, como *contra o alcoolismo* e *contra as doenças sexualmente transmissíveis - DST's*, não deixaram de representar inquietações que contemplavam especificamente a

classe masculina. Vale ressaltar ainda que, não se pode considerar como uma simples coincidência o fato de ter sido justamente no âmbito da luta contra as DST's que, nos anos 1930 e 1940, foi proposta pioneiramente no Brasil a criação de uma área da medicina responsável pelo cuidado à saúde do homem, área esta chamada de andrologia. Mesmo diante desses avanços, estes não foram suficientes para culminar na formulação de políticas públicas voltadas à população masculina.

Carrara; Russo; Faro (2009, p. 661) se propõem a explicar que:

Se a intensidade com que a medicina investiu sobre os corpos femininos fez com que, já em finais do século XIX, a ginecologia se institucionalizasse (cf. ROHDEN, 2001), a andrologia nunca chegou a ter o mesmo estatuto. Isso quer dizer que uma ciência sobre o homem, como sujeito genericado e não como representante universal da espécie humana, encontrou e ainda encontra grande dificuldade para se implantar [...].

Essa dificuldade em implantar uma área médica especializada na saúde do homem deve-se a uma construção histórico-cultural de que o homem é fruto de uma sociedade caracterizada pelo patriarcalismo. Diferentemente das mulheres, os homens não se interessaram em lutar em prol de atenção e cuidado à sua saúde, muito menos lutar pelos seus direitos, uma vez que eles já estavam assegurados.

Como dito anteriormente, o homem é influenciado pela ideologia da sociedade patriarcal, que por sua vez, vem legitimar sua superioridade por conta do papel de provedor, de líder e de detentor da força física e de poder, que exerce perante, principalmente, o sexo feminino. Este legado histórico-cultural é uma das possíveis explicações para o “distanciamento” do homem da atenção e cuidado da sua saúde, e, conseqüentemente, dos serviços de saúde, sejam eles básicos e/ou especializados.

A partir da primeira década do século XXI, portanto, esse panorama começa a se modificar significativamente, o que pode ser comprovado na seguinte passagem:

Uma configuração complexa de processos econômicos, políticos, culturais e tecnológicos contribui para isso. De um lado, o aprofundamento da crítica dos movimentos feminista e LGBT ao machismo tem feito com que os homens percam progressivamente a posição de representantes universais da espécie humana e a relativa invisibilidade epistemológica que tal posição lhes proporcionava. De outro, a transformação das estruturas familiares e de padrões de masculinidade tem permitido aos homens emergirem como consumidores de bens e serviços – entre eles os serviços de saúde – antes voltados às mulheres ou vistos como intrinsecamente femininos (CARRARA, 2009, p. 661).

Essas mudanças supracitadas por Carrara possibilitaram uma aproximação do homem com sua saúde. No entanto, seguindo a lógica da diferença de gênero, concebida culturalmente ao longo dos anos, quando o homem procura pelos serviços de saúde para atendimentos de rotina, segundo Pereira (2009), ele tende a ser discriminado e sua busca pelo cuidado e atenção à saúde é interpretada como uma ação “sensível”, como “coisa de mulher”, ferindo assim sua masculinidade e sua posição patriarcal.

Levando em consideração tal situação e o alto índice de mortalidade de homens na atualidade, o Ministério da Saúde brasileiro, “na tentativa de quebrar paradigmas culturais” (PEREIRA, 2009), criou a Política Nacional de Atenção à saúde do Homem. Esta política surge como um marco significativo no longo processo que se desenrola em torno da saúde do corpo masculino, tendo como finalidade: facilitar e ampliar o acesso do homem aos serviços de saúde.

Sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, o ministro brasileiro da saúde afirma que:

Essa política parte da constatação de que os homens, por uma série de questões culturais e educacionais, só procuraram o serviço de saúde quando perderam sua capacidade de

trabalho. Com isso, perde-se um tempo precioso de diagnóstico precoce ou de prevenção, já que chegam ao serviço de saúde em situações limite. Em geral, os homens têm medo de descobrir que estão doentes e acham que nunca vão adoecer, por isso não se cuidam. Não procuram os serviços de saúde e são menos sensíveis às políticas. Isso coloca um desafio ao SUS, já que vai exigir do sistema mudanças estruturais para que o sistema esteja mais sensível, inclusive com o treinamento de profissionais para que olhem de forma mais atenta a essa população (TEMPORÃO, 2009 *apud* PEREIRA, 2009).

Sendo assim, as estratégias delineadas pela política vão além da emissão de diagnóstico de doenças, mas ela exige, dentre outras coisas, modificações de cunho cultural que possibilitem a quebra de paradigmas que envolvem gênero e os papéis desempenhados por estes, construídos ao longo do tempo por uma sociedade caracterizada pela ideologia do patriarcado.

As mudanças esperadas através do rompimento com esse antigo paradigma machista devem levar em consideração aspectos culturais e psicossociais, à medida que respeita a diversidade existente dentro do próprio gênero. É essa ausência de respeito e de consideração, segundo Pereira (2009), que se fundamenta como um obstáculo que impede que os homens busquem e frequentem os serviços médicos/de saúde.

É justamente nesse aspecto que a PNAISH objetiva, entre outras coisas, capacitar/qualificar os profissionais da saúde, proporcionando assim um melhor acolhimento do homem, enquanto sujeito e suas queixas/sintomas, lhes possibilitando atenção e cuidados necessários que promovam a saúde masculina.

Cabe salientar que, para que haja um bom desenvolvimento/efetivação dessa política, é preciso levar em consideração a constituição histórico-cultural do homem da sociedade patriarcal/machista. Neste sentido, se faz necessário que o campo da saúde invista na discussão sobre gênero, masculinidades para, enfim, entender “o estilo de vida saudável” ou não adotado pelo homem (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

O homem não tem o hábito de frequentar serviços de saúde. Isso já se sabe. Mas, o que não se tem o conhecimento exato é sobre os fatores/motivos que o afastam dos serviços de saúde. Este é um desafio que o Ministério da Saúde do Brasil assumiu ao implantar PNAISM.

Uma forma de promover desenvolvimento para tal política é: “já que os homens não vão até os serviços de saúde, os serviços de saúde irão até os homens”. Essa tentativa é realizada através da busca ativa de usuários. O que se pode observar é que, mesmo assim, ainda há uma baixa frequência destes usuários nas Unidades de Saúde Família.

Segundo Figueiredo (2005), é possível interpretar o cenário da baixa frequência dos homens as Unidades de Saúde sob dois olhares: a identidade masculina que estaria relacionada ao social, ou seja, no processo de socialização do homem, não houve uma valorização do cuidado, principalmente do autocuidado; e existe uma preferência desses usuários por farmácias ou prontos-socorros, pois estes proporcionam um resultado mais pontual e objetivo às suas demandas, uma vez que o atendimento é mais rápido.

O autor continua expondo outras justificativas para a ausência dos homens nos serviços de atenção básica de saúde (USF's), declarando que, de acordo com outras visões, a razão da dificuldade de procura destes homens pelo serviço de saúde seja da Unidade de Saúde, visto que o ambiente costuma ser “feminilizado”, devido à alta frequência da mulher por conta da ênfase na prevenção de doenças e promoção à saúde e ainda porque a equipe multiprofissional costuma ser composta, na sua maioria, por profissionais mulheres; o que provocaria no público masculino a sensação de não pertencer àquele espaço (FIGUEIREDO, 2005).

No entanto, essas são as justificativas defendidas por Figueiredo em sua pesquisa. Embora os números e as explicações que se referem a esse distanciamento do homem das Unidades de Saúde da Família (serviços de saúde) e essa falta de preocupação quanto à prevenção de doenças e promoção à saúde deste homem sejam semelhantes, cada região carrega sua particularidade e sua especificidade.

O homem e a unidade de saúde: “Quando eu preciso eu vou... qualquer dia eu apareço pra visitar vocês”.

A seguir apresentamos uma discussão sobre o Homem e a Unidade de saúde pautada nos resultados de pesquisa intitulada: *Homem não adoce. Os motivos pelos quais os homens não frequentam as unidades de saúde da família* (SILVA, 2010). Com objetivos de identificar os motivos pontuados pelos homens para a pouca frequência desses às USF's, esta pesquisa de natureza qualitativa e caráter descritivo, foi realizada em município baiano, em 2010. Este município possui uma população de 88.768 pessoas, sendo 85,62% moradores da zona urbana e 14,38% moradores da zona rural. Da população 52,34% são mulheres e 47,66% são homens. (IBGE, 2010).

A cidade pesquisada possui 22 Unidades de Saúde da Família, com cobertura de 83,9% de sua população. Além disso, o município conta com 10 Postos de Saúde, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Unidade Básica de Saúde, 1 Policlínica e 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), totalizando 37 unidades com farmácias de distribuição gratuita de medicamentos.

A USF pesquisada foi a Unidade de Saúde Palmeira (nome fictício) na qual da população cadastrada: 46,62% (2058) são homens e 53,38% (2356) são mulheres. A faixa etária mais prevalente é entre 20 e 39 anos com 41,91% da população (1850), seguida da faixa etária entre 40 e 49 anos com 13,80% (609) da população. Vale pontuar que, 83% da população cadastrada possui água filtrada em casa, 99,45% possui seu lixo coletado pela rede pública e 99,68% possui energia elétrica em suas casas (SIAB, 2010).

Os sujeitos do estudo foram homens moradores do bairro há mais de seis meses, cadastrados na USF Palmeira com idade entre 25 a 59 anos. Foram inclusos no estudo, sete homens, com idades entre 26 a 56 anos, tendo a faixa etária de 30 a 40 anos como a mais prevalente com 04 participantes, correspondendo a 57,14%. Os participantes do estudo moravam no bairro, em média, há 20 anos. Quanto à escolaridade, a maioria dos sujeitos da pesquisa

possuía o 2º grau completo (57,14%). Em relação à ocupação, 03 dos entrevistados eram comerciantes (42,85%), havia 01 estudante (14,28%), 01 caminhoneiro (14,28%), 01 mecânico (14,28%) e 01 aposentado (14,28%).

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada, previamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza sob o protocolo nº 045/2010 e Coordenação de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do município baiano estudado. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantia do sigilo e anonimato cada entrevistado recebeu um pseudônimo com alusão a grandes empresas fabricantes de carros automobilísticos. O entrevistado 1, leia-se AUDI; o entrevistado 2, leia-se BMW; o entrevistado 3, leia-se FERRARI; o entrevistado 4, leia-se HONDA; o entrevistado 5, leia-se MERCEDES; o entrevistado 6, leia-se PORSCHE; e o entrevistado 7, leia-se TOYOTA.

Através de análise de conteúdo descrita por Minayo (2010), as explicações elaboradas pelos entrevistados giram em torno de uma frase marcante: “Quando eu preciso eu vou... qualquer dia eu apareço pra visitar vocês”. Essa frase resume, de maneira superficial, o pensamento geral dos usuários e significa dizer que o homem dificilmente irá a Unidade de Saúde.

A opinião dos homens sobre os motivos de não frequentarem as Unidades de Saúde tiveram a mesma direção em sua maioria. Um dos principais motivos para a não procura do serviço de saúde foi à falta de tempo, principalmente pelo horário de funcionamento da Unidade ser o mesmo do horário de trabalho.

Essa ideia é evidenciada pelas seguintes narrativas:

[...] **a vida da correria também né**, nem as vezes a gente tem de tempo pra ir fazer essas coisas, é uma coisa ali, uma coisa cá, quando vai ver no dia, o dia já acabou né, aí não dá pra fazer mais nada [...] quando a gente vai ver o dia já tá acabando e pronto... tem dia que nem dá pra fazer tudo que o dia já acabou [...] (FERRARI).

[...] **O negócio é tempo mesmo**, porque aqui é correria não tem jeito, todo dia chega mais coisa pra fazer aqui (no trabalho), mas eu vou tirar um tempinho pra ir lá no posto [...] (HONDA).

Percebe-se uma convergência nos trechos supracitados, em que a máxima do mundo capitalista/materialista é expressa: “Tempo é dinheiro”. Essa frase de Benjamim Franklin se adapta a realidade atual e é bastante utilizada pela dinamicidade econômica do mundo globalizado.

Outras falas remetem a demora para ser atendido no serviço de saúde como fator de ausência nas USF’s.

[...] **demora demais**, não gosto não meu filho, vai desculpando aí, mas eu não gosto mesmo [...]minha mulher vai lá e volta tempo muito depois, não gosto não [...] (MERCEDES)

[...] e outro fator de que o homem não vai **é o tempo que ele leva pra ser atendido, aquela coisa de ficar ali esperando**, ele não tem paciência, não vai, não encara isso com naturalidade. Eu digo por mim que por exemplo eu não vou no posto de saúde [...] (TOYOTA)

Entende-se que o horário de funcionamento da Unidade somado ao tempo que o usuário leva pra ser atendido, acaba por dificultar o acesso dos homens nas Unidades de Saúde. Será que se ampliassem o horário de funcionamento da USF para o turno noturno os homens frequentariam mais o serviço de saúde? Acredita-se que vai além do horário de funcionamento da Unidade, perpassa por questões culturais nas quais o homem não pode esperar pela mulher (característica peculiar das trabalhadoras de saúde da Unidade Palmeira; são todas mulheres). Além disso, através da observação realizada, nota-se que a Unidade apresenta problemas crônicos de marcação de exames e consultas, horário de funcionamento incompatível com o homem trabalhador, acomodações desconfortáveis e pouco esclarecimento sobre o seu funcionamento.

Essas falas corroboram os discursos encontrados no estudo de Gomes, intitulado de *Por que os homens buscam menos os serviços de*

saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. O horário de funcionamento dos serviços de saúde não atende às demandas dos homens, por coincidir com a carga horária de trabalho. Como as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, a busca por esses serviços fica em segundo plano. Os homens, ao procurarem o serviço de saúde para uma consulta, enfrentam filas, podendo levá-los a “perder” o dia de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Em contraponto, uma ideia que parte dos usuários na tentativa de diminuir o tempo gasto para o atendimento no serviço de saúde, é a procura por outros meios para resolver suas demandas, isso pode ser observado no fragmento de conteúdo:

[...] Quando eu sinto alguma coisa assim, uma dor aqui (apontando pra cabeça), ou aqui (apontando pra barriga), que eu tô desmanchando... assim...**ela** (a mulher) mesmo **vai lá** (na farmácia) e **pega remédio pra mim, me dá chá**, uma coisa e outra, aí eu fico bom ligeirinho [...]
(MERCEDES)

O trecho supracitado remete ao papel das Doulas ainda muito comum na nossa sociedade. A palavra “doula” vem do grego “mulher que serve” (BRUGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005) É comum que os homens esperem pela mulher para “cuidar da saúde”, espera que a mulher “vá lá (na farmácia) e pega remédio pra mim”. Esse “cuidado” evita que o homem procure o serviço de saúde.

Além disso, o extrato acima dialoga com os resultados encontrados em outros estudos, a exemplo de Pinheiro et al. (2002), que apontam a prevalência masculina na procura de serviços emergenciais, tais como farmácia e pronto-socorro. Segundo ele, talvez os homens prefiram utilizar as farmácias ou prontos-socorros porque esses responderiam mais objetivamente às suas demandas. Nesses espaços, os homens seriam atendidos mais rapidamente e

conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade. A farmácia, em específico, tem um papel importante na relação que o homem estabelece com sua saúde, pois esta é vista como uma instância “se-miprofissional” onde se pode pedir um conselho em serviço médico, sem precisar enfrentar filas ou marcar consultas. Como a primeira urgência em geral é aliviar a dor, muitas vezes a visita à farmácia satisfaz esta necessidade mais rapidamente.

Para entender os motivos pelos quais os homens não frequentam as Unidades de Saúde, alguns entrevistados referiram à questão cultural de uma sociedade patriarcal na qual estamos inseridos como justificativa para esta ausência. Alguns discursos trazem o homem como o ser “forte”, que não precisa ir ao Serviço de Saúde ou que só procura a Unidade de Saúde quando está sentindo alguma dor. Ademais, relatam que o próprio serviço tem caráter curativo, ou seja, eles só devem ir a Unidade quando estão sentindo algum sintoma. Essa ideia é exposta nas falas:

[...] eu imagino que seja **uma questão cultural do homem**
[...] É uma questão cultural primeiramente. Toda vida **o homem achou que ele é mais forte que a mulher** [...] Mas eu penso que é isso, questão cultural do homem, que só vai no posto ou só procura o médico quando tá sentindo uma dor ou que é uma **coisa assim grave que não dá pra resolver** [...] (BMW)

[...] **Os homens não vão** é porque é devido a um **tabu que tem**, é ignorância do próprio homem, que só acha que tem que **ir pro médico quando tá doente mesmo** e outra coisa, quando um homem vai pra um médico, fazer um exame, fazer uma consulta preventiva e tal, ele acha que isso é coisa de mulher, que homem não deve fazer essas coisas [...] E outra coisa que o homem tem é o tabu, porque ele acha que ele vai chegar lá e vai ser hostilizado [...] (TOYOTA).

[...] acho que nem sei da última vez que fui no médico, mas graças a Deus eu **não sinto nada** [...] (HONDA).

[...] a verdade é que eu fui poucas vezes lá, não gosto de ir mesmo lá, eu também não sinto nada assim, acho que eu vou pra lá sem ter o que fazer, não sinto nada, você tá me entendendo né? Agora, quando **eu tô sentindo alguma coisa eu vou, alguma dor, alguma coisa mais assim**, sabe?! Aí eu vou, mas não gosto mesmo não [...] (PORSCHÉ).

Em uma visão antropológica, podemos o definir como a rede de significados que dão sentido ao mundo que cerca um indivíduo, ou seja, a sociedade. Essa rede engloba um conjunto de diversos aspectos, como crenças, valores, **costumes**, leis, moral, línguas etc. (DANTAS, 1998) (grifo nosso).

Ao longo da história, o homem não foi habituado a cuidar da saúde. Este é um valor atribuído às mulheres, talvez por isso que há uma discrepância tão manifesta no número de atendimento de mulheres comparado aos homens.

Esses discursos dialogam com o estudo de Pereira (2009), que infere que o homem é influenciado pela ideologia do patriarcado que legitima sua superioridade. Segundo o autor, o papel que é atribuído ao homem é o de ser provedor, detentor de força física superior a da mulher. Assim, no momento em que o homem procura os serviços de saúde para atendimentos de rotina, ele é discriminado até mesmo por profissionais da área, a atitude é vista como “sensível, coisa de mulher”. Este fato é bastante evidente através de jargões populares como: homem não chora; homem doente é dengoso; estes são disseminados e ditos no contexto da cultura brasileira.

Dessa maneira, os entrevistados referiram sentir-se deslocados quando, por uma eventualidade, procuram o serviço de saúde. Eles afirmam que o serviço é só para as mulheres. Isso pode ser observado nos trechos:

[...] Uma que eu não vou porque **só tem mulher**, eu não vejo um homem no meio, acho que homem só tem você (se dirigindo ao entrevistador) que dirige a turma, **fica chato um “velho” no meio de tanta mulher** [...] (AUDI).

[...] pra mim não tem como não, aqui você tá vendo, é complicado, toda hora chega carro, é uma coisa, toda hora tem gente perguntando coisa, querendo saber das coisas pra saber como tá indo e tal... **se eu sair daqui.** (do trabalho)ixiiii, **o bicho pega aqui.** Uma vez fui inventar de ir na rua rapaz, pra resolver coisa de minha sogra, quando eu voltei tava uma agonia da p... aqui, ninguém tava fazendo nada, era só o povo esperando eu chegar pra fazer os negócios, aí se eu for no posto, já sabe né, é complicado. Minha filha vai direto lá, faz consulta com a enfermeira chefe lá [...]. (HONDA)

O homem enquanto ser social está inserido em uma política (PNAISH) em que a proliferação dos papéis sociais os homens desenvolvem relações sociais transitórias, superficiais e impessoais com o Serviço de Saúde da Família. O cuidado com a saúde distancia-se do trabalho, da família e do lazer. Este cuidado não penetra na existência humana de SER HOMEM!

Assim, quando o homem entrevistado declara: “**Quando eu preciso eu vou... qualquer dia eu apareço pra visitar vocês**”, sintetiza a relação do homem com a unidade de Saúde da Família. Onde a falta de tempo, o horário de funcionamento da unidade incompatível com o horário de trabalho, a cultura da sociedade patriarcal do homem forte, superior à mulher, imediatista e de poucas palavras, tudo isso resume que se precisa avançar na discussão da dificuldade de acesso dos homens as USF.

Não basta existir uma Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, fazem-se necessárias mudanças de paradigmas dos trabalhadores da saúde, das instituições de nível superior que formam estes trabalhadores, da comunidade, para reportar-se ao modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrante do serviço de saúde, inclusive na perspectiva da promoção à saúde e prevenção de agravos. Deste modo, no sentido de compartilhar o modo de fazer saúde, apresentaremos a seguir experiências de diferentes atores que atuam na atenção básica na tentativa de promover a Atenção Integral à saúde do Homem.

O acesso do homem na saúde da família: relato de vivências experienciadas

Ao refletirmos sobre o acesso do Homem nas Unidades de Saúde da Família, surge uma inquietação: O que os trabalhadores da saúde, a gestão municipal em saúde e as Instituições de Ensino Superior têm realizado? E se tem realizado alguma ação, como elas acontecem? As ações para ampliar o acesso do homem na Saúde da família têm sido movidas por uma gestão participativa, com a coparticipação dos sujeitos coletivos?

Enquanto instituição formadora de ensino superior em saúde observa-se que durante as práticas dos componentes curriculares do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) nas USFs é possível perceber que os homens sentem-se desconfortáveis frente à quantidade de mulheres presentes nas unidades de saúde para as diversas atividades. A linguagem corporal expressa pelos homens na USF, por repetidas vezes, traduz-se em cabeça quase sempre baixa, impaciência, dificuldade de comunicar-se, associado à expressão e vontade de ser atendido o mais rápido possível. Questiona-se: Seria essa linguagem uma tentativa de se livrar da dificuldade de acesso às unidades de saúde? Como os trabalhadores da saúde, a universidade e a gestão municipal têm refletido sobre o acesso dos homens nas unidades de saúde?

Indicadores mostram que em 2009, a população brasileira chegou a 191,8 milhões de pessoas, sendo que as mulheres representavam 51,3% e os homens, 48,7% do total. Concernente à razão de sexo, há 94,8 homens no Brasil para cada 100 mulheres. O que vem declinando devido à mortalidade masculina mais alta (IBGE/PNAD, 2009). No entanto, no cotidiano dos serviços de saúde observa-se que a proporção de mulheres que procuram os serviços de saúde é muito superior comparado a proporção de homens. É notória a diferença do acesso entre homens e mulheres nos Serviços de saúde, em especial na Atenção Básica.

Assim, será que podemos inferir que a população masculina não se preocupa tanto quanto as mulheres na prevenção de doenças?

Ou será que o acesso dos homens as Unidades de Saúde tem sido insipiente e frágil? O que tem sido feito para ampliação do acesso aos homens nas unidades de saúde? O que a UFRB, a gestão municipal de saúde e os trabalhadores de saúde de SAJ têm realizado para o enfrentamento do acesso aos homens nas unidades de saúde?

Destacam-se algumas alternativas que vem sendo implantadas com o objetivo de aumentar o número de atendimento a usuários homens, sem que estes precisem sair no horário de trabalho. No município de Paulista, região metropolitana de Recife, existe uma iniciativa de estender o horário de funcionamento das Unidades. Algumas USF's estão funcionando no turno da noite, com o objetivo de atender os homens que trabalham durante o dia. Das 18h às 22h apenas pacientes do sexo masculino, maiores de dezoito anos, são atendidos na Unidade de Saúde. Essa ideia tem deixado o público masculino mais à vontade e apresenta-se como boa alternativa para atender os homens trabalhadores.

Acredita-se que a dificuldade de acesso dos Homens nas USFs no município de Santo Antônio de Jesus – SAJ na Bahia assemelha-se com a realidade de muitos municípios baianos e brasileiros. O enfrentamento do baixo acesso de homens nas Unidades de Saúde santo-antoniense tem acontecido através de ações, como: reunião de equipe de saúde da família, feira de saúde, ações extensionista do centro de ciência da saúde da UFRB, projetos multidisciplinares com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a gestão municipal da atenção básica através da implantação, implementação e acompanhamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

O PMAQ tem como finalidade a melhoria do acesso e da qualificação dos serviços da AB. Organizado em quatro fases complementares: **Adesão**, que consiste na contratualização de compromissos e indicadores entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e um desses com o Ministério da Saúde; **Desenvolvimento**, que é referente à construção de estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade,

estabelecidos na primeira fase; **Avaliação Externa**, na qual deve ser realizado um conjunto de ações que investigam as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa, e **Recontratualização**, que envolve um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade dos serviços de saúde da atenção básica (BRASIL, 2012).

Em Santo Antônio de Jesus (SAJ) na Bahia, a gestão da AB e as Unidades de Saúde da Família (USF) aderiram ao PMAQ e atualmente têm realizado autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional das estratégias que foram propostas e implementadas, que correspondem respectivamente as fases de adesão e desenvolvimento, visando a melhoria do acesso e qualificação dos serviços de saúde. Uma das necessidades identificadas foi referente ao acesso da população masculina aos programas desenvolvidos na atenção básica, a partir deste indicador foi proposto a organização de ações de promoção à saúde direcionada aos homens.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem apresenta-se como uma das prioridades do Ministério da Saúde, nos 23 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetiva a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, servindo, desta maneira, como embasamento para direcionar a atenção à saúde voltada para essa população (BRASIL, 2009).

Abaixo relataremos algumas iniciativas que diferentes atores que atuam no cenário da AB santo-antoniense desenvolveram para ampliar o acesso do homem nas USF de SAJ.

As primeiras iniciativas, concernentes à saúde do Homem em Santo Antônio de Jesus, iniciaram em 2009 com os trabalhadores da saúde da família, docentes e discentes de algumas escolas do ensino médio e do curso de enfermagem da UFRB. Somado a outros parceiros como trabalhadores do Centro de Testagem e Aconselhamento, da vigilância Epidemiológica e Gestores da Atenção Básica. Estas

iniciativas buscaram aproximação da PNAISH com os trabalhadores da saúde e comunidade.

A primeira experiência aqui relatada aconteceu, em 2009, numa escola de ensino médio em um bairro periférico em Santo Antônio de Jesus. Na oportunidade, foi planejado entre acadêmicos de enfermagem, equipe de saúde da família, vigilância epidemiológica municipal, coordenação da atenção básica municipal, diretor e professor de escola, uma atividade denominada Feira de Saúde do Homem. Todo planejamento foi feito em conjunto entre diferentes atores, com ações pautadas na promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos. Como, por exemplo, imunização, oficinas sobre saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva do homem, tabagismo, alcoolismo, violência, dentre outros. O desfecho deste evento foi o não comparecimento de nenhum homem na atividade.

Os homens que compareceram ao evento foram os próprios alunos da escola que estavam envolvidos com o evento. A reflexão para atores envolvidos margeou questões quanto à falha no planejamento da feira, falta de divulgação, questões culturais dos homens e o horário da atividade. A ponderação que fazemos como parceiros envolvidos nesta primeira experiência é que mais uma vez estamos reproduzindo em nossas ações de promoção à saúde de modo verticalizado, para o outro. “Como detentores do saber” fazemos um levantamento da necessidade do outro sem ao menos perguntar ao outro quais suas necessidades, o que pensam sobre tais e o como idealizam que tais necessidades fossem supridas. Como atores sociais que atuam na atenção básica, necessitamos aprender a fazer com o outro e outro, neste caso, são os homens. Como ampliar o acesso dos homens as USF se não há diálogo com os mesmos? Se não compartilho sua cultura, seus valores e seus saberes?

Com uma reflexão mais amadurecida sobre saúde do homem e sobre o processo de trabalho da atenção de saúde da família, na perspectiva de rede para com os homens, ocorreram entre os anos de 2010 a 2012, atividades voltadas à saúde do homem, com participação da equipe de saúde da família, discentes e docentes da UFRB

do curso de enfermagem e nutrição, equipe do NASF, equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, Coordenação da Atenção Básica, com destaque para a inclusão do Conselho Local de Saúde, enquanto representante da comunidade.

A atividade anual denominada como I, II e III Evento de Promoção à Saúde do Homem aconteceram em uma unidade de saúde da família de SAJ com objetivo de aproximar os homens de um dado território adstrito a equipe de Saúde da família e do NASF, bem como a realização da promoção à saúde com enfoque a saúde do homem. Ações como oficinas para discutir sobre álcool e direção, tabagismo, prevenção de câncer, saúde e trabalho, nutrição e saúde, dentre outros cuidados preventivos como coleta de sangue para rastreamento de situações de colesterolemia, câncer de próstata, detecção precoce de HIV, aferição de medidas antropométricas e sinais vitais, administração de imunobiológicos para prevenção de doenças transmissíveis como tétano, hepatite B, febre amarela, dentre outros.

O resultado encontrado ao longo de três anos é o aumento crescente de participação dos homens nos eventos, entretanto uma limitante participação dos homens no cotidiano do serviço da Unidade de saúde da família. No cotidiano do serviço, o que vemos são homens que procuram a USF para acompanhar seus filhos na sala de vacina ou para busca de medicação, realizar algum procedimento odontológico de cunho curativo ou ainda aqueles que buscam outros serviços, em grande parte, quando estão sentindo alguma dor de grande intensidade ou querem marcar uma consulta com o médico.

Por fim, relataremos uma terceira experiência com a temática de saúde do homem. Esta foi vivenciada entre docente e acadêmicas do 8º semestre do curso de enfermagem (AE) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, equipe de Saúde da Família (ESF), equipe do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) e homens adstritos em um território que faz parte da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família localizada no distrito III da cidade de Santo Antônio de Jesus, onde a referida ESF e NASF atuam. A atividade foi realizada

nas seguintes etapas: 1ª) Autoavaliação do PMAC e levantado à necessidade de ampliar o acesso dos homens a uma USF do distrito sanitário III de SAJ. O processo de autoavaliação é entendido como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, já que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde, por isso a necessidade da aplicabilidade do processo de avaliar, principalmente na AB, mas precisamente em cada USF do município. Na USF, onde foi realizada a atividade, o processo de autoavaliação é contínuo e em reunião da ESF com o coordenador da AB que acompanha as atividades das USFs do distrito III, foram constatados alguns déficits no que se refere à atenção à saúde do homem, ainda em reunião, foi proposto que se realizasse atividades para melhoria dos índices que refletiam a baixa cobertura para este grupo.

Logo se reuniu a ESF atuante na USF, a equipe do NASF II do município, docentes e discentes de enfermagem envolvidos nas atividades de Estágio Supervisionado para elaborar estratégias de acesso entre os homens e a USF. Foi elaborada uma atividade com caráter de feira de saúde, denominada: *O homem e o cuidado a sua saúde*. Optou-se por uma atividade que integrasse toda a equipe que atua na unidade de saúde onde foi realizada a ação de saúde. A realização da atividade aconteceu em maio de 2012 e buscou instigar a população masculina à adesão a práticas saudáveis, prevenção de agravos e promoção à saúde.

Participaram da atividade (*O homem e o cuidado a sua saúde*) 19 homens, o profissional enfermeiro da USF, sete agentes comunitários de saúde, três técnicas de enfermagem, da equipe do NASF II do município e participaram os profissionais de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, farmácia e nutrição.

No dia da atividade, foram realizadas ações pautadas em metodologias ativas, escuta qualificada e acolhimento, preferencialmente aos homens. Sabe-se que para atingir objetivos das ações de educação em saúde é necessário que se contemple a participação da

comunidade neste processo de educação, valorizando os conhecimentos prévios dos usuários, legitimando a democratização do saber.

As estratégias utilizadas tiveram caráter de oficina, roda de bate papo, atendimento individual, orientações sobre diversos temas relacionados à população, principalmente, masculina, dentre eles: sexualidade, atividade física, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção da hipertensão arterial e diabetes mellitus, rotinas sobre o serviço da USF e do trabalho do NASF.

A apresentação sobre o tema sexualidade foi realizada pela profissional enfermeira, na qual foram abordados os aspectos anatômicos e fisiológicos envolvidos no sistema reprodutor masculino, a importância do autoexame do órgão genital masculino, além de enfatizar os direitos sexuais e reprodutivos.

O público de homens participantes da ação educativa tinha faixa etária compreendida, em sua grande maioria, entre 50 e 70 anos de idade. Atualmente, são muitos os fatores que estimulam o prolongamento da atividade desse grupo populacional: maior expectativa de vida saudável, incremento da vida social e, conseqüentemente, da vida sexual. A crença que o avançar da idade e declinar da atividade sexual estejam inexoravelmente ligados pode ser um dos fatores responsáveis pela forma negligenciada com que lidamos com a qualidade de vida nesta população (BRASIL, 2006).

O esclarecimento a respeito da importância da atividade física para indivíduos adultos foi abordado pela profissional fisioterapeuta. Utilizaram-se recursos audiovisuais para se oportunizar a interação com os participantes com relação aos benefícios ao organismo gerados com a prática de atividades físicas, o risco do sedentarismo no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a diferenciação conceitual de atividade e exercício físico e a diminuição dos gastos em saúde pública com a prevenção de efeitos deletérios para saúde.

Outro tema relevante abordado na Atividade *O homem e o cuidado à sua Saúde* de foram as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sendo este explanado pelas profissionais de fonoaudiologia e farmácia, através do álbum seriado elaborado pelo Ministério

da Saúde. Nesta temática, foram abordados: o incentivo a utilização de preservativos masculinos e femininos, formas de transmissão, prevenção e tratamento das principais DST. A população masculina presente na atividade pôde desmistificar alguns mitos e crenças referentes às estas doenças. Observou-se que a desinformação dos participantes tem peso significativo no processo de vulnerabilidade aos riscos de contaminação.

A discussão sobre hipertensão e diabetes ocorreu através de uma dinâmica na qual os acadêmicos de enfermagem distribuíram cartões com símbolos de positivo e negativo e orientaram os usuários a sinalizarem no banner ilustrativo (este instrumento continha figuras referentes a hábitos de vida saudáveis e não saudáveis) o que para eles pareciam ser práticas corretas.

Ao final, os envolvidos avaliaram a atividade como exitosa e listaram outras ações que garantissem o acesso dos homens a USF. As lições apreendidas com a atividade *O homem e o cuidado a sua saúde* possibilitou aos homens, a comunidade, aos trabalhadores da saúde, a gestão municipal da atenção básica, aos acadêmicos de enfermagem e os docentes da UFRB compartilhamento de saberes para a construção de habilidades, capacidades individuais e coletivas na promoção à saúde. Além de promover reflexões sobre a potencialidade do PMAQ para reorientação dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica, espaço de exercício coletivo de aprendizado no que concerne o trabalho em equipe. E nesta equipe estão os trabalhadores da saúde, a comunidade, a gestão da atenção básica, a academia com sujeitos ativos na construção de saberes para saúde para todos.

Últimas palavras: o desafio foi lançado!

Desde 2008, a Política Nacional de Assistência Integral a Saúde do Homem traz à tona a discussão em torno das questões que permeiam os cuidados de saúde da classe masculina no Brasil. Em seu bojo, a PNAISH revela a preocupação com a atual relação dos homens com o serviço de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica.

Essa preocupação em relação à saúde do homem se dá devido ao crescente número de mortes por doenças preveníveis a essa parcela da população, fato que sugere que os homens precisam procurar mais os serviços de saúde para melhorar a qualidade de vida. Comparar as Unidades de Saúde da Família - USF é o primeiro passo para diminuir esses índices alarmantes. Entretanto, é notório que os homens pouco buscam esse tipo de serviço.

Sabe-se que o fato dos homens não procurarem os serviços de saúde, principalmente os serviços da Atenção Básica, está intimamente ligada/relacionada a questões socioculturais da construção social do ser homem. Os estudos realizados anteriormente demonstram que, a ida a Unidade de Saúde representa para o homem o atestado de fragilidade, não aceito por uma sociedade patriarcal. Ademais, o homem como peça fundamental para o sustento financeiro da família, não teria tempo para cuidar da saúde, deixando de lado esse cuidado em detrimento do trabalho.

Essa realidade se repete, em Santo Antônio de Jesus - BA, no que se refere aos resultados encontrados na pesquisa e nas ações extensionistas, pois estes corroboram com outros estudos realizados em regiões diversas do Brasil, em que o principal motivo da não procura as USF's é a questão sociocultural. Além disso, os sujeitos da pesquisa referiram à falta de tempo como importante motivo para não buscar os serviços de saúde da Atenção Básica.

Nesta perspectiva, percebe-se que a implantação da PNAISH não é tarefa fácil para a equipe de saúde, pois para que o homem procure a USF é preciso fazê-lo desconstruir uma prática e uma concepção de masculinidade e saúde (cura/cuidado) que vem se repetindo ao longo a história. Contudo, proporcionar à comunidade, em especial a essa parcela da população, as informações necessárias sobre estratégias de prevenção de doenças, promoção e cuidado à saúde do homem, através de discussões e ações educativas poderão sensibilizar e incitar a busca pelo serviço de saúde, no caso, as Unidades Básicas de Saúde.

O desafio foi lançado. Dessa forma, é importante salientar que para nós, profissionais da saúde e parte integrante da equipe de

saúde, é imprescindível elaborar / recriar estratégias que incentivem os homens a cuidarem da saúde. Frequentar as USF's possibilita uma melhora na qualidade de vida a essa população.

Desenvolver atividades de pesquisa e extensão ratifica o compromisso social da universidade pública, neste caso a UFRB, com a comunidade santo-antoniense, do recôncavo da Bahia e do Brasil. À medida que proporciona aos seus discentes e docentes estabelecer uma relação dialógica, transformadora e de troca. Para além da comunicação cartesiana, uma comunicação problematizadora capaz de iniciar um diagnóstico das necessidades do homem no seu contexto cultural.

Enquanto trabalhadores da saúde da família na modalidade assistencial, gerencial e/ou apoiador, entendemos que conhecer a realidade local e conhecer a comunidade a qual estão inseridos, ir além dos muros das Unidades de Saúde permite: estabelecer vínculo; reconhecer os limites do conhecimento; trabalhar as necessidades da comunidade e não as nossas; refletir sobre os nossos próprios valores e os valores da sociedade.

Ao desenvolver ações de promoção da saúde, não só agimos sobre os determinantes e contribuímos para a redução de desigualdades, mas metabolizamos e sintetizamos mudanças de cunho intelectual e cultural retroalimentando os direitos fundamentais do ser humano. Direito a cidadania, a justiça, a liberdade, a igualdade e a dignidade. Assim, todos, academia, serviço e comunidade no aprendizado de aprender a conhecer, aprender a viver junto, aprender a ser, aprender a fazer promoção à saúde.

Cabe pontuar que, para conseguir avançar no cuidado, prevenção de doenças e promoção a saúde do homem, é necessário um investimento de todos: universidade-comunidade-gestores, em reflexão sobre a saúde do homem, certamente sabemos que este debate está apenas começando.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 04/11/2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Perfil de mortalidade do brasileiro. Brasília, 2008 [a].
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2008 [b]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso 10/05/ 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, 2006.
- _____. **Constituição Brasileira de 1988**. 2.ed, Rio de Janeiro:Forense Universitária, 102p. 1993.
- BRUGGEMANN, OM; PARPINELLI, MA; OSIS, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto: uma revisão da literatura. **Cad Saude Publica**. v.21, n.5, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 20/05/2012.
- CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, v.19, n.3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 07/05/2010.
- COURTENAY, Will. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**. v. 50, p.1385-401, 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid>>. Acesso em: 07/05/2010.
- DANTAS, Tiago. **O que é cultura?** Disponível em <<http://www.alunosonline.com.br/filosofia/o-que-e-cultura>>. Acesso em 18/11/2010.
- FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**. São Paulo, v.10, n.1, p. 105-109, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>>. Acesso em: 14/04/2010.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.8, n.3, p. 825-829, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>>. Acesso em: 14/04/2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAUJO, Fábio Carvalho. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em 14/04/2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1708&id_pagina=1&titulo=PNAD-2009:-rendimento-e-numero-de-trabalhadores-com-carteira-assinada-sobem-e-desocupacao-aumenta>. Acesso em: 05/07/2012.

IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **IBGE Cidades. Informações estatísticas 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 22/06/2010.

MINAYO, Maria Cecília Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo. HUCITEC, 2010.

PEREIRA, Alane Karine Dantas. **Saúde do homem: até onde a masculinidade interfere**. II seminário nacional gênero e práticas culturais. Culturas, leituras e representações. 2009.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Claudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7. p.687-707, 2002.

SANTO ANTONIO DE JESUS .Sistema de Informação da Atenção Básica. **Consolidado de Janeiro de 2010 da Unidade de Saúde da Família Urbis II**. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*. São Paulo, v.10, n.1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em 14/04/2010.

SILVA, Allyson Araújo Magalhães Ramos da. “**Homem não adoecer**”. Os motivos pelos quais os homens não freqüentam as Unidades de Saúde da Família. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em enfermagem, Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, 2010.

Capítulo 4

Saúde coletiva e as demandas da população negra: desafios e perspectivas

Denize de Almeida Ribeiro

As concepções de saúde refletem a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma população ou grupo, ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar e da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas etc. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito a depender das concepções, cenários e lugares de onde falamos.

Houve época, por exemplo, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental e chamava-se drapetomania (do grego *drapetes*, escravo). O diagnóstico foi proposto em 1851 por Samuel A. Cartwright, médico do estado da Louisiana, no escravagista sul dos Estados Unidos. O tratamento indicado era o do açoite, também aplicável à “disestesia etiópica”, outro diagnóstico do doutor Cartwright, este explicando a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados. Assim, ao falarmos de saúde, é imprescindível anunciarmos de que lugar estamos falando e buscarmos entender a concepção presente para o contexto analisado (SCLAIR, 2007).

Já a Saúde Coletiva é uma expressão que entendemos como um campo de saberes e de práticas que concebe a saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. Essa compreensão

nasceu dos sucessivos movimentos de reforma da área da saúde, originários da Europa e dos Estados Unidos, como os da Saúde Pública e Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária etc. Isto ajudou a delinear o objeto de investigação e de práticas na Saúde Coletiva, que compreende as seguintes dimensões:

- Estado de saúde da população, condições dos grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, socioeconômico e cultural;
- Serviços de saúde, abrangendo o estudo do processo de trabalho em saúde, investigações sobre a organização social dos serviços e a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como a avaliação de planos, programas e tecnologias utilizadas na atenção à saúde;
- Saberes sobre a saúde, incluindo investigações históricas, sociológicas, antropológicas epistemológicas sobre produção de conhecimentos neste campo e sobre as relações entre o saber “científico” e as concepções e práticas populares de saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e cultura de modo geral.

Neste sentido, este capítulo se propõe a tratar das condições de saúde, através da análise de alguns indicadores em determinados municípios baianos, na perspectiva da Saúde Coletiva e das demandas da população negra. Buscou-se produzir uma análise da interface entre indicadores epidemiológicos (mortalidade) e a distribuição dos serviços de saúde em 04 (quatro) municípios da região do Recôncavo: Amargosa, Cachoeira, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus.

As demandas da saúde da população negra

Ao falarmos de *saúde da população negra*, precisamos entendê-la como uma área de estudos, de militância política na luta antirracista e do reconhecimento de saberes e práticas, que partem da constatação de que o racismo e a discriminação racial colocam mulheres e homens negros em situações perversas de vulnerabilidade.

Tais situações podem ser modificadas pela adoção de políticas públicas, capazes de reconhecer os múltiplos fatores que resultam em tais iniquidades (LOPES, 2005).

No Brasil, o racismo tem se configurado como principal determinante social das desigualdades impostas à população negra. O racismo possui suas raízes na escravidão e, por conseguinte, através da anulação e negação da humanidade da população negra atuou como uma das estratégias dos colonizadores para legitimar sua dominação. A força desse racismo pode ser medida pelo fato de a escravidão ter dominado a história do Brasil por mais de três séculos, sendo o último país do mundo a abolí-la. Como afirma Freitas (1985, p. 12), “Nenhuma outra região do Novo Mundo foi tão completamente modelada e condicionada pela escravidão quanto o Brasil. Simplesmente, a escravidão fez o Brasil”.

A inexistência de diversas raças humanas é uma verdade científica, mas foi a partir do racismo que se criou a ideia hierárquica das “raças”. Essa é uma realidade cruel, segregacionista, que frequentemente assume a face de genocídio, nada sutil, localizado e marcadamente excludente. Conceitualmente, genocídio consiste em atingir a integridade corporal ou mental para eliminar – no todo ou em parte – um grupo religioso, nacional, racial ou étnico.

Em linhas gerais, o desemprego, o analfabetismo, a subnutrição, a fome e as doenças que assolam sobremaneira os negros, são reflexos de uma ideologia excludente e racista, que se reflete no tipo de política pública implantada no país. Este tipo de genocídio relatado a seguir:

(...) continua pesando, através do racismo ambíguo e dissimulado do brasileiro, a esmagar não apenas economicamente, mas, também, psicológica, cultural e existencialmente a grande população não-branca do país. O racismo é assim, a arma ideológica através da qual os opressores discriminam os não-brancos para manter os seus níveis de privilégio, como, antes, os senhores de escravos da mesma forma procediam (MOURA, 1985, p.14).

O Recôncavo da Bahia é um cenário exemplar de tais considerações, pois foi aqui que a exploração da mão de obra escravizada

se deu com maior intensidade. Para essa região vieram reinados inteiros do continente africano a fim de trabalhar nas lavouras de açúcar no período de colonização. Com a abolição da escravidão, essa região foi esquecida e entregue a própria sorte e aos desmandos dos senhores de engenho.

De lá pra cá, pouca coisa se modificou no que se refere às desigualdades e iniquidades, que se sobrepuseram prejudicando a qualidade de vida da maioria da população dessa região, que é a população negra. O Recôncavo pode ser considerado como um dos territórios com maior percentual de população negra no estado da Bahia. Possui uma grande concentração de comunidades remanescentes de quilombos, inúmeros terreiros de candomblé e muitos grupos com práticas culturais de tradições negras bastante arraigadas.

Com o passar do tempo, as transformações sociais no Brasil também ocorreram do ponto de vista das relações raciais. O racismo passou a ser considerado crime e poderia ser punido através de instrumentos de justiça. Entretanto, o racismo institucional que é definido como “fracasso de uma instituição em oferecer um serviço adequado e digno às pessoas por conta da sua cor ou origem étnica, podendo ser denotado através das práticas, procedimentos, atitudes que coloquem um determinado grupo em desvantagem perante outros grupos” (GOULART e TANNUS, 2007, p. 70-71). Esse tipo de racismo, facilmente identificado nas instituições públicas brasileiras, continua a fazer suas vítimas, estas são representadas nas populações pobres e não brancas, que só encontram a sua disposição uma máquina pública que funciona reproduzindo e permitindo a perpetuação de tais iniquidades.

No Território de Identidade do Recôncavo, a população negra representa mais de 80% de seus habitantes. Segundo dados da SEPLAN (2010), essa região é composta por vinte municípios, a saber: Cabaceiras do Paraguaçu, Cachoeira, Castro Alves, Conceição do Almeida, Cruz das Almas, Dom Macedo Costa, Governador Mangabeira, Maragogipe, Muniz Ferreira, Muritiba, Nazaré, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, São Felix, São Francisco do

Conde, São Sebastião do Passé, Sapeaçu, Saubara e Varzedo. Entretanto, há controvérsias no que diz respeito a essa divisão e alguns autores consideram outras possibilidades de distribuição territorial para delimitar a região.

De acordo com os dados da SEPLAN (2010), a população do Território do Recôncavo total é de 3.958.607 habitantes etnicamente distribuídos da seguinte forma: Brancos 685.079 (18%); Pretos 1.088.876 (28%) e Pardos 2.121.806 (54%), ou seja, a população que se autodeclara negra (Pretos + Pardos) corresponde a 82% dos habitantes do Recôncavo. Daí desenvolver ações que possam promover a saúde da população negra nessa região, além de ser uma forma de combater o racismo institucional, significa também, ampliar a garantia desse direito para a maioria de seus habitantes.

Do ponto de vista da distribuição socioeconômica, a região possui um dos municípios com maior renda per capita na Bahia: São Francisco do Conde (16^o) e também um dos que possui uma das menores rendas: Cabaceiras do Paraguaçu (330^o). Da população economicamente ativa, possui 130.103 habitantes que recebem até 1/4 do salário mínimo contra 5.560 habitantes que recebem acima de 30 salários mínimos (IBGE, 2010). O que demonstra a imensa disparidade social na região.

Já de acordo com dados do Ministério da Saúde (2010), fruto do primeiro levantamento feito pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, criado pelo governo para medir a qualidade do sistema de saúde brasileiro, a média nacional registrada foi de 5,47, abaixo da nota ideal estabelecida como 7,0, que não foi alcançada por nenhum dos vinte e seis estados brasileiros, nem pelo Distrito Federal.

A Bahia aparece como o 13^o estado brasileiro em qualidade do SUS, com 5,39, nota bem abaixo da média nacional. Entre os municípios da região do Recôncavo, Cruz das Almas e Maragojipe aparecem com o pior desempenho, com média de 4,84, enquanto a cidade de São Félix obteve nota acima da média nacional 6,70, a maior nota do estado, a quinta maior do Nordeste. Na região, além de São Félix, destacam-se positivamente Governador Mangabeira 6,29 e Dom Macedo Costa com 6,21.

Perfil da distribuição dos óbitos

Diante das informações anteriormente registradas, procuramos, através deste artigo, analisar alguns dados sobre a situação de saúde dos municípios de: Amargosa, Cachoeira, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus, municípios situados no Recôncavo da Bahia. Assim, de acordo com dados do IBGE (2010) o município de Amargosa possui 34.351 habitantes, 24 estabelecimentos de saúde, destes, 14 são públicos e 10 privados; Cachoeira tem 32.026 habitantes, 32 estabelecimentos de saúde, destes, 24 são públicos e 08 privados; Cruz das Almas possui 58.606 habitantes, 54 estabelecimentos de saúde, destes, 24 são públicos e 30 privados; já Santo Antônio de Jesus possui 90.985 habitantes, 84 estabelecimentos de saúde, destes, 47 são públicos e 37 privados.

Observa-se na relação Público/Privado que o município de Cruz das Almas possui o mesmo número de estabelecimentos públicos que Amargosa, ainda que Cruz das Almas apresente uma população bem maior. Também que o número de estabelecimentos privados é superior aos públicos em Cruz das Almas, isto consequentemente reduz a acessibilidade da população mais pobre aos serviços de saúde neste local. Com relação aos dados de mortalidade geral nos 04 municípios, no ano de 2010, foram registrados 215 óbitos em Amargosa, 212 em Cachoeira, 329 em Cruz das Almas e 577 em Santo Antônio de Jesus.

Para a análise da distribuição de óbitos por causas, levantamos as 05 principais causas de morte registradas pelo DATASUS, nos referidos municípios, no ano de 2010. A principal causa em todos os municípios são as Doenças do Aparelho Circulatório, seguido das Causas Externas e Neoplasias. Esta é uma realidade próxima do que acontece nos grandes centros e que está relacionada ao envelhecimento da população, estilo de vida e ao aumento do número de acidentes e violências. No que se refere à distribuição por faixa etária, consideramos as faixas de 0 a 09 (infância), de 10 a 19 (adolescência), de 20 a 49 (adulto), de 50 a 79 (idoso) e de 80 anos e mais.

Pode-se observar que a mortalidade na infância é bem maior que entre os adolescentes. Este é um dado interessante que carece de uma investigação mais aprofundada quanto às causas associadas ao período da infância, que podem estar relacionadas às condições de vida, saneamento, nível de educação das famílias e nível de acesso aos serviços básicos de saúde. Chama a atenção ainda o fato de essa realidade ser diferenciada da dos grandes centros urbanos, onde a juventude desponta com altos índices de óbitos. Também, existe um grande número de óbitos por causas externas, no entanto, seria preciso investigar, neste grupo, a que causas específicas estas estão associadas. Ainda assim, tais óbitos acometem uma população acima dos 20 anos de idade e não os adolescentes destes municípios.

Na distribuição dos óbitos, por sexo, observa-se que os homens morrem mais que as mulheres em todos os municípios: em Amargosa os óbitos masculinos representam 56% e os femininos são 43%; em Cachoeira os óbitos masculinos representam 55,6% e os femininos 44,3%; em Santo Antonio de Jesus os óbitos masculinos foram 55,3% e os femininos 44,6%, já em Cruz das Almas os óbitos masculinos foram 50,7% e os femininos 49,2%, local onde essa proporção quase se iguala.

Na distribuição dos óbitos, por Raça/Cor, observa-se que a população negra (pretos + pardos) representa a maior parte de todos os óbitos declarados, cerca de 72,7%. Que os óbitos em brancos representam 17,5% dos registrados e que o número de ignorados representa um importante percentual entre os óbitos registrados 9,6%, denotando a necessidade de melhoria do sistema de coleta dessa informação na região do recôncavo da Bahia.

Com relação aos óbitos, por Causas Externas entre indivíduos brancos e negros, nos municípios desse estudo, apresentam-se proporcionalmente maiores entre os negros, chamando a atenção para uma proporção mais elevada em Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus.

Santo Antônio de Jesus apresenta um grande número de óbitos entre indivíduos brancos 24,6%. Mas ao compararmos com os dados sobre Causas Externas, observa-se que esta não é a principal

causa de morte entre os brancos desse município, neste estudo, pois foram 2,7% dos indivíduos identificados como brancos contra 97,7% de negros que morreram por esta causa no ano de 2010.

Outra observação que pode ser feita, com relação à mortalidade e que denota um pouco do funcionamento do sistema de saúde é do tipo de atenção oferecida às mulheres em idade fértil. Pode-se observar, através destes dados, que no ano de 2010 esses óbitos acometeram basicamente as mulheres negras com 73 óbitos totais (94,5%) nos 04 municípios deste estudo, exceto em Santo Antônio de Jesus onde 04 mulheres brancas também foram vitimadas nesta fase da vida, representando 5,4% dos óbitos totais entre os 04 municípios da região.

Já as Doenças do Aparelho Circulatório foram a causa de óbito mais prevalente na população negra de todos os municípios deste estudo, com destaque para Santo Antônio de Jesus, onde esta causa de óbito foi proporcionalmente bem maior entre os negros 99,4%, que em relação aos brancos que apresentaram 0,5% dos óbitos por este tipo de causa no ano de 2010.

A partir da análise dos dados, percebem-se os inúmeros desafios a serem enfrentados nessa região e, particularmente, no município de Santo Antônio de Jesus. Cabe, portanto o desenvolvimento de ações de promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças, principalmente dos agravos associados ao estilo e condições de vida da referida população. Como também a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão que focalizem a saúde da população negra do Recôncavo, que possam auxiliar a gestão municipal na implementação e monitoramento da política de saúde local.

Interface entre indicadores epidemiológicos e distribuição dos serviços

Este é um estudo que carece de maior aprofundamento para ampliar sua análise. Mas, diante dos dados coletados, podemos fazer uma breve discussão que aponta para a importância da análise utilizando as categorias Raça/Cor/Etnia. Esta é uma avaliação

significativa, particularmente diante de uma população secularmente segregada e violada no seu direito humano de atenção à saúde, como foi ao longo dos tempos a população negra. Por conta disso, é imprescindível que o sistema de informação esteja preparado e capacitado para capturar os dados e melhorar sua coleta.

Observamos que a distribuição dos serviços de saúde na região do Recôncavo carece de uma ampliação, particularmente no município de Cruz das Almas, onde o número de serviços públicos é menor que o de serviços privados.

Da análise dos óbitos, observa-se que a principal causa em todos os municípios são as Doenças do Aparelho Circulatorio, seguido das Causas Externas e Neoplasias. Esta é uma realidade próxima do que acontece nos grandes centros, onde tais óbitos estão relacionados ao envelhecimento da população, estilo de vida e ao aumento do número de acidentes e violências. Neste sentido, os serviços precisam ser organizados para responder a essa necessidade regional e as ações de saúde necessitam ser pensadas e desenvolvidas de forma intersetorializadas, pois não há como interferir no estilo de vida de uma população com ações exclusivas e isoladas do setor saúde.

Observa-se que a mortalidade na infância é bem maior que entre os adolescentes. Este é um dado interessante que carece de uma investigação aprofundada quanto às causas associadas ao período da infância, que podem estar relacionadas às condições de vida, saneamento, nível de educação das famílias e nível de acesso aos serviços básicos de saúde nesta região.

No grupo das Causas Externas encontram-se os óbitos por acidentes, quedas e causas violentas. As causas violentas são geralmente as mais prevalentes, essas são mortes consideradas evitáveis que acometem mais os homens jovens, por estarem mais expostos a tais riscos. Mas ao encontrarmos essa proporção de maior prevalência nos homens, jovens e negros denota também outro tipo de risco mais associado ao racismo institucional a que o jovem negro está constantemente mais exposto, que é o do confronto com os sistemas de segurança pública.

Diante do descrito, observa-se que os sistemas de saúde dos locais deste estudo precisam estar atentos para a importância da implementação de uma Política de Saúde que contemple as necessidades da população negra. Como também produzindo informações que possam subsidiar as atividades de prevenção e promoção da saúde e as lutas da população negra local, quanto aos problemas identificados e na defesa de direitos que precisam ser garantidos.

Referências

- BATISTA, L. E. et al. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília, DF: Funasa, 2005.
- BRASIL. FUNASA. **Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/pop_negra/pdf/saudepopneg.pdf
- FREITAS, D. Raízes históricas do racismo brasileiro. *D.O. Leitura*, São Paulo, v. 4, n. 42, 1985.
- GOULART F.A., TANNUS, L. **Subsídios para o Enfrentamento do Racismo na Saúde**, PNUD, Brasília, maio de 2007, p. 70-71.
- HASENBALG, Carlos A. **Discriminação e Desigualdades Raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 2ª ed. 2005.
- HENRIQUES, R. **Desigualdades raciais no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90**. Brasília: IPEA, 2001.
- HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 57-65, 2002. Suplemento.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Relatório - 2010.
- LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (org.). **Seminário saúde da população negra estado de São Paulo, 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005a. p. 53-101. (Temas em Saúde Coletiva, 3).

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS. disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/dados/cid> - acessado em julho de 2012.

MOURA, C. **História do negro brasileiro**. São Paulo: Ática, 1994.

MOURA, C. Sobrevivências do sistema escravista na estrutura da sociedade brasileira. **D.O. Leitura**, São Paulo, v. 4, n. 42, 1985, p. 14-15.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra**: Brasil ano 2001. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

PDI - **Plano de Desenvolvimento Institucional da UFRB - 2011**. Disponível no site: <http://www.ufrb.edu.br/portal/>

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano - Brasil - 2005**: racismo pobreza e violência. Brasília: PNUD.

SAMPAIO, E. O. Racismo institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. **Interações - Revista Internacional de Desenvolvimento Local**, Campo Grande, v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003. Disponível em: <[http://www.desenvolvimento.local.ucdb.br/Revista Interacoes6_elias_oliveira_pdf](http://www.desenvolvimento.local.ucdb.br/Revista%20Interacoes6_elias_oliveira_pdf)

SCLAIR, Moacir. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

SEPLAN. Secretaria de Planejamento da Bahia - **Análise de Dados 2010**.

SILVÉRIO, V. R. Ação afirmativa e o combate ao racismo institucional no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 219-246, nov. 2002. Sites: <http://andreeloy.com.br/2012/03/07/cruz-das-almas-tem-o-pior-de-atendimento-pelo-sus-do-reconcavo-baiano/http://www.radialistagaguinho.com/2012/03/saude-no-reconcavo-baiano.html>

WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn. **O livro da saúde das mulheres negras**: nossos passos vêm de longe. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas / Criola, 2002.

WILLIAMS, D. R. Race and health: basic questions, emerging directions. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 7, n. 5, p. 322-333, July 1997.

Capítulo 5

Gerência e prática da enfermagem na triagem neonatal

Atatiane Santana de Brito
Deisy Vital dos Santos

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para pesquisa da Fenilcetonúria (PKU), Hipotireoidismo Congênito (HC), Fibrose Cística (FC), Anemia Falciforme (AF) e outras Hemoglobinopatias, conhecido como “Teste do Pezinho”, criado e implementado pela Portaria do Ministério da Saúde 822/01, tem como objetivo detectar e tratar precocemente doenças; que, se prevenidas, evitam sequelas como a deficiência mental e outras (BRASIL, 2001).

Além de possibilitar a adoção de ações preventivas para melhorar a saúde dos pacientes, realizar orientação e aconselhamento genético com as famílias, o Teste do pezinho fornece dados para que o estado, municípios e o Ministério da Saúde (MS) estejam devidamente instrumentalizados para estabelecer políticas públicas de atenção à saúde dos pacientes diagnosticados (APAE, 2008).

Assim, o processo do Teste do pezinho envolve as estruturas públicas nos três níveis de governo municipal, estadual e federal proporcionando uma mobilização ampla em torno das ações relacionadas no Teste do pezinho como um programa de Saúde Pública em nosso país (BRASIL, 2002).

Esse programa, por sua vez, deve ser realizado nas unidades de saúde da Atenção Básica entendida como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2011, p. 1).

Portanto, surge a Saúde da Família (SF) como tentativa de aproximar o trabalho em saúde da comunidade, tendo se consolidado como a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica no Brasil, comportando-se como primeiro acesso para todas as necessidades, oferecendo atenção à família e a comunidade, na perspectiva dos princípios e diretrizes que regem o SUS (BRASIL, 2011).

Igualmente, a Unidade de Saúde deve funcionar como porta de entrada da criança para o sistema de saúde, servindo como ponto de atenção estratégico. Tendo como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das crianças do seu território e pelo monitoramento dos mesmos (VIANA et.al, 2004).

Nessa direção, a Coordenação de Atenção à Criança do MS, em 2004, apresentou a *Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança (BRASIL, 2005). Dentre as *Linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil* destacam-se a Triagem Neonatal: teste do pezinho e a Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido.

Portanto, toda criança nascida em território nacional tem o direito à triagem neonatal, sendo que todos os estados brasileiros contam com pelos menos um Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) e diversos postos de coletas para o Teste do pezinho, espalhados pelos municípios de cada estado (BRASIL, 2010).

O Teste do pezinho deve ser realizado nos primeiros dias de vida, para que através de um diagnóstico precoce a terapêutica adequada seja instituída, evitando possíveis sequelas e promovendo a saúde dos recém-nascidos (RN) e de suas famílias. Esse teste inclui

desde a detecção precoce de doenças congênitas, a ampliação da cobertura populacional tendo como meta 100% dos nascidos vivos, a busca ativa de pacientes suspeitos de serem portadores das patologias, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento e o adequado tratamento dos pacientes identificados (BRASIL, 2004).

No entanto, mesmo reconhecendo a importância deste, o Teste do pezinho ainda enfrenta problemas na sua execução, os quais perpassam desde erros na coleta, amostras inadequadas, atuação dos profissionais na execução do teste até desconhecimento das doenças triadas (BRASIL, 2004).

Sobre esse aspecto, Silva (2008) afirma que os erros de coleta ocorrem por falha humana, sendo esta, por desatenção ou por falta de conhecimento. O grande erro de muitos profissionais é ter certeza de que a reciclagem do conhecimento não é necessária; ou que o aprendizado de técnicas e novas formas de atuação não são pertinentes. Os desacertos que são mais prevalentes ocorrem por falta de conhecimento e desatenção, pois a técnica é simples e de fácil entendimento.

Lopes (2004) em seu estudo sobre a prevalência e os tipos de amostras inadequadas do Teste do pezinho encontrados em hospitais da rede da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) aponta as possíveis causas do aparecimento destas amostras, como: aquela concentrada com excesso de sangue, amostras com sangue hemolisado e com coágulo de sangue, demonstrando erros ocorridos também por desconhecimento e falta de atualização no tema. Nesse mesmo estudo, verificou-se que na equipe de enfermagem, o auxiliar de enfermagem destacou-se como o profissional que mais realiza a coleta do teste, já a (o) enfermeira (o) é o profissional que realiza a inspeção do exame após coleta, o que demonstra a importância da (o) enfermeira (o) na execução e/ou orientação do Teste do pezinho.

A (o) enfermeira (o) possui como campo de atuação no Teste do pezinho a rede hospitalar e a Atenção Básica. Portanto, atua como profissional de linha de frente e de maior contato com o usuário nesse novo modelo de saúde, sendo visualizada cada vez mais a importância desse profissional na Estratégia de Saúde da Família (ESF),

cuidando para que todos os objetivos e programas dessa nova concepção de saúde sejam alcançados.

Dentre esses programas, inclui-se o PNTN, que segundo o MS, deve ser realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) mais próxima da residência do bebê, na primeira semana de vida (BRASIL, 2010).

Desse modo, o interesse pela temática “Teste do pezinho” surgiu no decorrer da vida acadêmica, com destaque durante o Estágio Supervisionado I realizado em uma ESF do Recôncavo da Bahia, onde foi possível observar que as (os) enfermeiras (os) das USF possuíam muitas atribuições assistenciais e gerenciais; não sendo possível que essas acompanhassem e supervisionassem a execução da coleta do material para o Teste do pezinho. Dessa forma, os técnicos/auxiliares de enfermagem, mesmo apresentando muitas dúvidas em relação à execução do Teste do pezinho, acabavam responsáveis pela execução da coleta do material, assim como pelas orientações referentes à realização, doenças triadas, serviço de referência e outras informações necessárias aos pais.

Para tanto, traçamos como objetivo geral desse estudo: Conhecer a atuação das (os) enfermeiras (os) no Teste do pezinho das USF de um do Recôncavo da Bahia; e como objetivos específicos: Descrever as ações assistenciais e gerenciais realizadas pelas (os) enfermeiras (os) para efetivação do Teste do pezinho na USF; Identificar as principais facilidades e dificuldades assinaladas pelas (os) enfermeiras (os) da USF para a execução do Teste do pezinho;

Dessa maneira, o presente estudo justifica-se pela importância do Teste do pezinho que se configura como um meio de diagnóstico precoce de diversas doenças congênitas que não apresentam sintomas no período neonatal, a fim de intervir no seu curso natural, impedindo a instalação dos sintomas decorrentes dessas (BRASIL, 2004), o que se traduz numa vida com mais qualidade para as crianças precocemente diagnosticadas e também para suas famílias.

Somando-se a isso, Cançado e Jesus (2007) afirmam que no Brasil, a AF é a patologia hereditária monogênica de maior incidência e acomete na maioria das vezes pessoas afrodescendentes. Portanto,

realizar essa pesquisa em um município localizado no Recôncavo da Bahia, cuja população majoritariamente é afrodescendente amplia a relevância desta.

Segundo Silva (2006), no estado da Bahia foi estimada uma frequência de indivíduos com traço falcêmico de 5,5% na população geral, chegando a 6,3% na população afrodescendente. Completando essa informação, o Boletim da APAE (2008) informa um total de 1724 casos de AF diagnosticados na Bahia no período de 2001 a 2008, sendo que 16 desses casos foram diagnosticados no município estudado. A Bahia ocupa o primeiro lugar no ranking nacional, enquanto a média no país é de um caso para cada mil nascimentos, na Bahia, a proporção é de 1 para 700 (APAE, 2008).

Aliado aos aspectos citados anteriormente, está ainda à escassez de estudos referentes ao tema, como é evidenciado por Almeida e outros (2006), que constatam a inexistência de trabalhos sobre o perfil do teste do pezinho na Bahia e salientam a necessidade de realização de estudos descrevendo e analisando as características desse programa.

E, por fim, por considerar imprescindível a atuação da (o) enfermeira (o) no Teste do pezinho como profissional que acompanha continuamente as famílias pertencentes a uma USF, sendo este responsável pela integralidade dos cuidados prestados à comunidade. Como denota Marton da Silva (2004), enfatizando que o Teste do pezinho é de responsabilidade de todos os profissionais de enfermagem, envolvendo desde o procedimento correto na realização da coleta de sangue em papel-filtro, da punção cutânea no calcanhar do bebê, até o rápido encaminhamento dos exames ao laboratório, e acima de tudo, das condições essenciais para o sucesso deste. A presença de uma (um) enfermeira (o) no Teste do pezinho se torna imperativo, pois, nesse cotidiano, é desenvolvido o processo de ensino-aprendizagem e a descoberta de novas formas de atuar e de aprender fazendo.

Para abordar a atuação da (o) enfermeira (o) na realização do teste de pezinho, onde vários atores convivem e interagem, optamos por um estudo de natureza qualitativa, sendo utilizado o método descritivo e a análise de conteúdo proposta por Bardin (2007). Os

sujeitos do estudo foram 07 (sete) enfermeiras (os), que trabalhavam nas USF de um município do Recôncavo da Bahia.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (Protocolo nº 043/2010). O método de coleta de dados foi à entrevista semiestruturada, realizada após consentimento dos sujeitos da pesquisa, no local de trabalho destes, no período de agosto a setembro de 2010.

Após a transcrição das entrevistas, passamos a fazer a leitura e releitura exaustiva do material, organizando os relatos em determinada ordem, buscando extrair os temas relevantes expressos pelos entrevistados. Assim, as entrevistas foram recortadas e organizadas em temas que passaram a constituir as categorias empíricas. Tendo surgido cinco categorias: Assistência prestada pelas (os) enfermeiras (os) no Teste do Pezinho; As diferentes percepções da (o) enfermeira (o) sobre a educação permanente enquanto gerente; É possível gerenciar o Teste do pezinho sem conhecer e possuir “o padrão-ouro”?; “Os sabores” e “as dores” da efetivação do Teste do pezinho nas USF.

A construção do conjunto de categorias se deu a partir do referencial teórico e de leituras sucessivas do material que permitiram a compreensão dos seus significados. Para garantir o anonimato dos sujeitos, utilizamos pseudônimos, sendo escolhidos nomes no diminutivo para representar os neonatos que realizam o Teste do pezinho.

Assistência prestada pelas (os) enfermeiras (os) no teste do pezinho

A assistência de enfermagem, no Teste do pezinho, acontece por meio das orientações prestadas aos pais durante o pré-natal e no momento da realização da consulta; na entrega dos resultados; e também na execução e/ou supervisão da técnica propriamente dita.

Assim, para que haja promoção da saúde e prevenção de agravos, como objetiva o Teste do pezinho, a orientação é fundamental e imprescindível, constituindo a etapa inicial para que exista o diálogo entre pais e profissionais. Dessa forma, possibilita a (o) enfermeira (o) conhecer sua clientela, a fim de direcionar suas práticas educativas.

Entendendo assim, que a assistência de enfermagem no Teste do pezinho compreendeu as orientações de enfermagem e a realização/supervisão da coleta sendo estes instrumentos essenciais para a efetivação deste, emergiram, duas subcategorias, a saber.

Orientações de Enfermagem como Instrumento de Efetivação do Teste do Pezinho nas USF

A **promoção da saúde** pode ser percebida como processo participativo de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer, quando evidencia a obtenção das condições de vida da população, abrange, entre outros propósitos, excluir ou minimizar a ocorrência dinâmica de morbidades decorrentes da ausência destas condições. Deste modo, atinge as causas e não apenas evita a manifestação de tais agravos. Já a **prevenção de doenças** pode ser considerada como toda e qualquer medida tomada antes do surgimento de dada condição mórbida ou de um só conjunto, vistas que tal situação não ocorra com pessoas ou coletividades ou, pelo menos, se vier a ocorrer, que isso se dê de forma menos grave ou mais branda (OLIVEIRA, ANDRADE e RIBEIRO, 2009).

Na promoção da saúde e prevenção de doenças, a (o) enfermeira (o) utiliza a orientação como instrumento de trabalho, durante a consulta de enfermagem, no primeiro contato com o cliente ou nas consultas subsequentes. Nesta prática evidencia-se o estabelecimento de vínculo entre o cliente e a (o) enfermeira (o) facilitando uma abordagem direcionada as especificidades de cada usuário, no caso do pré-natal, essas orientações referem-se a todas as transformações que ocorrem no organismo da mulher durante a gravidez até a importância da realização do Teste do pezinho.

Nesse sentido, Marton da Silva (2003) afirma que a Enfermagem tem participação importante e intransferível no Teste do pezinho, porque é o profissional de enfermagem quem mais interage com a clientela alvo: a mãe e o recém-nato. Desde o pré-natal, nas USF, é a (o) enfermeira (o) quem deve informar e orientar a gestante que

quando o seu bebê nascer, ele fará um exame e que este é gratuito e exigido por lei. Também é necessário que na maternidade aconteçam orientações quanto à importância da realização deste exame. Assim, a futura mãe já estará informada e ciente de que deverá exigir o exame quando seu filho nascer.

De tal modo, as falas dos entrevistados sobre as orientações realizadas a respeito do teste do pezinho nas USFs demonstram a compreensão da importância desta orientação.

Com certeza, né? Desde o pré-natal, além da gente estar cuidando da mãe, a gente tem que tá cuidando do RN, dando todas as informações, né? E o teste do pezinho é um dos principais para a gente estar mesmo orientando [...] (Paulinha).

Nesse contexto, Reis (2010) em seu estudo sobre a “Atuação do (a) profissional de enfermagem no Teste do pezinho no município de Cruz das Almas – BA” enfatiza que é na efetivação das consultas de pré-natal, desempenhadas pela (o) enfermeira (o) nas unidades de saúde, que deve acontecer a orientação, de maneira a nortear a futura mãe, na realização do teste quando o seu filho nascer.

Compreendemos que, as (os) enfermeiras (os) entrevistadas (os) realizam as orientações necessárias durante o pré-natal e atribuem fundamental importância a estas, pois o contato é estabelecido ao longo das consultas, proporcionando confiança na (o) profissional por parte da gestante, aliado ainda ao tempo disponível para que todas as informações referentes ao Teste do pezinho sejam efetuadas.

No entanto, as orientações de enfermagem não se limitam às realizadas durante o pré-natal, sendo também necessárias orientações antes da realização da coleta. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL 2004), o profissional designado como responsável pela coleta tem a responsabilidade de orientar os pais da criança a respeito do procedimento que irá ser executado, assim como a finalidade do teste.

Portanto, ao questionarmos sobre a realização de orientações aos pais antes da realização do Teste do pezinho, as (os) enfermeiras (os) responderam:

Geralmente na visita domiciliar, na visita puerperal, a gente explica mais ou menos como é feito o Teste do pezinho, né? A gente explica que tem que ser feito entre quatro e dez dias de preferência, né? E que venha para a unidade, procure fazer o Teste do pezinho [...] (Clarinha).

Não, não passa mais por mim aqui nesse momento do teste, né? [...]. (Julinha).

[...] Eu só falo que é uma triagem que a gente vai fazer, aí explico direitinho, mas eu não me aprofundo em questão de traço, ou de dar alguma coisa não, eu deixo quando vem o resultado, aí vem o resultado, aí sim na consulta eu oriento. (Mileninha).

Marton da Silva (2003) relata que a falta de orientação aos pais sobre o exame e a sua importância se configura como aspecto que dificulta a realização do teste. Desse modo, compreendemos que a informação fornecida pelas (os) enfermeiras (os) aos pais é um fator que pode aumentar a probabilidade destes terem concepção adequada da importância da triagem neonatal e, assim, levarem seus filhos para realização do Teste do pezinho no tempo adequado, influenciando desta forma na realização ou não do teste.

Percebemos que Mileninha não oferta as informações de modo completo, o que pode comprometer a realização do exame, pois segundo Leão e Aguiar (2008) os pais precisam saber da existência da triagem neonatal e ser orientados previamente sobre: os benefícios da detecção precoce das doenças a serem triadas e quais são elas; os riscos existentes para o RN que não é submetido ao teste; a idade adequada para sua realização; a necessidade de exames confirmatórios posteriores para os que forem positivos; e como acontece o processo de acompanhamento e recebimento dos resultados.

As orientações aos pais acontecem também na visita domiciliar e na visita puerperal, como informa Clarinha. Desse modo, Souza, Lopes e Barbosa (2004) abordam a visita domiciliar como um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade, devendo ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios

de eficiência. Apesar de antiga, a visita domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família *in loco*, além de fortalecer os vínculos cliente – terapêutica – profissional.

Fica clara a importância da orientação aos pais para a realização do Teste do pezinho, entretanto, salientamos que estas devem ser ofertadas com rigor e fidedignidade, pois a fala de uma das enfermeiras aponta para um equívoco no período da coleta “[...] A gente explica que tem que ser feito entre quatro e dez dias de preferência, né?” (Clarinha), o que entra em conflito com as literaturas da área.

Os estudos de Marton da Silva (2004); Goldbeck (2006); Leão e Aguiar (2008); Mendonça e outros (2009); Botler (2010) enfatizam o período ideal de coleta entre o 3º e o 7º dia. Como justificativas para o estabelecimento desse período, é preciso que haja alimentação proteica superior a no mínimo 48 horas para que a PKU seja triada, e até o 7º dia, pois a partir de 4 semanas de vida, a deficiência de hormônios tireóideos no HC já pode causar lesão neurológica, demonstrando que quanto antes se realizar o teste, mais rápido o resultado chega, e a terapêutica pode ser instituída, minimizando ou diminuindo as sequelas.

Em seu estudo “Triagem neonatal – o desafio de uma cobertura universal e efetiva”, Botler e outros (2010) referem que, no Brasil, apenas nove estados publicaram seus cálculos de tempo para coleta do teste: Bahia, Sergipe, Paraíba, Ceará, Minas Gerais, Espírito Santo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. Apesar das disparidades na forma de apresentação, é possível observar que, nos estados onde a cobertura se encontra mais longe da meta, as coletas são feitas mais tardiamente (Ceará, Paraíba, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Sul e Espírito Santo). O oposto se observa nos estados com melhor cobertura (Minas Gerais, Santa Catarina e Paraná).

Essas coletas tardias indicam a necessidade de ações educativas e de organizações profissionais na definição de diretrizes específicas, que visam detectar portadores de várias doenças congênitas em recém-natos assintomáticos para uma intervenção efetiva (BOTLER et al., 2010).

As atividades de orientações não terminam com a realização do teste, sendo então necessário entregar os resultados aos pais, com destaque para as situações de exames alterados. Dessa forma, no que concerne às orientações as famílias, nos casos com alterações, as (os) enfermeiras (os) responderam que são elas que orientam os pais, como descrevem as falas que seguem abaixo.

Nós enfermeiros, né? Se deu alguma alteração a gente faz um aconselhamento na sala, explica sobre a doença, qual doença tenha dado no Teste do pezinho, né? A gente explica qual a deficiência que o filho vai ter [...] aí a gente tem que encaminhar para a APAE [...] (Clarinha).

Eu. Todos os Testes do pezinho [...] logo que chega, eu já oriento lá na recepção para quando chegar tudo da secretaria passar primeiro na minha sala [...] (Paulinha).

Silva (2008) menciona que o enfermeiro deve facilitar a informação, esclarecer e dialogar junto à família, perfazendo um cuidado integral e contínuo, especialmente nesses momentos iniciais da vida da criança, concretizando encaminhamentos e intervenções seguras e eficazes ao binômio mãe-neonato.

A orientação precisa ser eficiente também no momento da entrega dos resultados, pois este é um momento de maior ansiedade para a família. Segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2004) se o resultado da criança estiver normal, o profissional deve informar claramente que os resultados estão normais, entretanto, se o resultado der alterado, não se deve esperar a família vir buscar o resultado, se torna imprescindível entrar em contato com os familiares assim que o laboratório de referência enviar os resultados para informar ao responsável que foi encontrada uma alteração e que esta, precisa de um novo exame de confirmação, sendo que para isto será necessário uma segunda amostra de sangue coletado.

Podemos perceber esse comportamento nos fragmentos extraídos das entrevistas abaixo, quando compreendem o Agente Comunitário de Saúde como ponte entre a unidade e a população adstrita.

A enfermeira, eu oriento quando vêm alterado, né? [...] O que deu alterado eu comunico ao Agente Comunitário de Saúde, para que aquela mãe venha, para eu orientar, para estar realizando a coleta [...] (Aninha).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006 a), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, funcionando como elo entre a equipe e a comunidade, uma vez que está em contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe.

É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. Entre suas muitas atribuições, está a de orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas e exames (BRASIL, 2006 a), o que inclui o Teste do pezinho.

Atribuindo a realização do Teste do Pezinho aos Técnicos de Enfermagem

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o profissional designado como responsável pela coleta de sangue para a realização do Teste do pezinho, será aquele acionado pelo SRTN, toda vez que o contato com a família se fizer necessário. Pode ser qualquer profissional de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem), cuja atividade é regulamentada por legislação específica.

A técnica correta de coleta das amostras de sangue para o “Teste do Pezinho” é um procedimento de enfermagem, sendo que, o profissional que executará esta ação, deverá estar ciente do quê e por que irá fazer esta coleta. Deve haver uma preocupação no preenchimento da ficha de coleta, pois é nela que se encontram as informações necessárias sobre a criança e, se houver caso de reconvocação para repetição da coleta por problemas técnicos ou por resultados alterados dos exames, a busca da mãe será mais rápida e eficiente (MARTON DA SILVA, 2003).

Assim, entendemos que cabe ao profissional responsável pela coleta também a responsabilidade pela eficácia do teste, que depende em grande parte, da qualidade das amostras de sangue. Em nosso estudo, verificamos que em todas as USF pesquisadas, são as (os) técnicas (os) que realizam a coleta do material concretamente.

Lopes (2004) corrobora nosso achado ao afirmar que dentre a equipe de enfermagem, o técnico ou auxiliar de enfermagem destaca-se como o profissional que mais realiza a coleta do material para o Teste do pezinho.

As (os) enfermeiras (os) afirmam não realizar o teste, ficando este exclusivamente sob a responsabilidade da (o) técnica (o), como observamos nas falas a seguir:

Não, eu não realizo. Aqui na unidade é realizada, mas quem faz são os técnicos de enfermagem [...] (Aninha).

[...] Quem faz é técnica de enfermagem [...] (Mileninha).

Essa conduta de atribuir a coleta do teste exclusivamente a (ao) técnica (o) nos preocupa, pois, como denota Marton da Silva (2003), a (o) enfermeira (o) possui conhecimento técnico-científico sobre o exame, e se esse passa a ser exclusivamente realizado pelos técnicos em enfermagem, o conhecimento científico pode ser posto de lado, visto que, os técnicos não possuem o conhecimento específico da (o) enfermeira (o) e a realização do teste pode passar a ser apenas o cumprimento da técnica de furar o calcâneo do bebê, o que não abrange todos os objetivos do Teste do pezinho.

Entretanto, também é compreensível, haja vista, a quantidade de atribuições desempenhadas pelas (os) enfermeiras (os) nas USF, como comprovado nas falas abaixo.

Hum. Hum, realizo. Assim, eu mesma está fazendo a técnica é até mais difícil, por causa da questão do tempo, mas já fiz muito isso também [...]. (Paulinha).

No que diz respeito à coleta do teste, o estudo de Reis (2010)

também encontrou que a coleta é realizada em sua grande maioria pelas (os) técnicas (os) de enfermagem.

Porém, uma forma de garantir a qualidade da coleta, mesmo a (o) enfermeira (o) não podendo realizá-la, pode ser através da inspeção do exame após coleta, pois Lopes (2004) assegura que a (o) enfermeira (o) é o profissional que mais executa esse procedimento, já que segundo a lei do exercício profissional da enfermagem (COFEN, 2010) cabe privativamente a esse profissional, planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de Enfermagem. Porém, em nosso estudo, nenhuma das (os) enfermeiras (os) relataram supervisionar e/ou avaliar a coleta do material do Teste do pezinho.

Frente à realidade encontrada em nossa pesquisa, na qual são os técnicos em enfermagem que realizam a coleta, e por vezes não é possível uma supervisão constante pela (o) enfermeira (o), pelo fato dela (e) possuir outras atribuições na USF, pode haver o risco da obtenção de amostras sem a qualidade adequada, ou seja, considerada uma má coleta, o que acarretará na reconvocação da mãe para repetir o exame do seu bebê o mais urgente possível. A supervisão constante pode evitar alguns problemas na coleta, como: desconforto e estresse à família, atraso no diagnóstico e início tardio do tratamento nos casos positivos para alguma das doenças rastreadas no Teste do pezinho, principalmente se houver dificuldade em localizar essa mãe e seu bebê (SILVA et al. 2003).

As percepções da (o) enfermeira (o) sobre a educação permanente enquanto ação gerencial

Pondera-se a educação permanente como um processo sistemático, integrativo e interativo de ampliar conhecimentos, habilidades e atitudes científicas e humanitárias na práxis profissional, visto que a educação é um processo inesgotável (MARTON DA SILVA, 2002).

A Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde e considera a Educação Permanente como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços (BRASIL, 2007).

Assim, aos questionarmos as (os) enfermeiras (os) sobre a educação permanente da equipe de enfermagem, enquanto ação gerencial, encontramos várias percepções: desde aquelas que atribuem importância e realizam-na; até aquelas que mencionam não realizar esse tipo de atividade.

Mileninha e Joazinho afirmam realizar educação permanente acerca do Teste do pezinho para os técnicos de enfermagem, da seguinte forma, respectivamente: “Oriente, com certeza [...]”; “[...] Os técnicos são orientados através de capacitação”.

Entretanto, não nos foi revelado como essa atividade acontece, a fala foi restrita à afirmação ou negação, sem os esclarecimentos sobre quando e como acontecem.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos profissionais sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. O processo de educação permanente em saúde tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Outros profissionais acrescentam que além das orientações realizadas por eles, também existem capacitações ofertadas pelo SRTN da Bahia, ou seja, a APAE. “Oriente. Elas também tiveram capacitação pela APAE” (Marcinha) e “Hum, hum, oriento. E elas também foram treinadas pela APAE [...]”. (Julinha).

Analisando as falas acima, alcançamos que as (os) enfermeiras (os) reconhecem a importância da APAE, e isso é primordial para o bom desenvolvimento do programa, todavia não se deve considerar essa capacitação inicial da APAE como sendo suficiente, visto que o conhecimento está em constante mudança, e precisa sempre ser socializado. No entanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) atribui como responsabilidade do laboratório especializado do SRTN treinar

os técnicos de enfermagem dos postos de coleta envolvidos com o Teste do pezinho, como foi comprovado nas falas das entrevistadas.

Mesmo com o treinamento da APAE, a educação permanente deve ser cumprida, pois ela é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e aos afazeres.

Sendo a educação permanente uma necessidade para o trabalho em saúde, constatamos, em nosso estudo, a desvalorização desse instrumento por alguns profissionais, uma vez que declararam não realizar a educação permanente para a equipe de enfermagem, o que pode ser evidenciado a partir dos fragmentos abaixo:

Na verdade, assim, eu não tive a oportunidade ainda de fazer curso de capacitação para os profissionais daqui, mas assim, eu acredito, eu tenho uma técnica que é muito competente, ela tem mais de dez anos na profissão, inclusive ela trabalha na maternidade também, então assim, eu nunca realizei nenhuma capacitação para os técnicos de enfermagem acerca da importância do teste do pezinho [...]. (Aninha).

Reis (2010) comprovou em seu estudo que as (os) enfermeiras (os) demonstram preocupação gerencial, porém não vinculam a gerência a uma maior efetividade frente ao processo como um todo, ou seja, existe uma preocupação para que a coleta ocorra, mas não é confirmada uma preocupação quanto à forma como essa coleta se dá.

Ressaltamos que na enfermagem a educação permanente é um instrumento importante para inserir o profissional no cenário de mudanças, a qual deve ser entendida como um processo amplo, que percorre toda a vida do indivíduo, garantindo o acesso ao conhecimento, propiciando o desenvolvimento profissional e pessoal, bem como a melhoria na qualidade da assistência, respaldada pela sistematização e humanização no processo assistencial e gerencial da profissão.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas

pessoas, portanto, a educação permanente requer ações no âmbito da gestão dos serviços de saúde.

Para Lazzaroto (2001), à (ao) enfermeira (o) da USF cabe as atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe, sendo consideradas de cunho gerencial. Como gerente da assistência de enfermagem na USF, a (o) enfermeira (o) deve ser o gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, e isso só acontece através da educação permanente.

Perante as várias percepções sobre a educação permanente enquanto ação gerencial, apresentadas pelas (os) enfermeiras (os), salientamos que a (o) gerente deverá ter uma visão global enquanto gestor da USF, para a concretização da educação permanente como instrumento de gerência que conduz a efetivação do Teste do pezinho, tomando como base prática o processo da ação-reflexão-ação. Tornando a equipe de enfermagem capaz de prestar um bom serviço, entendendo o porquê e para que da triagem, e dessa forma alcançando os objetivos propostos pelo PNTN.

É possível gerenciar o Teste do pezinho sem conhecer e possuir o “padrão-ouro”⁸?

O Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde foi concebido com o objetivo de atender a demanda crescente de profissionais e serviços de saúde do país, cada vez mais interessados em conhecer melhor o programa e descobrir como se envolver e participar dele. Além de complementar e detalhar melhor os critérios técnicos e operacionais constantes da Portaria Ministerial de instituição do PNTN, é importante ressaltar que o conteúdo

8. **Padrão-ouro** é um teste padrão que serve de comparação por parte de outros testes, com a finalidade de avaliar a exatidão dos mesmos, em resultados que nos assegurem o máximo de acertos de forma a estabelecer o diagnóstico real. (Dicionário online de português, 2010). Assim, escolhemos o uso desse termo quantitativo na perspectiva de exemplificar a importância do Manual do Ministério da Saúde para a efetivação do Teste do pezinho nas USF.

constante da portaria mencionada deve continuar sendo uma fonte de referência permanente para as Secretarias Estaduais de Saúde e os SRTN (BRASIL, 2004).

Assim, entendemos que Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais se constitui como o “padrão-ouro” para efetivação do Teste do pezinho. Haja vista poder servir de subsídio para a atuação dos profissionais de enfermagem no Teste do pezinho, promovendo assim a exatidão da coleta e conseqüentemente resultados que nos assegurem o máximo de acertos de forma a estabelecer o diagnóstico preciso para as doenças triadas.

Portanto, quando questionados sobre o conhecimento do Manual, alguns profissionais foram enfáticos ao afirmarem conhecer o Manual, como mostra as falas abaixo:

Conheço sim. [...]. (Paulinha).

Conheço. (Marcinha).

Dessa forma, supõe-se que o conhecimento e utilização do Manual implica no seguimento dos critérios técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, além da realização adequada da coleta, das orientações pertinentes ofertadas, do diagnóstico precoce e da terapia adequada em tempo hábil, o que culminaria na efetivação do programa com grande eficácia.

Entretanto, outras falas das (os) entrevistadas (os) abaixo, demonstram insegurança no conhecimento do Manual:

Olha, assim eu conheço alguns tópicos, manual todo não [...]. (Clarinha).

[...] Eu já li, agora eu não me recordo se foi realmente do Ministério da Saúde ou se é desvinculado, eu não sei se é da APAE ou do Ministério, isso aí eu não me recordo direito. (Paulinha).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o Manual é dividido em seções que tratam de assuntos relacionados às diversas

etapas de organização, facilitando consultas rápidas do mesmo. Ele se destina a todos os profissionais, visando não somente à leitura como à discussão com toda a equipe envolvida no Teste do pezinho.

Dessa forma, sem o conhecimento adequado desse instrumento, os profissionais não poderão formular discussões com toda a equipe envolvida nesse processo, fator que poderá reduzir a eficácia do programa nas USF. O Teste do pezinho por ser um programa de fácil entendimento e técnica simples, pode ser visto como um programa que não necessita de estudos e atualizações, fazendo com que os profissionais que não possuem a segurança para sua execução, realizem adequações de acordo com sua autonomia ou o entendimento de cada indivíduo, comprometendo todos os escopos desse programa que, quando bem formado e cumprido, tem a honrosa missão de proteger nossas crianças de sequelas irreparáveis que podem surgir das doenças triadas.

Quando indagadas (os) sobre a existência do manual nas USF só uma enfermeira respondeu que possuía tal material, “[...] Tem numa pasta na sala de vacina”. Julinha. Enquanto, todas (os) as (os) outras (os) entrevistadas (os) desconhecem se a USF dispõe do manual.

[...] Eu acho que aqui não tem esse manual não, viu? (Clarinha).

[...] Aqui eu não tive a oportunidade de ver não, sinceramente, eu não sei se tem não, mas é para todas as unidades terem. (Joãozinho).

Corroborando com nossos achados, o estudo de Lopes (2004) sobre “Exame de triagem neonatal: uma contribuição para a enfermagem neonatológica” encontrou que 57,14 por cento dos enfermeiros nunca tinham ouvido falar do Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde e apenas um enfermeiro referiu possuir esse Manual disponível em sua unidade.

Destarte, mesmo sendo o nosso estudo do tipo qualitativo,

com número reduzido de sujeitos, foi possível observar que os nossos achados são semelhantes aos de Lopes (2004), pois apenas 03 enfermeiras (os) dizem conhecer o Manual, e 04 enfermeiras (os) conhecem apenas algumas partes do Manual e somente uma possui o Manual em sua unidade, tal qual no estudo referido.

Sendo assim, fazemos a seguinte indagação: como as USF poderão manter os fundamentos da concepção do Teste do pezinho, se não possuem o manual que institui esses padrões? Como poderão efetivar o Teste do pezinho em sua USF, enquanto gerentes do programa se não conhecem e possuem o “padrão-ouro”?

Lembramos que a execução com qualidade do Teste do pezinho irá garantir as orientações contidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), quais sejam: direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990).

O Art. 9º III ressalta ser responsabilidade das (os) enfermeiras (os) proceder a exames visando ao diagnóstico e à terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais (BRASIL, 1990).

Identificamos, assim, que o cumprimento do Teste do pezinho de forma criteriosa e qualificada leva a um posicionamento de afirmação do ECA, pois para que as crianças possuam direito à saúde, é imperativo que essa política pública seja concretizada de acordo com a padronização do MS, uma vez que os estabelecimentos de saúde, entre eles as USF, possuem a responsabilidade de realizar esse exame, apresentar o resultado no tempo ideal, conduzir os casos alterados para o SRTN e proporcionar todas as orientações aos pais e familiares.

A realização do Teste do pezinho, dentro dos padrões instituídos no Manual, assegura o que está posto no Art. 16º do Código de Ética Profissional da Enfermagem, onde demonstra que a (o) enfermeira (o) deve asseverar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

“Os sabores e as dores”⁹ da efetivação do Teste do pezinho nas USF

Ponderamos para a construção dessa categoria as falas das (os) enfermeiras (os) que se referiram às facilidades e dificuldades para execução do Teste do pezinho nas USF estudadas.

Quanto às facilidades, a maioria das (os) enfermeiras (os) entrevistadas (os) disseram que as facilidades são superiores às dificuldades para a efetivação do Teste do pezinho, pois este é fácil de ser executado e gerenciado, aliado ainda ao fato de ser realizado nas unidades de saúde, contando assim com grande parcerias.

Eu acho, que por ser a unidade próxima de casa, né? Acho que já dar um acolhimento maior [...] aqui geralmente o paciente já conhece, já fez o pré-natal, já conhece o pessoal daqui [...] não precisa marcar, né? É só chegar no posto e fazer o teste do pezinho [...] não precisa ficar esperando vários dias uma consulta, uma marcação para fazer. (Clarinha).

Facilidades? O pré-natal, né? Que contribui muito para isso, a mulher participar do pré-natal, né? A visita do puérperio [...] E a visita também do Agente Comunitário, que está sempre dando um feedback para a gente [...]. (Julinha).

A fala de Clarinha remete à questão da proximidade do domicílio com a USF como ponto positivo para as mães levarem seus bebês para realizarem o Teste do pezinho. Nessa direção, Escorel, Giovanna e Senna (2007) descrevem que a USF surge com uma proposta de reorientação do modelo assistencial e imprime uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, pois incorpora os princípios do SUS, favorece o contato e acolhimento ao usuário,

9. **Sabores:** propriedade de impressionar o paladar; gosto. **Dores:** impressão desagradável ou penosa; mágoa, pesar (FERREIRA, 2008). Assim, para fins dessa categoria, entendemos as facilidades pontuadas pelas (os) enfermeiras (os) como os sabores, e as dificuldades como as dores na execução do Teste do Pezinho.

fornece um cuidado integral, e orienta às famílias e às comunidades, abrangendo uma população adstrita, que reside adjacente à USF, confirmando a fala supracitada.

Apreendemos na fala de Julinha, mais uma vez o valor do pré-natal para o Teste do pezinho, evidenciando a importante parceria entre esses. Essa associação é compreensível a partir do momento que conhecemos o conceito dado pelo MS para o pré-natal, ou seja, é o acompanhamento dispensado à gestante cujo objetivo é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e também neonatal (BRASIL, 2006).

Coadunam com as colocações de Marton da Silva (2003), quando a mesma afirma que a informação sobre a importância do Teste do pezinho é facilmente disseminada durante o pré-natal.

Verificamos ainda que muitos são “os sabores” apontados pelas (os) enfermeiras (os) para a efetivação do Teste do pezinho, dentre eles, foi apontado por Joãozinho que “[...] é uma técnica simples [...] a questão das mães estarem presentes, elas estão amamentando, isso também facilita [...]”.

Isso é confirmado por Marton da Silva (2004) que afirma que a técnica de coleta de amostras de sangue por punção cutânea para o Teste do pezinho é um procedimento próprio do profissional de enfermagem e está inserida em disciplina da grade curricular de todos os cursos de enfermagem, em todos os níveis, portanto, não é necessário dispor de profissional especializado, bem como não precisa haver uma sala específica para realização do exame.

No que tange “às dores”, encontramos divergências nas respostas das (os) entrevistadas (os), uma vez que alguns afirmam não existirem dificuldades para a efetivação do Teste do pezinho, enquanto outros pontuam problemas de cunho gerencial. Julinha diz que “Não encontro nenhuma mesmo [...]” e Marcinha completa “As dificuldades? Eu nunca percebi nenhuma não [...]”.

Enquanto outras (os) profissionais apontaram a falta de material necessário à realização do teste com uma dificuldade:

[...] O material que às vezes falta, e não era para faltar, o papel filtro, aí como tem o prazo da coleta à gente acaba pedindo emprestado [...]. (Joãozinho).

[...] não tem esse negócio de faltar material não. (Paulinha).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), é responsabilidade do posto de coleta administrar o armazenamento e estoque de papel filtro, assim como solicitação de reposição de material. A falta de previsão e provisão desse insumo acarretará em falta de material, não realização do Teste do pezinho no tempo adequado, e atraso no diagnóstico das possíveis doenças triadas.

Entendemos que a narrativa da informante Paulinha reflete o gerenciamento adequado dos insumos, remetendo à provisão e previsão dos materiais necessários, o que culmina em não faltar material para a realização do teste em sua USF.

Benito (2005) analisa a gerência como uma das atividades que fazem parte da rotina da (o) enfermeira (o). Neste sentido, a importância da gerência refere-se à ação que torna viável e factível o melhor uso dos recursos para atingir os objetivos planejados. Do mesmo modo, destaca que a enfermagem gerencia os recursos materiais, desempenhando a previsão, provisão, organização e controle dos materiais.

As (os) enfermeiras (os) complementam a fala referente às dificuldades ao pontuarem a demora da entrega do resultado:

[...] A demora, às vezes demora o retorno do exame pela APAE [...] Esperar muito pelo resultado, isso acaba sendo uma dificuldade. (Clarinha).

[...] Teve um tempo que o resultado tava atrasando [...]. (Miléninha).

Essa informação acerca do resultado atrasado nos preocupa, porque desse modo um dos principais objetivos a serem alcançados no Teste do pezinho não será efetivado, ou seja, o de manter a normalização dos parâmetros neuropsicomotores nos pacientes com

diagnóstico precoce e designar o tratamento adequado antes dos três meses de vida (BRASIL, 2004).

Assim, mesmo citando algumas diferenças, entendemos que de acordo com a narrativa das (os) entrevistadas (os), o Teste do pezinho é considerado um procedimento fácil de ser gerenciado e executado, e muitas (os) enfermeiras (os) descrevem “os sabores” de realizá-lo em sua USF.

Impetramos que os “sabores” são superiores às “dores” no Teste do pezinho, haja vista que esse programa é executado de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos estados e Distrito Federal, através da criação de uma rede estadual de triagem neonatal, tendo como unidade central os SRTN, que são os instrumentos ordenadores e orientadores de toda a rede local de triagem neonatal, o que subsidia a efetivação do Teste do pezinho.

Enfim...

O papel da (o) enfermeira (o) no Teste do pezinho do município estudado perpassa pela assistência e gerência. Quanto à assistência de enfermagem, comprovamos como são importantes as orientações prestadas às mães durante o pré-natal, aos pais no momento da realização da consulta, na visita domiciliar e puerperal, na entrega dos resultados, e também na execução e ou supervisão da técnica propriamente dita.

Compreendemos que falta de orientação aos pais sobre o exame e a sua importância se configura como aspecto que dificulta a realização do teste, pois o conhecimento adequado é um fator que leva a entender a importância do mesmo. Todavia, as orientações não terminam com a realização do teste, sendo então necessário entregar os resultados aos pais, com destaque para as situações de exames alterados, circunstância em que a (o) enfermeira (o) poderá contar com a parceria da APAE para a instalação do tratamento necessário.

As orientações quando prestadas com clareza se tornam um poderoso instrumento, para que o Teste do pezinho seja realmente concretizado, pois isso refletirá no empoderamento da mãe e da

família que buscará e cobrará o exame do seu filho, tendo, se necessário for, a intervenção e conseqüentemente proteção das sequelas e complicações advindas das doenças diagnosticadas.

Denotamos como a (o) enfermeira (o) é um agente ativo e transformador no Teste do pezinho, vinculando-se diretamente à mãe e ao recém-nato, utilizando o pré-natal nas USF, para informar, orientar, educar, promover a saúde e prevenir danos.

No que tange às ações gerencias desempenhadas pelas (os) enfermeiras (os), corroboramos que outro instrumento que pode auxiliar na efetivação do teste é a educação permanente, a qual permite despertar a inquietação nos profissionais. Esta deve ser entendida como um processo amplo que precisa acontecer durante toda a vida laboral, garantindo o acesso ao conhecimento, propiciando o desenvolvimento profissional e pessoal, bem como a melhoria de qualidade da assistência no Teste do pezinho.

Vimos que o Teste do pezinho não é um ato isolado, este deve ser entendido como parte de um sistema de prevenção de deficiências na área da saúde coletiva, que está integrado a outros procedimentos igualmente importantes, como pré-natal, puericultura e aconselhamento genético.

Acreditamos que para a realização do Teste do pezinho em sua integralidade, é imprescindível o conhecimento do Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais, que fornece informações técnicas estabelecidas pelo MS para nortear a realização adequada da coleta, as orientações que precisam ser oferecidas à família, o diagnóstico precoce e a instituição da terapia apropriada em tempo correto, pois só assim a efetivação do teste será autêntica e eficiente.

Evidenciamos dificuldades díspares que se conformam de acordo com a realidade das unidades, cada uma com suas distinções enfrentam problemas específicos. Porém, completamos assegurando que, segundo as entrevistadas, as facilidades são superiores às dificuldades na execução do Teste do pezinho.

Diante das diferentes orientações prestadas pelas (os) enfermeiras (os), sugerimos a elaboração de um protocolo municipal

baseado no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN que apresente as principais orientações que devem ser ofertadas aos pais/familiares, para que haja uma padronização sobre as informações essenciais. Pois é preciso provocar nos profissionais uma inquietação profunda sobre a importância e responsabilidade do seu papel nessa triagem.

Nessa direção, afirmamos que a promoção, proteção e reabilitação da população de neonatos triados no Teste do pezinho demanda o comprometimento da equipe de enfermagem com a sua consumação de forma coerente como recomendado pelo MS, respeitando o ser humano em sua integralidade e promovendo condições de vida dignas a esses neonatos.

Referências

ALMEIDA, A. de M., et al. Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, Recife, v.6 n.1: 85-91, jan. / mar., 2006.

ASSOCIAÇÃO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS. *Boletim Informativo da Associação de Pais e amigos dos Excepcionais de Salvador*. Ano 12, nº 57 abril/maio/junho 2008.

_____. *Doença Falciforme na Bahia*. Disponível em: <<http://www.apaesalvador.org.br/>>. Acesso em 14/06/2010.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BENITO, G.A.V.; et al. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. v.58 n.6 Brasília Nov./Dec. 2005.

BOTLER, J.; et al. Triagem neonatal - o desafio de uma cobertura universal e efetiva. *Revista Ciência e Saúde coletiva* v.15 n.2 Rio de Janeiro Mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 822/ GM em 6 de junho de 2001*. Instituição do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística e hemoglobinopatias. Brasília (DF); 2001.

_____. **Triagem neonatal**. Brasília 2010. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em 18/05/2010.

_____. **Informe da Atenção Básica n.º 58**. Ano X, maio/junho de 2010. ISSN 1806-1192. Brasília (DF), 2010.

_____. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília (DF), 2002.

_____. **Constituição da República Federativa do**. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Seção II da Saúde. Brasil, 1988.

_____. Lei Federal n.º 8069 de 13 de julho de 1990. **Dispõe do Estatuto da Criança e do Adolescente e de outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 13 de jul. de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. **Caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série b. Textos básicos de saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília – DF, 2009.

_____. **Portaria n.º 2.488**, de 21 de Outubro de 2011 a. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acessado em: 26 de Julho. 2012.

_____. **Portaria GM/MS n.º 1.996 , de 20 de agosto de 2007**.

_____. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2005/2006**. Brasília – DF, 2008.

CANÇADO, R. D.; JESUS, J. A. A doença falciforme no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, Set. 2007.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n.º 7.498/86**. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em 24/05/2010.

SCOREL, L.S.; GIOVANELLA, M.H.; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health** v. 21 n.2, 2007.

- FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da Língua Portuguesa**, 3ª ed. Rio de Janeiro, 2008.
- FINGER, M.. **A educação de adultos numa encruzilhada**. Aprender a nossa saída. Ed. Porto, 2003.
- GOLDBECK, A.S.; **A triagem neonatal (teste do pezinho) na Rede de Atenção Básica em Saúde no Rio Grande do Sul: representações sociais e qualificação de processo comunicacional**. Monografia em pós-graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.
- KIKUCHI, B. A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v. 29, n. 3, pp. 331-338, 2007.
- LAZZAROTTO, E.M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção/UFSC; Florianópolis - SC 2001.
- LEÃO, L.L.; AGUIAR, M.J. Newborn screening: what pediatricians should know. **Triagem neonatal: o que os pediatras deveriam saber**. *Jornal de Pediatria* - v. 84, n. 4 (Supl), Rio de Janeiro, 2008.
- LOPES, A.; A. F. B. **Exame de triagem neonatal: uma contribuição para a enfermagem neonatológica**. São Paulo; s.n; 2004. [117] p. Apresentada a Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Curso de Enfermagem para obtenção do grau de Mestre.
- MARTON DA SILVA, M.B.G.; “Teste do pezinho”: por que coletar na alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 60 – 64, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 20/04/2010.
- , M. B. G. **Programa de educação continuada a distância na triagem neonatal**. 2002. Monografia (Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.
- , M.B.G. **Uma proposta de educação a distância: capacitando enfermeiros tutores no programa de triagem neonatal**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.
- MENDONÇA, A.C. et al. Muito além do “Teste do Pezinho”. **Rev. Bras. Hematologia e Hemoterapia**. v.3 n. 2, p.88-93, 2009.
- OLIVEIRA, E.; ANDRADE, I.M. RIBEIRO, R. S. **Educação em saúde: Uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões**. Universidade Católica de Goiás/ Coordenação de Pós – Graduação e Pesquisa Curso de Especialização em Saúde Pública Goiânia, agosto de 2009.

REIS, L. S. **Atuação do (a) profissional de enfermagem no Teste do pezinho.** Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade Maria Milza. Cruz das Almas, 2010.

SANTOS, E. P. et al. **Triagem neonatal no estado de Goiás.** Manual do posto de coleta. 1ª Edição - Setembro de 2008.

SILVA, C. S. **Conhecimento das mães e do enfermeiro acerca da triagem neonatal.** Trabalho de conclusão de curso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2008.

SILVA, W. S.; et al. Avaliação da cobertura do programa de triagem neonatal de hemoglobinopatias em populações do Recôncavo Baiano, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22 n.12, p.: 561-566, dez, 2006.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da Universidade Federal de Goiás**, v. 6, n. Especial, Goiás, 2004.

VIANA, Maria Regina et al. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança.** Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p. : il.

Capítulo 6

Diferentes concepções de loucura entre profissionais da rede pública de saúde mental

Suely Aires
Jarlan Miranda

Quem se dispõe a investigar a loucura em sua trajetória histórica logo perceberá que o conceito de loucura varia substancialmente ao longo do tempo. Da antiguidade clássica aos dias atuais, diversas definições do termo foram construídas, bem como diferentes hipóteses etiológicas e modos de tratamento (PESSOTTI, 1999). Frayzer-Pereira (1984) afirma que a loucura pode ser concebida a partir de duas tendências principais: por um lado, é particularizada e concebida como uma experiência corajosa de se apresentar para o mundo real, uma maneira de desmontagem e recusa do mundo instituído; por outro lado, a loucura é descrita como uma falha pessoal, ruptura do modo normal, equilibrado e sadio de ser, um desvio do grupo social.

Considerando que a diversidade de definições do fenômeno da loucura influencia as expectativas sobre o devir destes sujeitos no meio social e sobre os modos de cuidado instituídos (PREBIANCHI; FALLEIROS, 2011), torna-se fundamental discutir as diferentes concepções que os profissionais que trabalham no campo da saúde mental têm sobre a loucura.

Concepções da loucura: breve histórico

Michel Foucault (1987), em sua obra *A História da Loucura*, afirma que, até a Idade Média, a loucura era praticamente despercebida como doença, sendo vista como fato cotidiano ou como dádiva divina, vinculada a significações religiosas e mágicas. Assim, aqueles considerados insanos mantinham seu convívio em sociedade e apenas os casos mais extremados sofriam segregação social. Nesse período, segundo Foucault (2000), “a loucura é, no essencial, experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar” (FOUCAULT, 2000, p. 78).

A partir do século XVII ocorreu uma mudança brusca na forma de enxergar o fenômeno da loucura e o mundo do louco tornou-se o mundo da exclusão (FOUCAULT, 2000). Como consequência, em toda a Europa foram criados estabelecimentos para internação, os quais não eram destinados a receber apenas os loucos, mas todos os indivíduos, que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, manifestavam algum tipo de alteração. Segundo Oda (1998), nesse período, as instituições para internação não tinham nenhuma finalidade médica e o internamento que o louco recebia não colocava em questão a loucura como doença, mas sua dimensão de problema social. O internamento acima descrito, que tinha como função primeira silenciar os problemas sociais, não se mantém por mais do que um século.

Em meados do século XVIII, o louco fez uma rápida reaparição social, inserindo-se novamente na vida cotidiana (FOUCAULT, 1987). Contudo, essa liberdade logo foi questionada pela crença de que os loucos poderiam tornar-se perigosos para sua família e para o grupo social no qual se encontravam (FOUCAULT, 2006). Para solucionar tal situação, os loucos foram reconduzidos às instituições de internamento, adotando-se novas medidas, agora de caráter médico e jurídico. Desde então, como afirma Oda (1998), dá-se a construção de um lugar específico de tratamento, os hospitais, os quais atuam sobre o doente, no sentido de tratá-lo e, se possível, de buscar a cura

desse mal. Para Pinto (2005), é neste cenário que a psiquiatria surge como área de atuação que vai se implicar no processo de cura da doença mental, por meio de um saber médico especializado.

De acordo com Mostazo e Kirschbaum (2003), com os avanços dos saberes especializados, a psiquiatria se estabelece por meio do modelo biomédico no tratamento de doenças, seguindo o padrão clínico de formação da ciência médica. Ao enfatizar a anatomopatologia como método de investigação, torna-se possível para a clínica médica analisar o corpo em suas partes e classificá-lo segundo uma ordenação hierárquica de espécies (FOUCAULT, 2003). Com efeito, o louco foi enquadrado nas *espécies patológicas* produzidas pelo próprio conhecimento psiquiátrico, para além de qualquer comprovação orgânica. Segundo Silveira e Braga (2005), o discurso que sustenta essa forma de perceber a loucura como desvio patológico leva a considerar que os loucos não conseguem conviver de acordo com as normais sociais.

Nesse contexto, o hospital psiquiátrico se apresenta como modelo a garantir a ordem social por meio de ações disciplinares, de vigilância constante e de delimitação do espaço, de tal modo que o sujeito fica cada vez mais afastado de suas relações exteriores. Assim, no início do século XX, os hospitais psiquiátricos foram caracterizados muito mais como um espaço para confinamento de indivíduos doentes do que como instituição terapêutica. Apenas após a Segunda Guerra Mundial, surgiram na Europa e na América do Norte¹⁰ movimentos de questionamento da institucionalização da loucura, o que levou a um redirecionamento das práticas e estratégias de cuidado, bem como uma mudança do paradigma da psiquiatria (DESVIAT, 1999 apud MACIEL et al., 2008; CERQUEIRA, PITTA e RESENDE, 1989, 1984, 1987 apud ODA, 1998; TENÓRIO, 2002). É nesse cenário que surgem as ideias de *desinstitucionalização* que serviram de base para a reforma psiquiátrica.

10. Destacam-se as pesquisas de Goffman (1961) realizadas na década de 50 no Hospital St. Elizabeth, EUA. A partir de tais estudos, Goffman afirma que nas instituições psiquiátricas há a produção de um corpo doente, objeto de intervenções médicas e disciplinares, sendo o sujeito desvinculado de sua história de vida e de situações sociais mais amplas. Nesse contexto, o sujeito vivencia a internação como um processo de mortificação do eu, sendo levado a abandonar a cultura e a concepção de si mesmo prévias à entrada na instituição.

Desviat (1999 apud MACIEL et al., 2008) considera que os movimentos de reforma psiquiátrica, iniciados na Europa e nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial, são um amplo movimento social em favor dos direitos humanos dos loucos, fruto de um período de crescimento econômico, de reconstrução social e de desenvolvimento dos movimentos civis, possibilitando uma maior tolerância em relação às diferenças e à singularidade. Como consequência, as instituições asilares e as atuações médicas foram questionadas em seu modo de funcionamento, tendo por finalidade humanizar a assistência e garantir que o processo de cuidado fosse mediado pela posição ativa dos sujeitos envolvidos.

No cenário brasileiro, a Reforma Psiquiátrica nasce no bojo da Reforma Sanitária, sendo fruto de uma movimentação político-social que se iniciou no período de abertura do regime militar e que trouxe consigo não apenas a crítica ao modelo médico vigente, mas a construção de um extenso e diversificado escopo de práticas e saberes, a partir da redemocratização e do reclame por cidadania (AMARANTE apud TENÓRIO, 2002). Compartilhando os princípios e diretrizes que orientam a Reforma Sanitária e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular, a Reforma Psiquiátrica brasileira buscou a constituição de uma rede integrada de assistência ao portador de sofrimento psíquico, estimulando práticas desenvolvidas no território; ou seja, em espaços não institucionalizados de permanência e exclusão da loucura.

Em 06 de abril de 2001, depois de décadas de luta, foi aprovada a lei 10.216 que regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial. Propõe-se, então, a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a ser constituída por meio de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de atenção psicossocial, moradias assistidas e centros de convivência. Cabe destacar, no entanto, que não devemos conceber a Reforma Psiquiátrica unicamente como uma reestruturação das instituições psiquiátricas. Consoante Goldberg (1994 apud TENÓRIO, 2002), a criação de uma rede substitutiva em saúde

mental depende de uma reformulação conceitual, pois a posição estratégica que a expressão *saúde mental* assume no discurso da reforma relaciona-se com o afastamento da perspectiva exclusivamente sintomatológica da doença mental, centrada nas intervenções biomédicas. Nesse contexto, volta-se a atenção sobre as concepções de loucura e os modos de tratamento em psiquiatria.

Tenório (2002) ressalta que, no que tange ao tratamento e às práticas em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica busca oferecer uma rede de cuidados compreendida pela família, instituições de saúde e sociedade como um todo, visando à manutenção do louco na vida social. Ainda de acordo com este autor, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS surge como um dos marcos inaugurais do novo paradigma de cuidado em saúde mental, visando à criação de uma abordagem clínica produtora de autonomia, que convida o sujeito à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Nesse serviço, o cuidado estende-se no sentido de poder haver uma sustentação diária para o usuário, consistindo em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados, quanto da diversidade da oferta de atividades terapêuticas, promovidas pelo trabalho multiprofissional.

A reforma psiquiátrica é a tentativa de dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar: evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se (...) (TENÓRIO, 2002, p. 55).

É no cenário atual da reforma psiquiátrica, da desinstitucionalização e das novas formas de cuidado, que este estudo se volta para o campo da saúde mental por entendermos que diferentes concepções de loucura implicam em diferentes modos de tratamento, os quais se apresentam como condizentes com tais representações. Supomos que antigas práticas de tratamento da loucura podem permanecer nos serviços de atenção em saúde mental como efeito da concepção da loucura como doença mental e desvio social, características do período anterior à Reforma Psiquiátrica.

Diferentes estudos realizados no campo da saúde mental corroboram essa ideia. Em pesquisa que visa discutir conteúdos, crenças e valores que os profissionais, usuários dos serviços de saúde mental e familiares apresentam em relação à loucura, Rodrigues e Figueiredo (2003) indicam que a loucura é considerada pelos entrevistados como um período ou fase, desencadeada por dificuldades da própria pessoa, como efeito de fatores essencialmente biológicos. Oliveira, Jorge e Silva (2000 apud MACIEL et al., 2008), por sua vez, afirmam que antigas formas de lidar com a loucura ainda imperam nas instituições psiquiátricas.

Também em seu estudo, que buscou compreender como os profissionais da saúde mental e os familiares de usuários do serviço de saúde mental representam a loucura e a psiquiatria, Maciel et al. (2008) afirmam que as representações sobre o usuário do serviço de saúde mental são estereotipadas e de cunho negativo, uma vez que tais estereótipos acham-se presentes, ainda hoje, em representações como “sem-juízo”, “sem-razão” e “agressivo”; com consequente atitude de medo e exclusão.

Pode ainda ser citada a pesquisa realizada por Rodrigues et. al (2009) que buscou descrever e analisar as representações da loucura entre universitários dos cursos de Direito e Medicina, bem como entre psiquiatras e advogados criminalistas. Os autores afirmam, na discussão dos resultados, que não houve um consenso quanto a uma definição de loucura, mas o termo sempre estava ligado a algo estigmatizado e com teor pejorativo. Ressaltam ainda que os discursos embasavam-se em saberes médicos na definição do fenômeno da loucura. Na bibliografia pesquisada, é comum a apresentação de resultados que indicam que a loucura ainda é associada à doença, erro, degenerescência, sendo concebida de forma negativa e vista como avesso da ordem (ENGEL, 1998/1999; FOUCAULT, 2000; FRAYZER-PEREIRA, 1984). E, por consequência, realizam-se práticas fundadas no manejo medicamentoso e que advogam medidas de tutela e de exclusão (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Diante do exposto, temos como objetivo de pesquisa investigar a concepção de loucura entre profissionais de saúde que trabalham na rede pública de saúde mental do município de Santo Antônio de Jesus – BA. Considera-se que este estudo, na medida em que visa conhecer as concepções que os profissionais têm acerca da loucura, possibilitará a produção de conhecimento relativa a esse cenário específico e, talvez, venha a contribuir para o planejamento de ações, políticas e programas educacionais no âmbito da saúde mental local.

Percurso metodológico

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória. Inicialmente, foram realizados: (1) visita ao serviço de saúde mental da rede pública do município de Santo Antônio de Jesus (CAPS II, CAPSad e Ambulatório de Saúde Mental); (2) apresentação do projeto da pesquisa à coordenação dos serviços; e (3) convites aos profissionais para participarem das entrevistas. Optou-se pelo modelo de entrevista semiestruturada, individual, com uso de gravador, e no próprio espaço de trabalho dos profissionais, tendo garantia de anonimato e autorização prévia por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A amostra foi composta por nove profissionais do campo da saúde que trabalham na rede pública de saúde mental do município de Santo Antônio de Jesus/BA, dos quais sete têm nível de escolaridade superior – em profissões nas áreas de psicologia, psiquiatria, enfermagem, assistência social, fisioterapia –, e dois profissionais têm nível de escolaridade médio. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação dos dados.

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de discurso, considerando-se as contribuições de Foucault (2007). Segundo este autor, o discurso é definido como um conjunto de procedimentos de delimitação e controle, como uma ordem que organiza e estrutura o conhecimento e as práticas em determinada cultura em um momento histórico definido. Nesse sentido, sua proposta de

análise implica na revelação dos princípios de ordenamento dos discursos, de modo a apreender seus limites e exclusões, que impõem regras àqueles que falam (AIRES, 2007). Foucault sugere ainda que os discursos sejam analisados como conjuntos de *acontecimentos discursivos* (FOUCAULT, 2003), destacando que estes discursos comportam leis próprias, implicam o sujeito e não convergem para uma síntese qualquer, preservando sua diversidade.

Concepções de profissionais da rede pública de saúde mental sobre loucura

Em relação ao tema geral da loucura, a análise dos dados indica que os participantes da pesquisa apresentam inflexões discursivas diversas referentes ao assunto. Cabe destacar que na concepção foucaultiana, não se enuncia linearmente um único discurso nos espaços sociais; neste sentido, os efeitos produzidos pelos discursos sobre cada sujeito apresentam-se marcados pela diversidade de lugares e posições de cada sujeito na estrutura social, numa relação de influência mútua. Apresentaremos a seguir as três perguntas que guiaram a entrevista e a análise das falas dos entrevistados, agrupadas em categorias temáticas para, em seguida, discutir a relação entre os diversos resultados encontrados.

O que é loucura?

Destacaremos uma primeira categoria presente nas falas dos profissionais: *a loucura como doença*. A concepção da loucura como doença mental é marcada pela sua apreensão da loucura como objeto do saber médico especializado, contexto este em que surgem os hospitais psiquiátricos como espaços terapêuticos (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

É isso... eu acredito que tá vinculado, sim, à doença... é difícil falar sobre loucura, não é fácil não... mas, eu acho

que tá ligado a doença sim, né. Porque eu vejo sofrimento o tempo todo... e se tem um sofrimento, eu acho... eu acredito que está relacionado a doença, sim...

Loucura hoje para gente que trabalha com a saúde mental é... é... qualquer transtorno mental, qualquer doença mental que aquele paciente, que aquela pessoa apresenta, né...

Antunes e Queiroz (2007) apontam que a apreensão da loucura numa perspectiva biológica, como doença mental, tende a produzir a *coisificação* do sujeito e a eliminar o contexto social em torno do qual se constitui o estado patológico. Esta concepção ainda se encontra presente nas práticas atualmente desenvolvidas em diversas instituições, que buscam a cura da doença na dimensão biológica e por meio de intervenções eminentemente medicamentosas.

Uma segunda categoria apreendida nas falas dos participantes consiste em apresentar a *loucura como diferença*, algo que se mostra destoante e que dificulta o convívio social do sujeito, ou mesmo impossibilita a obediência às regras sociais, em função de comportamentos desviantes em relação à normalidade social. De acordo com Silveira e Braga (2005), o discurso de que a loucura impossibilita ou faz com que os sujeitos não consigam conviver em consonância com as regras sociais é alimentado pela concepção de loucura que percebe o sujeito como perigoso em função de sua doença mental.

Eu vejo a loucura como algo que se mostra diferente daquilo que a gente tá acostumado, daquilo que a gente acha que é correto, que a gente acha que é certo, daquele comportamento padrão da sociedade.

Eu sei que pra sociedade a loucura é considerada diferente... Eu penso também assim, que loucura são concepções também diferenciadas, são pessoas que têm dificuldade, na verdade, de conviver em sociedade e não têm condições de seguir as regras como uma pessoa normal. Pra mim, loucura são aquelas pessoas que não conseguem seguir as regras normalmente como as outras pessoas...

Maciel et al. (2008) consideram que, por vezes, a concepção da loucura como diferença reafirma a relação entre loucura e desvio patológico, corroborando a ideia de que o sujeito precisa ser afastado da sociedade e submetido aos cuidados de especialistas. Desse modo, retira-se desse sujeito sua condição ativa no processo de cuidado, bem como a capacidade de exercer sua cidadania.

De acordo com Silveira e Braga (2005), o movimento de reforma psiquiátrica busca desconstruir essa concepção de loucura como doença mental ou desvio social, para dar lugar a uma nova maneira de perceber a loucura enquanto condição de existência do sujeito que sofre e como dimensão estruturante deste sujeito: *a loucura como singularidade/particularidade do sujeito*. Essa forma de compreensão aparece nas seguintes falas:

É a condição da mente humana caracterizada por pensamento de condutas atípicas incomuns ou ditas anormais, entre aspas, né... dentro dos valores de uma sociedade é marcada por uma doença mental, sofrimento psíquico e que vem ao longo do tempo sofrendo alterações em sua própria definição, desde valores que circulam manifestações do divino até condutas de segregação e isolamento marcado pela perda da razão, por exemplo. A loucura também hoje já pode ser definida como algo de dentro, né... é algo estruturante para aquele ser e, portanto, necessário à dimensão humana, associada assim à particularidade e subjetividade do sujeito.

[...] algo inerente ao ser, estruturante para o seu próprio funcionamento, nesta concepção é algo que é legítimo daquele indivíduo e merece ser tratado com essa singularidade e com essa representatividade.

Nestas últimas falas, podemos considerar que se apresenta uma concepção mais ampliada em relação ao fenômeno estudado e às dimensões que o envolvem. Apreende-se uma compreensão do sujeito como historicamente construído, e, nesse contexto, a loucura é caracterizada por sua complexidade enquanto condição

estruturante e relacionada à singularidade do sujeito. Antunes e Queiroz (2007) apontam que o reconhecimento de aspectos psicológicos, sociais e históricos é fundamental para superar a concepção de loucura como doença, permitindo compreendê-la como fenômeno de ampla complexidade.

Existe causa para a loucura?

Nas falas dos participantes foram destacados os elementos considerados como prováveis desencadeantes da loucura. Em todas as falas estavam presentes tanto os elementos internos (aspectos orgânicos ou genéticos), quanto os externos (aspectos sociais e históricos). No entanto, em algumas falas prevaleciam os discursos das causas internas, em outras imperavam as causas externas, e um terceiro grupo destacava o caráter multicausal, dando igual peso para as dimensões orgânicas/genéticas, históricas e psicossociais.

Recortamos fragmentos de falas dos entrevistados apresentados como resposta para a questão *existe causa para a loucura?*, destacando à categoria *causas internas*:

[...] pacientes que só manifestaram crise, né... um quadro de loucura, após sofrerem... uma meningite. Assim... pacientes... assim, que vieram de uma causa orgânica para apresentar aquele transtorno... Eu acho que não tem uma causa, simplesmente pode acontecer e ter um motivo orgânico mesmo.

Existe. Pode ser uma... geneticamente, a pessoa já tem na família casos genéticos e a pessoa já vai crescendo, desenvolvendo... como tem crianças aqui que já vai... tá crescendo já com... com problemas, né... a criança não consegue viver normalmente como outra criança... agitada demais, gritando, né... pode ser uma questão genética.

Como consideram Mostazo e Kirschbaum (2003), a ênfase dada às causas orgânicas e genéticas pode incorrer no erro de

compreender a loucura em um direcionamento apenas patológico e considerá-la como um período ou fase, constituída por dificuldades unicamente da pessoa. O foco nas *causas externas*, segunda categoria destacada, pode ser discutido a partir das falas apresentadas a seguir:

[...] muitas causas, muitas decepções que a pessoas têm na família, problemas pessoais, problemas financeiros, que a cabeça não aguenta e explode.

[...] digamos assim, a gente considerou, né, que, assim... ao ver naquele momento da vida masculina, a sociedade cobra, né... e algumas pessoas não aguentam aquela cobrança ou aquela postura ou aquela... aquele status, aquela condição e a pessoa realmente desencadeia um processo, né, assim... vai desencadear numa crise e posteriormente apresenta um transtorno.

De acordo com Spink (2009), o enfoque nas causas externas pode significar uma compreensão de sujeito unicamente como produto do mundo social que o cerca, o que possivelmente acarretará a perda da compreensão do sujeito em sua totalidade. Dito de outro modo: tais falas deixam de considerar as dimensões e relações existentes entre o nível interno (orgânico/genético) e o externo (aspectos sociais e históricos). Em seu estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial com usuários do serviço, sobre as representações sociais acerca do tratamento psiquiátrico, Mostazo e Kirschbaum (2003) depararam-se com esses dois direcionamentos: ora a loucura é considerada como efeito de fatores biológicos, ora é considerada como desestruturação das relações.

Na presente pesquisa, uma terceira categoria se apresenta nas falas de alguns entrevistados: a concepção de loucura pautada numa visão mais abrangente, em seu *caráter multifatorial*, refletindo o fenômeno em sua complexidade. Nesses casos, considera-se que fatores biopsicossociais constituem o sujeito em sua condição humana, como se dá a ver nas falas transcritas a seguir:

(...) na minha visão é sempre o caráter multifatorial, e vai desde a questão da vulnerabilidade genética até várias situações externas que podem se associar e potencializar essa vulnerabilidade, as causas são muitas...

Eu acredito que existe um fator que vai gerar um sofrimento, mas quando falo até dessa questão eu preciso ter cuidado para não compreender esse fator pela causa orgânica apenas, a gente sabe da relevância que isso tem, mas também associados aos fatores orgânicos, a gente sabe que tem os fatores sociais e os adquiridos no próprio desenvolvimento do ser humano e, de toda forma, eles convergem para desencadear um sofrimento.

Como se trata a loucura?

Em relação a essa questão, as falas dos participantes da pesquisa revelam que se concebe diferentes formas de tratamento para a loucura. Essa diversidade na condução clínica reflete a complexidade que envolve o sofrimento psíquico e a multiplicidade de fatores que dizem respeito ao fenômeno da loucura. No entanto, cabe considerar que o tratamento dado à loucura acompanha a concepção de causalidade; ou seja, de acordo com a hipótese etiológica da loucura serão ofertados tratamentos que visem alcançar tal causa. Algumas maneiras de tratamento prevalecem em virtude da forma como a loucura tem sido representada historicamente.

Antunes e Queiroz (2007) afirmam que a influência da *perspectiva medicalizante* ou farmacológica ainda é muito presente no tratamento da loucura, refletindo formas de representar a loucura numa perspectiva biológica, em que a mesma é compreendida como doença mental ou estado patológico. Nas falas que seguem podem ser encontradas tais acepções:

Hoje aqui é tratado com medicamentos, não sei se é isso... medicamentos e também pra é... incentivar o indivíduo a viver normalmente na sociedade...

Então assim, chegar exatamente no diagnóstico preciso daquele paciente, né... depois encaminhar, entrar com um... o sistema medicamentoso do paciente, eu acho que a medicação, o uso continuado, a orientação farmacêutica do familiar, do paciente, eu acho que é muito importante, ele ter consciência que vai fazer uso daquele medicamento [...].

Pugin et al. (1997) destacam que algumas formas de tratamento são pautadas na *dimensão afetiva*, em que os profissionais reconhecem a necessidade de disponibilizar uma maior atenção para o sujeito considerado louco. Ao conduzir suas ações pela via do afeto, o profissional busca uma maior compreensão desse sujeito que sofre psicicamente e oferta “um tratamento pelo carinho”. Nos discursos dos participantes, é possível notar também a compreensão de que a reinserção do usuário do serviço de saúde mental em seu meio familiar e social é condição fundamental no tratamento da loucura.

Eu acho que o maior... o maior tratamento para a loucura pra mim, pelo que tenho visto, é o carinho com a pessoa naquele momento. Tem o tratamento com medicações, tem o tratamento em casa quando os familiares têm um cuidado e um carinho... eu acho que sem isso o restante não vai adiantar.

[...] carinho tantos dos familiares quando das pessoas do meio. A partir do momento que eles acham isso, o remédio avança, a sessão com a psicologia avança, também por conta do tratamento que ele tá tendo no ambiente familiar com quem eles vivem.

Pugin et al. (1997) e Antunes e Queiroz (2007) afirmam ainda que o tratamento no campo da saúde mental não deve ser apenas medicamentoso, mas englobar outros recursos como a psicoterapia, as oficinas terapêuticas, o trabalho com a família, formas de intervenções realizadas em conjunto com a família, os serviços de saúde e a sociedade. A concepção de *tratamento como reinserção social* se apresenta nos fragmentos abaixo:

É ressocializar essas pessoas. Levar essas pessoas de volta para a sociedade, para a comunidade, para suas famílias. Então assim, é o trabalho em articulação com os serviços externos, é tá levando essa pessoa mesmo pra fazer parte do meio, dos mecanismos que existem na comunidade, então isso é também uma forma de tratar.

O envolvimento da família que é fundamental... Que a gente vê muito na prática, quanto mais a família tá envolvida melhor a evolução positiva do paciente, do usuário e quando a família está ausente, mais difícil fica o tratamento deste mesmo usuário.

Com a reforma psiquiátrica, têm sido discutidos os modos de ampliação das possibilidades de tratamento da loucura, refletindo, assim, um maior reconhecimento dos aspectos afetivos, sociais e históricos que estão envolvidos não apenas no processo de cuidado e tratamento, como nos fatores que desencadeiam algum sofrimento psíquico.

Conexão entre diferentes categorias

Segundo Rodrigues e Figueiredo (2003), a reestruturação do sistema de saúde possibilitou a delimitação e esquematização do atendimento ao usuário nos serviços de saúde mental, bem como viabilizou o estabelecimento de determinados padrões de relação entre profissionais e usuários nos serviços. No entanto, não foi investigado um aspecto que se mostra essencial para a assistência ofertada: quem são estes profissionais, que visões de mundo possuem e como imprimem sua visão de mundo no trabalho institucional (PREBIANCHI; FALLEIROS, 2011). Considera-se, nesse sentido, que a concepção que cada profissional tem da loucura, bem como a hipótese etiológica referente a tais casos, interfere nos modos de tratamento implementados nos serviços de saúde mental.

De modo resumido, podemos considerar, em relação à pesquisa efetuada, que as categorias identificadas nas entrevistas mostram certa conexão. Nessa direção, torna-se possível identificar um

primeiro grupo de respostas que vincula a concepção da *loucura como doença* à hipótese etiológica de uma *causalidade interna* – biológica ou genética – e um modo de *tratamento eminentemente medicamentoso*. Por sua vez, um segundo grupo constitui-se por respostas que representam a *loucura como desobediência às normas sociais* e decorrente de *causas externas* ao sujeito; por conseguinte, é proposto *um modo de cuidado que se ancora no carinho e na atenção aos usuários do serviço, o que por vezes, implica medidas de tutela e exclusão*. Por fim, a terceira concepção de *loucura* – *como singularidade ou particularidade do sujeito* – possibilita que a loucura seja compreendida como tendo uma *etiologia multifatorial* e traz como *modelo de tratamento a reinserção social e a atenção familiar*. Na presente pesquisa, não foi encontrada uma relação estreita entre as concepções de loucura e a formação profissional, nem mesmo em referência ao nível de escolaridade. *Grosso modo*, as respostas mais frequentes referiam-se à concepção da loucura como desvio social, necessitando de práticas tutelares e tratamento medicamentoso.

A coexistência dessas concepções talvez revele, como indicam diversos estudos (BREDA et al., 2005; PEREIRA et al., 2007; PREBIANCHI; FALLEIROS, 2011), a dificuldade de se colocar em prática os eixos centrais da reforma psiquiátrica brasileira. Ao propor uma mudança significativa nos modos de assistência no campo da saúde mental, a reforma psiquiátrica depende de uma aposta por parte dos profissionais, dos usuários dos serviços e da população em geral na inclusão social da diferença (MACIEL et al., 2008), bem como na reinserção do portador de transtorno psíquico na família e na sociedade. Desse modo, a concepção da loucura como doença ou desvio patológico compromete a proposta de reinserção social do usuário do serviço de saúde mental, pois se ancora em modos de tratamento excludentes do sujeito em relação ao meio social.

Ao considerar os resultados encontrados em nossa pesquisa, torna-se possível indicar que o primeiro grupo de respostas vincula-se claramente ao modelo hospitalocêntrico de atenção aos portadores de transtornos psíquicos, em um modelo clássico de assistência psiquiátrica. Por sua vez, o segundo grupo de respostas, traz ainda o modelo

psiquiátrico em sua face tutelar (COSTA, 1996). A concepção de loucura como singularidade mostra-se claramente articulada à reforma psiquiátrica brasileira, bem como a proposição de que o cuidado ao portador de sofrimento psíquico seja feito em serviços extra hospitalares, buscando trabalhar a loucura no meio social e familiar. Por conseguinte, a família é compreendida como unidade básica para o processo de assistência e fator fundamental para recuperação do portador de sofrimento psíquico, ainda que parte das equipes revele dificuldades na implementação de atividades extramuros, em um modelo efetivo de atuação consoante à reforma psiquiátrica (NARDI; RAMINGER, 2007).

Segundo Prebianchi e Falleiros (2011), não existem dados consistentes ou suficientemente sistematizados, no campo da saúde mental, que permitam compreender a concepção de loucura ou sua representação para diferentes grupos sociais em diferentes contextos. Uma das razões para tal inconsistência refere-se aos locais onde foram realizadas as pesquisas, quase exclusivamente nas regiões Sul e Sudeste, não atingindo a diversidade sociocultural de nosso país (PREBIANCHI; FALLEIROS, 2011).

A pesquisa ora apresentada possibilitou compreender as diferentes concepções que os profissionais da rede pública de saúde mental, de Santo Antônio de Jesus, município do recôncavo da Bahia, têm acerca da loucura. Ao analisarmos as falas dos profissionais que participaram da pesquisa, encontramos várias inflexões discursivas, agrupadas em torno das perguntas sobre a concepção de loucura, sua etiologia e os modos de tratamento. Quanto à concepção de loucura, identificamos sua associação à doença mental, ao desvio de normas sociais e compreendida como singularidade e particularidade do sujeito. Quanto à etiologia, foram atribuídas causas internas, externas e etiologia multifatorial. Em relação aos modos de tratamento, foram citados o tratamento medicamentoso, por meio do carinho e da tutela, e por meio da reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico. Entendemos que as respostas dadas mantêm correlação entre a concepção de loucura e as formas de tratamento. Neste sentido, a última concepção apresenta-nos os avanços conquistados no campo

da saúde mental por meio da construção de novas redes de cuidado.

A transição de uma ordem centrada em instituições hospitalares para uma ordem situada em serviços substitutivos, em espaços sociais e na família, implica não apenas modificações em estruturas físicas, mas a desconstrução de representações que naturalizam a patologia e a exclusão, a fim de construir novos olhares fundamentados na história, na cultura e na singularidade do sujeito. Considerando que a supervisão institucional e clínica (BRASIL, 2001) constitui-se como espaço privilegiado de elaboração das dificuldades e conflitos nos serviços de saúde mental, sugerimos a possibilidade de instituir, com os profissionais, um espaço para discussão dos desafios na implementação de ações no campo da saúde mental – o que incluiria, sem dúvida, a discussão quanto às concepções de loucura e tratamento – de modo a colaborar para a efetivação de práticas consoantes à reforma na assistência em saúde mental.

Por entendermos que o trabalho em saúde mental é um desafio cotidiano, destacamos a necessidade de discutir de forma consistente os modos como dadas concepções de loucura são veiculadas por profissionais do campo da saúde mental, implicando modos de cuidado extremamente distintos. Nesse sentido, enfatizamos a relevância da realização de novos estudos com objetivos semelhantes em contextos específicos.

Referências

AIRES, S. Estrangeiros em seu próprio país. *Inter-Ação: Revista da Faculdade de Educação*. Goiânia, 30 (2): 235-247, jul./dez. 2005.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 23 (1): 207-215, jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 2001. p. 42-53.

- BREDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.13, nº. 3, p. 450-452, 2005.
- COSTA, J. F. As Éticas da Psicanálise. In FIGUEIREDO, A. C., SILVA FILHO, J. F. (org.) **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.
- ENGEL, M. G. **As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 5, n.3, nov./fev. 1998/1999.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Biblioteca Tempo Universitário, 2000.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- FOUCAULT, M. A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX. In FOUCAULT, M. **Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 01-25.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2003.
- FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- FRAYZER-PEREIRA, J. A. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul; Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- MAGALHÃES, A. T. O. **As representações sociais da morte para professores e pais em instituições de educação infantil**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação). Instituto de Educação – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- MACIEL, S. C.; MACIEL, C. M. C.; BARROS, D. R.; NOVA-SÁ, R. C; CAMINO, L. F. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma Psiquiátrica. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan./jun. 2008.
- MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.11, nº. 6. nov./dez. 2003.
- NARDI, H. C.; RAMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. **Physys: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, 2007.

- ODA, A. M. G. R. **A construção de um modelo de atenção em saúde mental** – estudo da rede pública extra-hospital de Campinas. 1998. Dissertação. (Mestrado em Saúde Mental). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998.
- PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P.; FRANCO, M. S. P. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, vol. 41, n. 4, p. 567-572, 2007.
- PESSOTI, I. **Os Nomes da Loucura**. São Paulo: Ed 34, 1999.
- PINTO, R. F. **CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas**: a contribuição da psicanálise na construção de um dispositivo clínico. 2005. Dissertação. (Mestrado em Psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- PREBIANCHI, H. B.; FALLEIROS, G. G. Doença mental: representações de usuários e de profissionais da saúde. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 16, n. 1, p. 33-41, jan.-mar. 2011.
- PUGIN, V. M.; BARBÉRIO, Y. C.; FILIZOLA, C. L. A. A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de Saúde mental de uma Instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 59-68, maio 1997.
- RODRIGUES, M. A.; FIGUEIREDO, M. A. C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 8, n. 1, jan./abr. 2003.
- RODRIGUES, S. S.; DANTAS, L. C. N.; SANTOS, D. C.; DANTAS, D. R. **Os Olhares Médicos e Jurídicos sobre a Loucura**: um estudo das representações sociais acerca da loucura. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0471.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2009.
- SILVEIRA, L. C.; BRAGA V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 13 (4): 591-595, jul/ago, 2005.
- SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2009.
- TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A *et al.* **Psicodiagnóstico** – V. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 43-52.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 9. jan.-abr, 2002.

Capítulo 7

A crise das práticas nutricionais em saúde-doença-cuidado e a possibilidade de construção de uma nutrição clínica ampliada e compartilhada

Franklin Demétrio

Considerações iniciais

A trajetória da nutrição no Brasil tem sido marcada por notáveis avanços tecnocientíficos e sociais conquistados pela categoria de nutricionista ao longo de nove décadas de mobilização, organização e luta em busca de legitimidade, autonomia e identidade profissional (VASCONCELOS, 2002; VASCONCELOS; CALADO, 2011).

Sem dúvida, a função terapêutica dos alimentos e de seus componentes nutricionais e bioativos evoluíram devido à produção considerável de conhecimentos relacionados à dietética e à nutrição, e mais recentemente, à nutrigenômica e nutrigenética. As inúmeras pesquisas realizadas nessas áreas contribuíram, substancialmente, com novos pontos de vista acerca da terapia nutricional, evidenciando a importância da nutrição adequada no processo saúde-doença (GOLAPAN, 1997; VASCONCELOS, 2010; DEMÉTRIO et al., 2011).

Estudo recente realizado por Vasconcelos e Calado (2011) visando analisar a história da profissão de nutricionista ao longo dos 70 anos no Brasil, revelou que houve um aumento expressivo no número de cursos e de profissionais, acompanhado de

aperfeiçoamento dos métodos e dos instrumentos de trabalho; e remodelamento do mercado e das condições de trabalho desses profissionais. Paralelo a isso, os autores observaram, também, importantes mudanças no padrão de consumo alimentar e no perfil de estado nutricional da população brasileira, corroborando o fenômeno da transição nutricional.

Pesquisa nacional realizada pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) em 2005, com o propósito de identificar as áreas de atuação do nutricionista no mercado de trabalho, identificou que a maioria (41,7%) atuava na área de nutrição clínica, os demais estavam distribuídos entre as áreas de alimentação coletiva (32,3%), ensino (9,4%), saúde coletiva (8,8%), nutrição esportiva (4,1%) e indústria de alimentos (3,2%) (CFN, 2006).

Embora o nutricionista clínico tenha conquistado reconhecimento social de sua importância para a saúde e qualidade de vida das pessoas e legitimado seu campo de saberes e práticas em hospitais, ambulatórios e consultórios, novos espaços se mostram possíveis e disponíveis para a atuação desse profissional. Dentre eles, destacam-se a nutrição primária à saúde, a nutrição clínica domiciliar ou home care nutrition, a nutrição na escola (alimentação escolar), a nutrição clínica ocupacional, entre outros, os quais têm surgido em decorrência de mudanças científica, econômica, ambiental, ideológica e política ocorridas na estrutura da sociedade moderna brasileira e sua influência nos modos de organização e distribuição do trabalho em nutrição clínica e saúde.

Se por um lado a profissão de nutricionista tem apresentado avanços quantitativos (ampliação do número de profissionais, número de cursos de formação e do mercado de trabalho) e de seus métodos e técnicas de intervenção, por outro, é questionável se esses avanços têm sido acompanhados de melhoria qualitativa da atuação profissional no Brasil.

A complexidade inerente ao sistema de saúde e os progressos tecnocientíficos da nutrição têm suscitado discussões acerca do *modus operandi* do nutricionista diante do processo

saúde-doença-cuidado, conforme orientam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a humanização e a integralidade. Estas discussões não devem desprezar a relevância de tais progressos para a área da saúde e nutrição. Contudo, observa-se que a dimensão humana, vivencial e psicossociocultural do adoecimento, da alimentação e da comensalidade, bem como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal dos sujeitos têm sido elementos pouco explorados e considerados na atenção clínico-nutricional (TRAD, 2006; DESLANDES; MITRE, 2009; GOULART; CHIARI, 2010; DEMÉTRIO et al., 2011). Esses fatos se configuram em importante problema epistemológico à nutrição e ganham substancial interesse científico.

Salienta-se que os cursos de nutrição, inseridos no paradigma biomédico, têm se fundamentado em uma concepção reducionista e negativa de alimento-alimentação-saúde-doença em detrimento de uma noção alimentar e nutricional positiva e ampliada. Isso é preocupante, uma vez que projetam para a hiperespecialização médica, gerando nutricionistas excessivamente técnico-especialistas, acríticos e reguladores (autoritários); formatados à reprodução de práticas de nutrição clínica alheias às subjetividades dos sujeitos e descompromissadas às transformações sociais (SANTOS et al., 2005).

Na atual conjuntura da política de humanização das práticas de saúde, o desenvolvimento e a aplicação de tecnologias de cuidado nutricional humanizado ainda esbarra em uma cultura técnica que necessita de revisão sobre os marcos de poder, da verticalização das relações e da promoção de espaços favoráveis ao acolhimento, diálogo, escuta, criatividade e estabelecimento de vínculos (TRAD, 2006; DEMÉTRIO et al., 2011).

É nesta conjuntura que se insere a concepção da Clínica Ampliada e Compartilhada, proposta por estudiosos críticos do campo da Saúde Coletiva como Campos (2003; 2009) e Cunha (2010), convocando tanto a (re) pensar dispositivos que reconfigurem os modos de produção e gestão da saúde quanto a analisar crítica e reflexivamente

os modelos biomédico e hospitalocêntrico, que têm amparado epistemologicamente¹¹ a clínica contemporânea.

A concepção de clínica ampliada e compartilhada é recente para o campo da saúde, em particular para a nutrição. Tal concepção visa incitar uma reforma cultural e epistemológica da clínica biomédica ou oficial - visto que esta não tem atendido devidamente as necessidades dos sujeitos que buscam a atenção em saúde - ampliando-a por meio da reorientação de saberes, responsabilidades e práticas (CAMPOS, 2009; CUNHA, 2010).

Em relação à clínica nutricional, não se tem observado debate profícuo no Brasil entre os atores envolvidos com a produção da nutrição-saúde em torno desse tema tão oportuno para o campo da nutrição em saúde coletiva e o próprio SUS. Apesar disso, teóricos importantes da nutrição têm sinalizado a influência da racionalidade biomédica na conformação epistemológica da nutrição clínica (BOSI, 1994; FREITAS et al., 2011).

Pelo exposto, torna-se necessário e urgente rever o quanto a racionalidade biomédica tem sido capaz de responder às demandas dos sujeitos que buscam a atenção nutricional em saúde-doença na contemporaneidade. Assim, o presente capítulo mostra como a concepção de clínica ampliada pode contribuir para a construção de um novo modelo de atenção nutricional assentado em princípios do SUS, em especial a humanização e a integralidade.

Os argumentos apresentados neste capítulo estão fundamentados em referenciais representativos da Saúde Coletiva, Filosofia, Nutrição, Medicina e Socioantropologia da Alimentação ou de campos científicos correlatos. Na primeira parte, realiza-se uma abordagem crítica sobre o que se denomina de ‘crise das práticas nutricionais’ em saúde-doença-cuidado e o problema epistemológico à clínica nutricional implicada, tomando, inicialmente, como

11. Epistemología consiste em um estudo metacientífico, ou seja, busca a compreensão dos fundamentos, princípios e métodos da ciência. É, portanto, uma teoria do conhecimento científico ou da *episteme* (MORA, 2001). Para aprofundamento ver SAMAJA, J. A. *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. 3ª Ed. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires, 2004.

ponto de partida as discussões teóricas sobre a crise da saúde, o modelo biomédico e as mudanças paradigmáticas ocorridas no conceito e nos modos de produção da saúde, finalizando com a conjectura da nutrição como campo aberto ao risco. Em seguida, faz-se uma breve incursão à proposta da nutrição clínica ampliada e compartilhada, ainda nascente no campo da nutrição, discutindo as possibilidades de (re)construir a nutrição clínica, ampliar e compartilhar seus saberes e suas técnicas para além de um modelo nutricional restrito à visão biológica ou medicalizadora da alimentação-saúde-doença. Ao final, tecem-se algumas considerações sobre os desafios a essa nova empreitada, que certamente não se esgotarão neste capítulo.

A Crise das práticas nutricionais em saúde-doença-cuidado, o problema epistemológico à clínica nutricional implicada e a nutrição como campo aberto ao risco

Diversos fatos, situações, eventos e condicionamentos complexos, de base ao mesmo tempo socioeconômica, cultural e epidemiológica têm ocorrido no contexto do sistema de saúde brasileiro, a exemplo de novos paradigmas (LUZ, 2007).

Diante disso, sobressai-se, no cenário nacional, a “crise da saúde”, característica do final do século passado, que conformada por um conjunto de fatos, situações e condicionantes, tem provocado uma revisão do conceito e da produção da saúde nos espaços do SUS a partir de outras perspectivas paradigmáticas (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000; LUZ, 2007; SCHRAIBER, 2011).

Para Luz (2007), a crise da saúde se refere a problemas de natureza sanitária associado a questões socioeconômicas decorrentes da evolução recente do capitalismo. Luz (2007) e Souza e Luz (2009) explicam que a globalização da economia capitalista intensificou as desigualdades sociais nos países não pertencentes ao núcleo do sistema neoliberal, gerando o surgimento ou aumento de problemas, como a desnutrição, violência, uso de substâncias psicoativas, doenças infectocontagiosas e as crônicas não transmissíveis, como a obesidade,

diabetes e hipertensão. Tais problemas poderiam ser efetivamente controlados ou prevenidos pelo Estado brasileiro mediante o desenvolvimento e implementação de políticas públicas eficazes voltadas para o enfrentamento das questões sociais que engendram a saúde.

Outro aspecto relacionado à crise da saúde diz respeito às condições socioeconômicas que colaboraram para o surgimento do evento denominado pelo sociólogo francês Joubert, citado por Luz (2007), de “pequena epidemiologia do mal-estar coletivo”. Este evento se caracteriza por uma síndrome biopsíquica coletiva gerada pelas condições de trabalho do capitalismo globalizado, com repercussões na saúde física e mental do corpo laboral, representadas por depressão, ansiedade, pânico, algias difusas, entre outras.

De acordo com Luz (2007), esse mal-estar coletivo envolve, também, tanto um componente de natureza sanitária quanto cultural, derivado das transformações socioculturais ocorridas nas sociedades modernas. Isso se faz presente na “liquidez”, nos termos baumaniano (BAUMAN, 2001), de valores humanos milenares nas dimensões da ética, da política, da convivência social, da educação e mesmo da sexualidade, e valorização exagerada do individualismo, do consumismo e da substituição de padrões culturais antigos por padrões homogêneos típicos da cultura de massas (BAUMAN, 2001; ADORNO, 2002; LUZ, 2007). Essa mutação cultural tem provocado um quadro de inquietação e mal-estar social, com impactos concretos na saúde das diferentes sociedades, incluindo da brasileira (LUZ, 2007).

No contexto atual da saúde brasileira, insere-se ainda a crise pela qual vem passando os modos de produção da saúde. Tais modos se traduzem em práticas profissionais alicerçadas, exclusivamente, na objetividade da racionalidade tecnobiocientífica e instrumental na diagnose, intervenção, tratamento e cura das doenças, esvaziando-se de quaisquer horizontes de (pré)ocupações com as dinâmicas - social, cultural, econômica, política e subjetiva - que conferem formas simbólicas singulares e plurais à existência humana e ao processo saúde-doença-cuidado (LUZ, 2007; CAMARGO-JÚNIOR, 2007).

Seguindo nessa linha, Schraiber (2011) destaca que, ao mesmo tempo em que as práticas de saúde se recobrem de êxito técnico, carecem de competência crítico-reflexiva sobre os pressupostos metateóricos e tecnocientíficos disponíveis e êxito prático, caracterizando, assim, o que a autora chama de crise de legitimação das práticas de saúde.

Decerto, o paradigma cartesiano do organismo humano influenciou os modos de produção de saúde vigentes, contribuindo para uma abordagem tecnobiocientífica, instrumental, restrita e restritiva da saúde, na qual a doença é reduzida à avaria mecânica, e à terapia médica, à manipulação técnica (KOIFMAN, 2001; CAMARGO-JUNIOR, 2005).

O cerne deste paradigma consiste na explicação do todo pela soma de suas partes ou pelas características das partes, eliminando as propriedades que se perdem (ou que não podem ser contidas) na fragmentação e somatório das mesmas (CAMARGO-JUNIOR, 2005; CAPRA, 1982). Por sua vez, este paradigma colaborou sobremaneira para a conformação do modelo biomédico ou ‘biomecânico’, tornando-se o referencial epistemológico orientador da moderna medicina científica e de outros cursos da área de saúde, inclusive a nutrição (LUZ, 1988; LUZ, 2007; DEMÉTRIO et al., 2011).

A biomedicina se configura, portanto, a partir de uma matriz epistemológica cujas ações são desenhadas com foco, predominantemente, no concreto – neste caso, a doença – ou seja, naquilo que é visível e diagnosticado no plano biológico do corpo por meio de aparatos tecnológicos. Nesse desenho, o ser humano, seu sofrimento, seus projetos de vida, visões de mundo e suas necessidades e expectativas diante do processo saúde-doença-atenção são tomados como secundários ou sem qualificação na construção de planos terapêuticos. Logo, os profissionais de saúde se firmam na epistemologia biomédica para impor sobre “o doente” um ideal incutido de um saber intelectualizado (de base anatomopatológica), tecnicista, e detentor da cura, alheios à sua realidade (BOLTANSKI, 1979; CAMARGO-JUNIOR, 2007). Nessa perspectiva, a biomedicina se constitui em uma “ciência das doenças” e, portanto, não há saúde sem a ausência de doença.

A redução do conceito de saúde à mera ausência de doença representa o que Almeida-Filho (2011) e Camargo-Júnior (2007) denominam de concepção negativa de saúde. Esta concepção tem merecido críticas, principalmente, pelas distorções geradas ao sistema de saúde e à sociedade, decorrentes, essencialmente, da centralização em uma teoria empiricista e de reificação da doença (ALMEIDA-FILHO & ANDRADE, 2003; CAMARGO-JUNIOR, 2007). Algumas destas distorções podem ser visualizadas nas ações curativas focalizadas e instrumentalizadas na racionalidade tecnobiológica da patologia baseada em evidências científicas; redução das terapêuticas prescritivas à doença e à higiene de comportamentos de risco; e exclusão das dinâmicas social, familiar, subjetiva e humana do processo saúde-doença. Por conseguinte, estas distorções comprometem o exercício legítimo das práticas de cuidado em saúde, opondo-se, portanto à perspectiva de humanização e integralidade da atenção e do direito de participação dos sujeitos nas proposições terapêuticas, com impactos indesejáveis à adesão e satisfação às mesmas (BRASIL, 2009; CUNHA, 2010).

Tem-se ainda que reconhecer a influência significativa da indústria mercantilista na consolidação do modelo biomédico. É no contexto da revolução industrial que o capitalismo se estrutura e se consolida, e tudo passa a ser visto como mercadoria. Eis que surge um setor aberto para a organização e mercantilização da medicina denominado de complexo médico-industrial, no qual as boas condições de saúde passaram a ser consideradas possíveis na íntima dependência do acesso a tecnologias diagnósticas e terapêuticas da biomedicina (CAMARGO-JÚNIOR, 2007; TESSER, 2010; BELLESTER et al., 2010), gerando o que Tesser (2010) denomina de medicalização social.

No cenário latinoamericano, o modelo biomédico ganhou força à consolidação com a adoção da perspectiva flexneriana na reorganização dos cursos de medicina, que, por vez, influenciou o formato de outros cursos da área de saúde. Nessa perspectiva, os cursos de saúde passaram a expandir o ensino clínico, valorizando o espaço hospitalar como meio para o ensino prático, com ênfase na abordagem biológica da doença e incentivo à especialização.

Embora o modelo flexneriano tenha contribuído para a reformulação e modernização dos currículos de medicina e de outros cursos de saúde, imprimiu neles características reducionistas, biologicistas, individualizantes e de hiperespecialização médica, com valorização da medicina curativa e exclusão das medicinas integrativas e complementares (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; BARROS; SIEGEL; OTONI, 2011; DEMÉTRIO et al., 2011).

O resultado mais evidente desses acontecimentos no campo da saúde é a manutenção de um modelo biomédico restrito e restritivo, que encontra na medicalização do corpo (e da vida) e na hospitalização seus recursos terapêuticos predominantes. Tem-se, portanto, práticas de saúde centralizadas na *expertise* profissional, desvinculadas de outros horizontes de conhecimento e contextos acerca do processo saúde-doença-cuidado (TESSER, 2010).

Vale ressaltar que o Estado, além de atuar macropoliticamente, opera também na dimensão micropolítica do cotidiano, interferindo intensamente sobre os corpos, vidas, comportamentos e práticas da população, com vistas a modelar cada indivíduo e gerir sua existência, caracterizando o que Foucault denominou de *biopoder*, e mais recentemente, o que Castiel et al. (2011) chamam de *biopolítica*. Nessa perspectiva, o Estado se encarrega da gestão da vida e da força de trabalho, saúde, higiene, alimentação, sexualidade entre outras questões. Nos cuidados de saúde tanto individual quanto coletivo, isso se repercute no agir técnico regulatório sobre os corpos e a medicalização social, como produto de uma mudança sociocultural ocorrida na saúde qual seja a expansão da cultura biomédica (TESSER, 2010).

No modelo político da modernidade ocidental, Santos (2009) identifica uma tensão epistemológica entre regulação e emancipação que resulta em modos emancipatórios ou regulatórios de produção e aplicação de conhecimento. Considerando ainda que a medicina, historicamente, desenvolveu-se no contexto da modernidade ocidental, esta tende a compartilhar dos mesmos princípios da ciência moderna: a neutralidade epistemológica que a torna universalmente válida e sua aplicabilidade inquestionável e

regulatória ao contexto (SANTOS, 2000; CRUZ, 2011). Nesse sentido, é possível identificar o “conhecimento-regulação” da doença e do corpo-objeto vigentes na saúde como corolário do modelo biomédico, amparando-se somente em uma tecnologia instrumental, diagnóstica e terapêutica, desqualificando a experiência do corpo-vivido (SANTOS, 2000; CRUZ, 2011).

No Brasil, observa-se certo descompasso entre as discussões mais recentes do campo da saúde coletiva – quais sejam o trânsito paradigmático e a construção de uma concepção positiva de saúde – e a abordagem da nutrição clínica, excetuando-se as produções científicas de Bosi (1988; 1994), Freitas (1997) e Freitas et al. (2008; 2011). Elas foram pioneiras em trazer para o debate do campo da nutrição em saúde coletiva as questões em torno do modelo de formação e atuação do nutricionista, guiando-se por uma perspectiva compreensiva, crítico-reflexiva, interdisciplinar e humanista. Por contiguidade, outros estudiosos da nutrição vêm se preocupando com essa questão e contribuindo, ainda que de forma embrionária, para ampliar o leque de discussões em torno da *práxis* (conjunto de atividades biomédicas) na clínica nutricional (AMORIM et al., 2001; SANTOS et al., 2005; SOLYMOS, 2006; SCAGLIUSI et al., 2011; DEMÉTRIO et al., 2011; NAVOLAR et al., 2012).

Se no campo da saúde, em particular da saúde coletiva, tem sido intensamente discutida a insuficiência do modelo biomédico para a resolução da maioria dos problemas de saúde, no campo da nutrição essa discussão ainda é pouco explorada.

No caso da nutrição clínica, esse debate também parece incipiente, considerando-se para tal constatação os resultados decorrentes do processo de formação e atuação profissional nessa área. São poucos os trabalhos desenvolvidos com vistas a uma discussão teórica, epistemológica, metodológica e até mesmo filosófica em torno da produção do conhecimento em nutrição e da clínica nutricional implicada.

Quanto à formação do nutricionista no Brasil, Bosi (1988) realizou uma avaliação dos cursos de Nutrição na década de 1980

e identificou significativa desproporção entre as disciplinas biológicas (predominantes) e sociais. Com propósito similar, estudo mais recente realizado em 2008 por Portronieri et al. (2012), envolvendo estudantes de graduação em nutrição de doze universidades do Estado do Rio de Janeiro, revelou resultado semelhante ao de Bosi (1988), no qual as disciplinas biológicas foram consideradas mais importantes do que aquelas das ciências sociais e humanas na formação do nutricionista. Essa não equiparação entre estas disciplinas, bem como a não inserção de outras perspectivas de saberes não disciplinares, incluindo a dos sujeitos cuidados, contribui para uma compreensão insuficiente do sociocultural na formação do nutricionista, originando profissionais com olhar estritamente técnico e fragmentado no cuidado nutricional e alheio às questões humanas e sociais.

Em face disso, resgata-se aqui o questionamento feito no início deste capítulo qual seja: é reconhecido o grande avanço quantitativo e de produção de conhecimento ocorridos na nutrição, mas, será que estes avanços quantitativos e tecnocientíficos têm sido acompanhados de progressos qualitativos na atuação do nutricionista, em especial do clínico, tais como melhoria do cuidado nutricional, satisfação e aderência dos usuários aos serviços nutricionais prestados, considerando o contexto do SUS?

Na tentativa, não de responder a tal questionamento, mas de suscitar um debate em torno do mesmo, apresentam-se a seguir três situações ilustrativas que clamam e podem contribuir nesse sentido: a primeira situação se refere à crônica intitulada “Ovo” de Luís Fernando Veríssimo (2001) extraída de sua obra “A mesa voadora”; a segunda, trata-se de uma parte do ensaio de autobiografia alimentar do filósofo Michel Onfray (1990) retirado de sua obra “O ventre dos filósofos: crítica da razão dietética”; e a última, diz respeito ao autorrelato de experiência alimentar/nutricional da educadora física Analwik Lima (2008) recortado da sua dissertação de mestrado intitulada “Alimento como metáfora, metáfora como alimento: a arte de nutrir uma educação complexa”.

OVO

Agora essa. Descobriram que ovo, afinal não faz mal. Durante anos, nos aterrorizaram. Ovos eram bombas de colesterol. Não eram apenas desaconselháveis, eram mortais. Você podia calcular em dias o tempo de vida perdido cada vez que comia uma gema. Cardíacos deviam desviar o olhar se um ovo fosse servido num prato vizinho: ver ovo fazia mal. E agora estão dizendo que foi tudo um engano, o ovo é inofensivo. O ovo é incapaz de matar uma mosca. [...] Sei não, mas me devem algum tipo de indenização. [...] O fato é que quero ser ressarcido de todos os ovos fritos que não comi nestes anos de medo inútil. E os ovos mexidos, e os ovos quentes, e as omeletes babadas, e os toucinhos do céu, e, meu Deus, os fios de ovos. Os fios de ovos que não comi para não morrer dariam várias voltas no globo. Quem os trará de volta? E pensar que cheguei a experimentar ovo artificial, uma pálida paródia de ovo que, esta sim, deve ter me roubado algumas horas de vida a cada garfada infeliz. Ovo frito na manteiga! O rendado marrom das bordas tostadas da clara, o amarelo provençal da gema...Eu sei, eu sei. Manteiga ainda não foi liberada. Mas é só uma questão de tempo (VERÍSSIMO, 2001; p.65-66).

[...] Os pesares da existência se evaporam quando nos encontramos, entre amigos, ao redor de uma mesa [...] Para amedrontar todos eles, veio-me a impertinente e má idéia de um enfarte no final do ano de 1987. Essa pilhéria teve sua conveniência, pois graças a esse delírio das artérias que devo as páginas que se seguem. Todos se espantaram: as estatísticas não me tinham previsto, achavam a insolência um pouco absurda. Um enfarte aos 28 anos [...] Entre dois eletrocardiogramas, uma injeção de Calciparine e um exame de sangue, o destino manifestou-se na forma de uma nutricionista [...] Ela me deu um curso chato sobre uso da alimentação para monge do deserto. Na véspera do acidente cardíaco, uma refeição a seis ou sete me permitira preparar um carneiro com cogumelos. E eu precisava rezar pela alma de tudo isso para me dedicar ao regime hipocalórico, hipoglicêmico e hipocolesterólico. Era o mesmo que eu trocar meu livro de receitas por um dicionário de medicina [...] A funcionária das calorias me fez uma conferência sobre os méritos dos cremes e leites desnatados e dos

cozimentos em água. Nada de molhos borbulhantes e engrossados farinhentos! Era preciso me converter às ervas e às verduras... Num sobressalto de heroísmo declarei, como última palavra antes de passar dessa para melhor, que preferia morrer comendo manteiga do que economizar minha existência à custa de margarina. Psicóloga como ela só, mas medíocre dialetóloga, ela retorquiu, em desprezo a qualquer lógica elementar, que a manteiga e a margarina eram a mesma coisa [...] Ela era mais hábil nos oligoelementos do que na dialética, eu lhe disse do fundo da cama que eu preferia a manteiga... já que era a mesma coisa. Basta! A discussão tornava-se azeda. Ela declarou que me abandonava à obesidade – eu acabara de perder sete quilos –, ao colesterol e à morte próxima [...]. Algum tempo depois da dietética dos centros hospitalares e de readaptação, voltei à vida normal...isto é, à cozinha normal. Para preparar a minha nutricionista espertinha um prato ao meu lado, lembrei-me que um conjunto de receitas para uma gaia ciência alimentar não seria demais. Era preciso à policial uma lição de hedonismo. Eis por que estas páginas existem [...] (ONFRAY, 1990; p.16-18).

[...] Foram várias e constantes as visitas à nutricionista [...] Encontros que reuniam em mim diferentes emoções e sentimentos ambíguos. Sua determinação, suas regras de fundo cartesiano e suas certezas me fizeram adotar outros padrões alimentares, horários rígidos para as refeições, seguir as indicações de uma pirâmide alimentar para a escolha dos alimentos a consumir; muitas calorias a controlar e um cardápio sem muitas escolhas, adequado a uma dieta de 1.200 calorias [...] Em minha busca por apreender a existência humana por meio dos alimentos e da cozinha, deparo-me com um personagem que jamais conseguirei esquecer e com base nele percebi um traço de união entre os livros, os sentidos e a alimentação: o filósofo francês Michel Onfray. Nossa sintonia foi tão forte que narro como se fosse um encontro real, tal o impacto que me causou a leitura das palavras desse homem. Por isso, posso dizer que pude conhecê-lo num dia em que uma garoa fina me levou até uma das livrarias da cidade do Natal. Naquela ocasião singular e sem muita cerimônia, eu e Onfray começamos uma conversa sobre os alimentos, a cozinha e a vida [...]

notei que tínhamos mais em comum do que pude supor, a começar pelas experiências incômodas vividas com uma nutricionista e os regimes hipocalóricos, hipoglicêmicos e hipocolesterólicos, recheados com falsas receitas de falsos molhos para falsos pratos aos quais fomos ambos submetidos [...] (LIMA, 2008; p. 77;83).

O exposto descortina o *modus operandi* na atenção clínico-nutricional, o qual é central no processo dietoterapêutico, cuja abordagem do paciente é baseada apenas na perspectiva do modelo biomédico, com entendimento das doenças do ponto de vista tecnocientífico e foco nos alimentos, e mais recentemente, nos nutrientes como agentes de tratamento das mesmas. Tal como vem ocorrendo, a prática clínica nutricional denuncia certo esgotamento resolutivo diante dos processos concretos de nutrição-saúde-doença-cuidado.

Recorrendo, brevemente, ao nascedouro do nutricionista clínico no Brasil, observa-se que esse profissional emerge, embrionariamente, no campo da saúde na categoria dietista como auxiliar do médico nutrólogo, cuja função era voltada para a execução da prescrição médica ou chefia de serviços dietéticos hospitalares (VASCONCELOS, 2002; COSTA, 1999). Posteriormente, a ênfase no diagnóstico nutricional, prática enfatizada a partir da década de 1960, derivou em avanços na profissão, principalmente, nas perspectivas preventiva e curativa, elevando o profissional da categoria dietista para a de nutricionista (VASCONCELOS, 2002). Assim, as transformações ocorridas na divisão técnica do trabalho na Saúde provocaram o surgimento de novos especialistas nesse setor, dentre eles, o nutricionista clínico, cujos primeiros passos contornavam o desenvolvimento da prática hospitalar de atenção nutricional ao doente (COSTA, 1999).

A abordagem clássica da nutrição clínica tem se pautado em um paradigma calórico-qualiquantitativo ou “pós-deglutição” e na noção de risco alimentar (ou de alimento de risco) como corolário do paradigma biomédico-nutricional. Neste paradigma, enfatizam-se a contagem de nutrientes e a exclusão de alimentos ou nutrientes de risco da dieta com vistas ao atendimento das “necessidades”

meramente fisiopatológicas da doença, desqualificando as reais demandas e expectativas do adoecido, bem como os seus aspectos subjetivos, tais como as suas experiências – do adoecimento, de vida e da alimentação – sofrimentos, angústias, saberes, gostos, sentimentos, prazeres, felicidades entre outros (SCAGLIUSI et al., 2011; FREITAS et al., 2011; DEMÉTRIO et al., 2011; NAVOLAR et al., 2012).

Nessa perspectiva, o foco clínico-nutricional está no que se come e não em como se come, isto é, comportamentos e práticas alimentares que não seguem as diretrizes e *guidelines* nutricionais são considerados como inadequados ou de risco. É ainda mais preocupante quando são considerados como errados, e não como outras racionalidades alimentares possíveis e, por isso, interessantes, uma vez que elas trazem consigo uma história e uma carga de significados que precisam ser desvelados, compreendidos e problematizados no bojo do cuidado nutricional (SCAGLIUSI et al., 2011; DEMÉTRIO et al., 2011).

Esse modo de atuar na clínica confere ao nutricionista grande autoridade e poder, que se manifestam na relação estabelecida entre ele e o paciente. O encontro que ocorre durante o atendimento nutricional é centrado no profissional ou na doença, e a perspectiva do paciente é considerada pouco relevante (FOUCAULT, 2006; BELLESTER et al., 2010). Ainda nesse modelo de atuação, nota-se baixa densidade comunicacional entre o nutricionista e o paciente, com predomínio de perguntas herméticas na anamnese nutricional e orientações prescritivas, em detrimento da problematização, reflexão e compartilhamento de decisões e saberes.

A partir de experiências de sujeitos com esse modelo de atendimento nutricional, conforme os exemplos apresentados acima, observa-se que a atenção dietoterápica ao paciente não engloba outros saberes que permeiam a relação (ser)humano-alimentação-saúde, tais como a cultura, filosofia (do gosto), gastronomia e o hedonismo. O discurso dietético normativo e restrito apregoado na clínica nutricional opera tecnicamente como um imperativo para o “bem-estar” do corpo e controle da doença ou de alterações fisiometabólicas. Assim, a tradição das sensações e temperos, os padrões culinários mais

antigos e domésticos são comumente desvalorizados em detrimento de uma racionalidade nutricional baseada em uma moral clínica ou estética (FREITAS et al., 2008; DEMÉTRIO et al., 2011).

Ao passo que o nutricionista se propõe apenas a intervir tecnicamente sobre a doença ou problemas nutricionais sem considerar a complexidade do ser humano e do processo alimentação-saúde-doença-cuidado, tem-se uma humanização assistencialista na abordagem clínica nutricional que se opõe à perspectiva de humanização e integralidade do atendimento em nutrição e saúde, em inconformidade com a política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS (AYRES, 2006; BRASIL, 2009).

Dessa maneira, estabelece-se uma *práxis* nutricional que se pauta em uma contração dialógica ao invés de uma expansão dialética, com insuficiência de sensibilidade e escuta, que se distancia do paciente, deixando de levar em consideração a coparticipação e autonomia do mesmo no processo dietoterapêutico, dificultando o estabelecimento de vínculos de confiança paciente-profissional. Em virtude disso, é possível que alguns pacientes não apresentem evolução nutricional desejada ou satisfatória, piorem o seu quadro clínico-nutricional e tenham suas queixas intensificadas depois do tratamento dietoterápico. Isso porque, durante a atenção dietética, a relação profissional-paciente estabelecida não se aproxima da sensibilidade necessária à escuta e compreensão das questões socioculturais, emocionais e afetivas envolvidas, podendo resultar, muitas vezes, em iatrogenia nutricional caracterizada por desconforto e constrangimento ao paciente, sofrimento, desgosto, agravamento dos seus sintomas ou surgimento de outros, desenvolvimento de depressão e ansiedade, que comprometem, sobremaneira, o êxito prático da dietoterapia.

Estes fatos são evidenciados na interação do filósofo (ONFRAY, 1990) e da educadora física (LIMA, 2008) com o nutricionista e revelam a crise que as práticas de cuidado nutricional vêm passando. Assim, são fatores envolvidos com a crise das práticas nutricionais: a noção reducionista do ser humano; a hipervalorização da visão técnica e fragmentada no entendimento da interação ser humano

e alimento/alimentação; a normalização da dieta e dos indivíduos (a dieta normal, o corpo médio ou normal...); o estabelecimento de protocolos nutricionais padrões; a naturalização de demandas e determinação monocausal dos problemas nutricionais e de saúde; o distanciamento na relação nutricionista-paciente; a desvalorização de outras modalidades dietoterapêuticas; a responsabilização e culpabilização dos indivíduos pelo problema nutricional/saúde e não adesão às dietoterapias; e enfoque predominantemente curativo, inclusive na prevenção de doenças, tendo em vista que tem havido um apagamento da distinção prevenção e cura no manejo dos riscos como se fossem doenças (BOSI, 1994; FREITAS et al., 2011; DEMÉTRIO et al., 2011; NAVOLAR et al., 2012).

O resultado dessa crise se expressa nas implicações geradas à área de nutrição clínica, que, por seu turno, estendem-se para o próprio SUS e usuários, quais sejam a baixa adesão às dietoterapias, insatisfação com a qualidade da atenção dietoterápica prestada, iatrogenia nutricional e novos riscos. Há de se considerar ainda que essa tendência organicista, fragmentada, restrita e restritiva da abordagem clínica nutricional incentiva a medicalização da alimentação, dificulta a integralidade e a qualidade do cuidado e o estabelecimento de relação bidirecional nutricionista-paciente, permeada pela solidariedade, respeito, confiança e parceria com vistas ao alcance do que Lévi-Strauss (1975) cunhou de eficácia simbólica.

Sem dúvida, a hiperespecialização clínico-nutricional tem sido um dos complexos fatores da medicalização da alimentação relacionados com a crise das práticas nutricionais, consistindo em importante problema epistemológico à nutrição, sobretudo, à nutrição clínica. Tal problema implicado às práticas nutricionais vigentes gera vários “pontos cegos” no saber científico-nutricional e em sua aplicação na clínica, dificultando a resolutividade cotidiana dos dilemas da atenção nutricional biomédica na prevenção e implementação dietoterápica.

A medicalização da alimentação é um fenômeno que vem se intensificando no campo da nutrição e pode ser entendida como um processo de “nutricionalização” da comida e do comer, no qual os

nutrientes são tratados como medicamentos e passam a ser mais importantes para a alimentação humana do que a comida e os alimentos em si. Neste processo, a comida (real) desaparece do contexto clínico para dar lugar à dieta ideal. Esta dieta é elaborada a partir da perspectiva de *higienismo nutricional* baseada em evidências científicas, visando prevenir, controlar ou combater a doença/problema nutricional (ou o risco) e recuperar o estado nutricional e de saúde.

Na nutrição, a perspectiva de *higienismo nutricional* comporta uma dupla noção de risco, qual seja: risco sanitário e risco nutricional. Na primeira noção, observa-se uma preocupação com o risco que os alimentos podem oferecer à saúde das pessoas por veicularem aditivos químicos (a exemplo dos conservantes) ou contaminantes (geralmente são externos) biológicos, químicos ou toxicológicos ou, mais recentemente, por serem modificados geneticamente – predomina a ideia hermética de “alimento puro ou seguro”. A segunda noção é centrada no risco que determinado nutriente (ou substância ainda não classificada pela ciência como nutriente) ou conjunto de nutrientes presente, natural ou artificialmente, no alimento ou isolado dele, associado ao seu consumo (em geral excessivo), pode conferir à nutrição e à saúde humana – prevalecem a ideia negativa de “alimento e alimentação saudáveis” e a medicalização da alimentação. Estas noções não são excludentes e, por vezes, mesclam-se mutuamente na produção da nutrição-alimentação-saúde-doença.

Cabe comentar que tais noções de risco alimentar e nutricional, predominantes na nutrição clínica biomédica, têm raiz na epidemiologia, cujo conceito de risco subjaz a compreensão e mensuração da probabilidade de ocorrência de agravos à saúde. É da matriz epidemiológica que deriva a noção de risco como aparato de descrição do futuro, não como predição, mas como probabilidade (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010).

Segundo Douglas e Wildavsky (2012), a noção dos riscos precisa ser ampliada, pois ela é comumente técnica e não abarca o aspecto positivo que o risco representa. Nesse sentido, o risco passou a ser associado à noção de perigo, isto é, ao aspecto negativo. Castiel,

Guilam, Ferreira (2010) adicionam o fato de que, por um lado, o discurso contemporâneo do risco realça as perspectivas “moralizante” e “racionalizante” dos “estilos arriscados de vida” como expressão do puritanismo (comedimento, temperança, autocontrole, prudência) e, por outro, responsabiliza e culpabiliza os indivíduos pelos comportamentos (incluindo o alimentar) e estilos de vida, não dando ênfase à busca de transformações de fatores macrosocioestruturais que estimulam tais comportamentos e estilos considerados de risco.

Em linhas gerais, particularmente, a nutrição clínica e a epidemiologia nutricional se firmam no pressuposto científico de que o alimento e a alimentação são considerados saudáveis quando não são de risco à nutrição e à saúde do indivíduo. Tal pressuposto confere visão reducionista e negativa tanto à noção de alimento e alimentação saudáveis quanto à de risco, uma vez que não consideram estas noções como construções sócio-historicamente derivadas e nem tampouco os elementos subjetivos a elas associados, o que redundava em fragilidade tanto epistemológica quanto metodológica para estas áreas de conhecimento.

Assim, quando uma nova recomendação nutricional é prescrita ao paciente (leigo), mesmo que ela tenha credibilidade científica quanto aos benefícios para o seu estado de saúde e nutrição, uma certa resistência em aceitá-la ainda será observada, particularmente, quando esta recomendação exigir mudança de comportamento que aflija seus significados e experiências prévios. A objeção para o leigo é ainda maior quando a prescrição nutricional é unilateral, ou seja, não considera a construção sociocultural e as subjetividades do risco que a envolvem (GOMES, 2011). Isso pode ser visualizado na crônica do ‘ovo’ (VERÍSSIMO, 2001), na qual o consumo de ovos, em um dado contexto, era desestimulado pelo discurso da tecnociência para prevenir riscos de doenças cardiovasculares, porém, em outro contexto (mais atual), este consumo passa a ser recomendado (AZEVEDO, 2008). Em adição, Veríssimo (2001) dá visibilidade aos aspectos subjetivos, tais como sabores, prazeres e outras sensações e sentimentos atrelados à comensalidade, neste caso do ovo, que, por

vezes, não são considerados nas recomendações científico-nutricionais, tampouco na prática clínica.

Diante desse dinamismo das “verdades” produzidas pela ciência sobre o que é permitido ou não comer e da carência de reflexão crítica de pesquisadores e profissionais de saúde sobre estas “verdades”, observa-se, por vezes, que o alimento (a exemplo do ovo e da manteiga) e os nutrientes (a exemplo do colesterol e das gorduras saturadas) são “demonizados” com o aval argumentativo de que são “prejudiciais” à saúde. É nesse sentido que Veríssimo (2001) reivindica um ressarcimento à comunidade científica por todos os ovos que deixara de comer durante o período em que este alimento foi considerado nutricionalmente o “vilão” da hipercolesterolemia. Já Onfray (1990) resiste à prescrição nutricional de substituição da manteiga pela margarina imposta pela nutricionista, considerando ser mais prazeroso consumir manteiga gozando a vida do que economizar a sua existência à custa do consumo desgostoso de margarina. Dessa maneira, a consolidação de riscos na sociedade não necessariamente a conduz a uma “evitação” dos mesmos, ainda que tenham sido construídos socialmente e que estejam relacionados ao sentimento de perigo, ameaça e medo (ALMEIDA-FILHO; ANDRADE, 2003; CASTIEL; GUILAM. FERREIRA, 2010; DOUGLAS; WILDAVSKY, 2012). A percepção e valor individual e/ou coletiva de proteção ou exposição a determinados riscos podem estar condicionados às motivações e necessidades que vão além desse risco (GOMES, 2011). Por isso, o risco da ingestão de alimentos ou preparações densamente calóricos, com elevado teor de açúcar simples, gordura saturada, colesterol, sódio e reduzidos em quantidade de micronutrientes essenciais pode não superar a necessidade ou o desejo particular ou social de se viver uma determinada sensação (GOMES, 2011).

Recentemente, com o advento de investimentos científicos no campo da genômica, notadamente da nutrigenômica e nutrigenética, a nutrição se abre para novos riscos, bem como para um horizonte “ilimitado” de possibilidades dietoterapêuticas e de prevenção de doenças já em fases precoces da vida, a exemplo do período de vida

intrauterino. Neste horizonte, a nutrição clínica se propõe a modular, qualiquantitativamente, a dieta da mulher grávida com nutrientes e compostos bioativos essenciais (“saudáveis” ou “protetores”, e não de risco) voltada para o atendimento do processo “embriogênético” conhecido como *fetal programming*, sob uma perspectiva *flash forward* de *higienismo nutricional*, com vistas a uma “geração” de adultos saudáveis. Outro evento observado dentro da perspectiva de *higienismo nutricional* é a *dietização* da comida e do comer, caracterizado pela incorporação excessiva da noção de valor nutricional “zero” aos alimentos (a exemplo das bebidas gaseificadas “zero”).

Tais fatos se enquadram nas lógicas da “ideologia de saúde” e *higiomania* presentes na modernidade. A primeira se caracteriza pela normalização da saúde, tornando-a valor humano primordial, e patologização do risco e da doença, devendo os mesmos ser evitados, controlados, combatidos e eliminados (CANGUILHEM, 2007; CASTIEL et al., 2011; DEMÉTRIO et al., 2011). Enquanto que a segunda consiste em um fenômeno culturalmente globalizado de busca obsessiva ou “higiomaniaca” por saúde (NOGUEIRA, 2001).

De acordo com essas lógicas, é coerente que as pessoas renunciem aos seus sentimentos, valores e significados que possuem sobre a comida, para incorporar os novos alimentos e/ou nutrientes apreçados pela racionalidade científica moderna, os quais podem ser sem história, sem significado sociocultural, sem graça, sem gosto e desprovido de memória. Todavia, eles “protegem” do risco de “doenças futuras”, tornado isso o aspecto essencial da alimentação e da vida humana. Aparece, nesse contexto, a figura do nutricionista policial que se encarrega de afastar o paciente (a pessoa) do “mau caminho” (SCAGLIUSI et al., 2011; CASTIEL et al., 2011; DEMÉTRIO et al., 2011).

Não obstante, Tesser (2010) traz uma importante contribuição para ampliar a discussão sobre a medicalização da alimentação. Segundo o autor, no processo de medicalização (social) tem havido uma tendência cada vez mais crescente de enrijecimento das fronteiras entre as áreas e as profissões de saúde, com rígida

delimitação técnica, prática e científica. Essa tendência é compatível com o modelo procedimental da biomedicina, que na lógica mercantilista transforma a tecnociência e as práticas em serviços e procedimentos a serem comercializados. Diante disso, uma grande diluição humana nas relações terapêuticas é instaurada com sérias implicações éticas oriundas da perda do sentido da integralidade do sujeito, da fragmentação indefinida do cuidado, da reificação e feticização da diagnose e terapêutica, com conseqüente aumento da iatrogenia e insatisfação dos usuários ou doentes (BAUMAN, 2001; LUZ, 2007; TESSER, 2010).

Pelo exposto, fazem-se necessárias abordagens aprofundadas e abrangentes às noções de alimento e alimentação saudáveis e de risco, a exemplos daquelas já empreendidas por Azevedo (2008) e Azevedo et al. (2011), a fim de contribuir para a teoria, epistemologia e metodologia da nutrição, em especial da clínica nutricional.

Não se pode deixar de comentar que a ciência é um processo social que envolve relações entre cientistas, dimensões políticas, econômicas, institucionais e conjunturais, além de interesses à convergência ou à divergência quanto a tornar um tema relevante cientificamente (AZEVEDO, 2011). Portanto, cabe ao nutricionista entender que por detrás das diretrizes e recomendações nutricionais, existem premissas e interesses guiados pela ciência, agroindústria, *marketing* de alimentos e a indústria alimentícia e farmacêutica que mudam de acordo com o contexto e as diretrizes econômicas e governamentais vigentes.

Ademais, torna-se necessário que o nutricionista entenda que o ser humano não come apenas quantidades de nutrientes e calorias para manter o funcionamento orgânico em nível adequado. O comer não atende apenas às necessidades nutricionais e biológicas, mas, compreende também dimensões sócio-históricas, culturais, subjetivas, econômicas, políticas, ecológicas e filosóficas (ONFRAY, 1990; POULAIN; PROENÇA, 2003; CANESQUI; GARCIA, 2005). Da mesma forma, as noções de comida e alimento ultrapassam a soma de seus nutrientes e envolvem múltiplos sistemas de signos com

relações complexas entre si. Portanto, o nutricionista deve assumir o alimento, a comida e a alimentação como resultados da complexidade de múltiplas interações entre o sociocultural e o biológico.

Ressalta-se que não é pretensão deste trabalho “demonizar” o modelo da nutrição clínica biomédica. Pelo contrário. Reconhecem-se as contribuições que o mesmo tem proporcionado para o avanço do campo da nutrição e melhoria da saúde e qualidade de vida dos seus usuários. Entretanto, este modelo apresenta problemas epistemológicos quanto à *práxis* e às implicações dela decorrentes, que necessitam ser explorados e discutidos com intuito de clarear essa zona cinzenta presente na nutrição clínica e contribuir para enriquecê-la e ampliá-la por meio da reconstrução de saberes, responsabilidade e práticas. Por isso, a abordagem empreendida (in)tenciona uma reflexão crítica para efeito de melhor compreensão da necessária reformulação epistemológica e cultural da clínica nutricional.

Uma breve incursão à proposta de nutrição clínica ampliada e compartilhada

A promulgação da constituição de 1988 e as reformas estruturais ocorridas no modelo assistencial do SUS, a exemplo das mudanças na atenção primária e em seus novos arranjos e cenários de práticas, têm gerado intensa pressão política e ideológica em favor da substituição do modelo de práticas de cuidado reducionista, fragmentado, centrado na regulação da doença e na medicalização, por outro de orientação humanista ampliado, emancipatório, transdisciplinar e holístico (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2000; CUNHA, 2010).

Em reação à excessiva fragmentação e medicalização da saúde-doença na sociedade e no interior do sistema de saúde, um novo ideário de promoção da saúde vem evoluindo e se consolidando como um modelo das ações e práticas de saúde (WESTPHAL, 2009).

Esse novo ideário é pautado na abordagem socioambiental da saúde e tem estimulado expressivamente a inserção de novos conceitos, ideias, saberes, práticas e uma nova dialética sobre

a saúde na perspectiva da qualidade de vida, contribuindo para a sua ampliação teórica (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Na abordagem socioambiental da saúde e da promoção da saúde, a doença passa a ser (re)vista como recurso heurístico e classificatório que envolve, além da racionalidade biomédica, o sofrimento e outras subjetividades dos sujeitos – como resultado do processo de complexas relações biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais, que exige abordagens *multi-inter-transdisciplinares*. Por sua vez, a saúde passa a ser compreendida a partir de uma concepção positiva e ampliada – como direito humano e campo de exercício da cidadania (ALMEIDA-FILHO; ANDRADE, 2003; CAMARGO-JUNIOR, 2007; WESTPHAL, 2009; BRASIL, 2009; CUNHA, 2010).

Diante disso, novos modelos de atenção e gestão da saúde têm sido propostos com a finalidade de contribuir para melhor resolução dos processos concretos de saúde-doença-cuidado. Dentre eles, destaca-se a concepção da clínica ampliada e compartilhada, proposta por Campos (2003; 2009) e, posteriormente, enriquecida por Cunha (2010), subsidiando a formulação da política nacional de humanização da atenção e gestão à saúde do SUS.

Para Cunha (2010), a concepção de clínica ampliada e compartilhada vislumbra a transformação da atenção individual e coletiva, de maneira que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, sejam considerados pelos profissionais de saúde. Essa concepção se propõe à tarefa de realizar uma reformulação e uma reconstrução ampliada do modelo biomédico, compartilhando-o com saberes provenientes da Saúde Coletiva, Saúde Mental, do Planejamento e da Gestão, e das Ciências Sociais e Políticas na prática clínica (CAMPOS; AMARAL, 2007; CUNHA, 2010).

Nesse sentido, a reforma cultural da clínica deve envolver uma modificação de valores e de posturas dos profissionais e usuários de saúde, considerando que mudanças estruturais e organizacionais são mais eficazes quando são acompanhadas por processos

de mudança nas maneiras de ser dos sujeitos envolvidos. Epistemologicamente, para ampliar a clínica é essencial a ampliação e revisão contínua de seu objeto – aquilo que a prática clínica se responsabiliza. Logo, se para a prática clínica biomédica o objeto é a doença, para a clínica ampliada é necessário ampliar esse objeto, incorporando a ele, além dos aspectos biológicos, outros aspectos – psicológicos, sociais, econômicos, culturais, políticos, ambientais e até mesmo filosóficos. Além disso, esse objeto deve ser compreendido como um devir, e, portanto, como uma construção em curso, um projeto inacabado. Em tese, não será possível a realização da clínica ampliada se não houver entendimento de que só se faz clínica com o sujeito – Clínica do Sujeito – e, portanto, a sua “ausência” significa a inexistência de problema de saúde ou doença (CAMPOS, 2003; AYRES, 2006; CAMPOS; AMARAL, 2007).

Na concepção da clínica ampliada, objetiva-se a produção de saúde nos diferentes espaços de promoção, prevenção, cura, recuperação e de cuidados paliativos. Outro objetivo essencial é a ampliação do grau de autonomia do usuário, família e comunidade. Esta ampliação dar-se-ia por meio de ações que visam à promoção dos sujeitos, auxiliando-os a entender melhor suas necessidades de saúde, seus agravos e estimulando a participarem como corresponsáveis no processo saúde-doença-cuidado e a atuarem sobre si próprios e sobre o mundo da vida (CAMPOS; AMARAL, 2007; CUNHA, 2010; HAFNER et al., 2010). Campos e Amaral (2007) afirmam que lidar com pessoas, na sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica, indubitavelmente, é um grande desafio para o sistema de saúde em geral, inclusive para a clínica hospitalar, mas, que deve ser encarado.

Sem dúvida, as reformas que vem ocorrendo no sistema de saúde brasileiro envolvem inúmeros desafios. Dentre eles, sobressai-se a reformulação no modelo da clínica nutricional, em especial no contexto do SUS.

O empreendimento epistemológico sobre a nutrição clínica biomédica realizado neste capítulo permitiu observar que a mesma consiste em uma prática social que se desenvolve em uma estrutura

econômica e política marcada por modos de produção capitalista, típica das sociedades modernas e de massas. Nessa estrutura, é possível notar uma supervalorização da racionalidade instrumental, caracterizada pela eliminação da multiplicidade do pensar por meio da unilateralidade e de sua reificação, tornando-se a ferramenta das ferramentas em favor da produção material, da exploração do trabalho e dos trabalhadores, com o objetivo apenas de aumentar o montante capital (ADORNO, 2003; LUZ, 2007). Observam-se ainda os procedimentos e técnicas de diagnóstico e intervenção sendo totalmente convertidos em mercadoria num processo de medicalização social e esvaziamento do horizonte de (pré)ocupações humana e social (LUZ, 2007; TESSER, 2010). Portanto, não seria incoerente afirmar que os modos de produção da nutrição em saúde-doença estejam à mercê dessa estrutura. E, de certa maneira, reproduzam algumas de suas características.

Isso pôde ser observado na condução das práticas clínico-nutricionais (conforme os exemplos apresentados), ao mesmo tempo, reduzidas a protocolos cada vez mais padronizados da ação - com a realização de procedimentos clínico-diagnósticos e interventivos pautada apenas no conhecimento técnico e centrada na doença, com estabelecimento de relação vertical profissional-paciente, marcada pela contração dialética e despersonalização do cuidado nutricional -, e carentes de competência crítico-reflexiva sobre os elementos tecnocientíficos disponíveis e sucesso prático, configurando, assim, a crise das práticas nutricionais e em um problema epistemológico à nutrição clínica implicada.

De acordo com as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição (BRASIL, 2011), o nutricionista é o profissional “com formação generalista, humanista e crítica. Capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de

vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural”.

Considerando o exposto, percebe-se uma inconsistência entre a estrutura do SUS (pautada por princípios de humanização, integralidade, equidade em saúde, participação popular entre outros) e a estruturação da maioria dos cursos de nutrição no Brasil. Isso porque, esta última não tem conseguido atuar na formação de trabalhadores em nutrição e saúde criativos, críticos, competentes e articuladores de saberes, conforme orientam as diretrizes específicas, ainda que pesem críticas sobre as mesmas quanto a algumas lacunas e limitações, porém, sugestivas de aperfeiçoamento (SANTOS et al., 2005; SOARES; AGUIAR, 2010).

Urge, portanto, a necessidade de uma reforma cultural e epistemológica da nutrição clínica biomédica, tornando-a uma clínica ampliada e compartilhada, tal como vem sendo sugerida por Campos e Amaral (2007) no contexto das reformulações das práticas e gestão de saúde ocorridas no âmbito do SUS. É nesse contexto que se insere a concepção da nutrição clínica ampliada e compartilhada, como uma possibilidade para a reformulação epistemológica e cultural da Nutrição Clínica biomédica ou oficial.

Propõe-se, assim, uma “Nutrição Clínica dos Sujeitos”, que busca ir além do biomecanicismo, da fragmentação e do tecnicismo no cuidado nutricional. Tal proposta inspira a (re)construção da nutrição clínica voltada a (re)conhecer e interagir com as queixas, saberes e necessidades/expectativas dos sujeitos, (re)interpretando-os e integrando-os ao conhecimento técnico da doença no diagnóstico, intervenção e cuidado nutricionais. Adicionalmente, essa proposta estima pela valorização do autocuidado, do trabalho em equipe interdisciplinar e de aspectos subjetivos e sociais no exercício legítimo da prática clínica.

O desenvolvimento da clínica nutricional ampliada e compartilhada dar-se-á a partir de uma nova *práxis*, isto é, da reflexão sobre o processo encontro-escuta-diálogo alimentar, na qual os itinerários dietoterapêuticos serão frutos de um processo de responsabilização e compartilhamento de decisões entre o nutricionista

e paciente. Esta *práxis* está fundamentada no princípio de humanização de que toda produção da nutrição e saúde envolve processos intersubjetivos de produção de subjetividade e, por isso, é essencialmente uma questão ética. Contudo, essa produção de subjetividade não deve ser entendida como a busca individual de uma essência humana previamente dada, mas como uma construção social permanente de sujeitos em complexas redes de relações (HEIDEGGER, 1995; JUNGES et al., 2007).

Nessa perspectiva, a nutrição clínica ampliada passa a ser entendida como um modelo ou novo *modus operandi* hermenêutico e transdisciplinar em nutrição e saúde, multifocado na pessoa, no qual a racionalidade nutricional se articula a outros saberes (senso comum, artístico, não biomédico etc.) e a outras racionalidades alimentares (nutrição complementar e integrada, a exemplo do vegetarianismo, da macrobiótica etc.) ligados à alimentação e ao ser humano, é refletida e retorna reflexivamente para os cuidadores e cuidados, promovendo novas formulações e modos (e não, “modas”) de atuar humana e holisticamente em Nutrição Clínica e Saúde (DEMÉTRIO et al., 2011; NAVOLAR et al., 2012).

Do ponto de vista epistemológico e metodológico, os sentidos em torno da noção de “ser doente” e “ser portador de doença” passam a se recompor entre os prismas da clínica biomédica e da clínica ampliada. No primeiro, a doença é vista como uma entidade (sentido ontológico do termo) com a qual se tem que lidar. Enquanto que no segundo, vislumbra-se a construção de uma clínica humanizada, compartilhada e integral para cuidar da pessoa adoecida – a doença é uma parte dela e não o seu todo (CAMPOS, 2003; GADAMER, 2011). Portanto, denominações de cunho nosológico, a saber: “paciente obeso, diabético” entre outras, que conferem uma identidade de doente ao paciente adoecido (portador de doença) podem gerar estigma, preconceito e exclusão social do mesmo.

O desenvolvimento do exercício hermenêutico na clínica nutricional ampliada e compartilhada possibilita ao nutricionista entender que ele também faz parte do cenário clínico enquanto sujeito

sociohistórico e cultural, e não somente como corpo-técnico e detentor do saber nutricional. Nessa perspectiva, não só o paciente é visto como um ser em curso, mas, o profissional também, em um processo interativo sujeito-sujeito. Portanto, o nutricionista deve “se ver”, “se fazer” e “se refazer” continuamente em um exercício intersubjetivo *vis-à-vis* à clínica, considerando que esta se faz singularmente a cada encontro nutricional (HEIDEGGER, 1995; GADAMER, 2011; FREITAS et al., 2011). Para começar, o nutricionista poderia experimentar ao longo de sua trajetória acadêmica e profissional sessões de consultas com seus pares (colocando-se no lugar de paciente), a fim de conhecer e vivenciar a clínica nutricional que está posta – experimentar algumas dietoterapias aplicadas, refletir sobre sua condição humana e suas práticas alimentares, (re)ver a *práxis* e as condições de trabalho e, por fim, reconstruir o *ethos* profissional. Na reconstrução do *ethos* profissional, há de se considerar que o nutricionista, ainda que pertença à cultura biomédica ou a outra cultura da saúde, possui outros saberes, valores e significados oriundos de sua experiência de vida e construídos em consonância a outros específicos e distintos contextos socioculturais, os quais também devem fazer parte de sua constituição profissional, transcendendo, portanto, a perspectiva de formação esquizofrênica, cientificista e alienante predominante nas instituições de ensino superior no Brasil, em especial das áreas da saúde. Acredita-se que, dessa maneira, o nutricionista, de fato, possa (re)pensar a reforma e (re)formar o pensamento no cuidado nutricional na perspectiva da construção de um projeto interdisciplinar e humano com vistas à cidadania e emancipação (SANTOS, 2000; MORIN, 2003; AYRES, 2006; FREIRE, 2007).

Em relação ao exercício transdisciplinar na nutrição clínica compartilhada, este incorpora a noção de trânsito entre saberes e a compreensão de dupla ruptura epistemológica de Boaventura Sousa Santos (2009), isto é, o nutricionista além de transitar pelos campos de saberes da nutrição (Nutrição em Saúde coletiva, Nutrição Clínica e Alimentação coletiva) e outros campos disciplinares (Epidemiologia, Sociologia, Planejamento e Gestão, Economia, Política,

Psicologia, entre outros) – em um exercício interdisciplinar –, realiza também um movimento de retorno ao senso comum, em um processo denominado por Santos e Killinger (2011) de “treinamento–socialização–enculturação em distintos campos”. Dessa maneira, é a conformação de nutricionistas “anfíbios” – metáfora utilizada para caracterizar aqueles que realizam esses trânsitos – que viabilizará a prática transdisciplinar (SANTOS; KILLINGER, 2011) na nutrição clínica ampliada e compartilhada.

Espera-se que no modelo da nutrição clínica ampliada e compartilhada o nutricionista busque estabelecer competência dialógica com o paciente, ou seja, compreenda e interprete os sentidos e significados que fazem interagir o comer, a dietética e a cultura, os anseios e perspectivas do paciente (inclusive com o tratamento), e proponha, nesse sentido, mudanças significativas, em um processo de educação alimentar e nutricional problematizador, democrático e emancipador, que contemplem, ao mesmo tempo, os aspectos biológicos e socioculturais do adoecimento e do paciente, e acrescentem a ele propostas inovadoras, personalizadas, interessantes, substanciais e possíveis de serem executadas no seu cotidiano (FREIRE, 2007; DEMÉTRIO et al., 2011; FREITAS et al., 2011; SANTOS, 2012). Enseja-se ainda uma prática clínica nutricional que promova a autonomia, o empoderamento e o protagonismo dos sujeitos, transcenda o individual do caso clínico para pensar nas redes familiar e social de seu entorno, bem como incorpore a cultura de construção dialógica de documentos, tais como *guidelines* e protocolos clínico–nutricionais. Grosso modo, esses documentos iniciais devem ser construídos pelos profissionais envolvidos (nutricionistas, nutrólogos entre outros) e depois, deve ser instituído um processo de avaliação e de (re)construção dos mesmos pela equipe e por pessoas para quem eles serão direcionados (CAMPOS; AMARAL, 2007; CAMPOS, 2009; WESTPHAL, 2009; CUNHA, 2010; DEMÉTRIO et al., 2011). Mesmo inserida nos modos sociais de produção capitalista, essa concepção se apresenta em conformidade às proposições do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ–Saúde)

(BRASIL, 2007), bem como da Política de Humanização da Atenção e Gestão à Saúde do SUS (BRASIL, 2009) e da nova Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012).

Para tanto, reconhece-se que a necessária e urgente reforma da nutrição clínica biomédica se estende à necessidade de reformulações mais amplas em torno dos diferentes setores e áreas da saúde (a exemplo das reformas curriculares dos cursos de saúde), com reflexos no próprio SUS. É mister destacar ainda que pouco será a validade de tais reformulações para a eficácia e efetividade da clínica nutricional face à sociedade, se estas não forem acompanhadas de transformações nos modos de pensar, ser e agir dos sujeitos envolvidos.

Pari passu, não se pretende com o modelo da nutrição clínica ampliada a substituição do modelo de clínica nutricional biomédica, pois, assim, estar-se-ia caminhando na mesma lógica de estabelecer um modelo hegemônico para a atenção nutricional em saúde, lógica esta criticada quando se discutiu a rigidez assumida pela racionalidade científica moderna e técnico-nutricional que tem caracterizado a nutrição clínica biomédica. Tampouco se intenciona propor um modelo com concepções cristalizadas, pois tal cristalização se afastaria dos acontecimentos, do fluxo dinâmico da vida e da inesgotável diversidade da existência humana. Posto o desafio, propõe-se um modelo para ampliar a nutrição clínica biomédica em direção à incorporação de noções elásticas e multidimensionais, *insights* sensíveis e criativos em alimentação-nutrição-saúde-doença, articulados a outros saberes (incluindo o saber popular), e, conseqüentemente, passíveis de crítica, reflexão e renovação.

À guisa de consideração final, a proposta da nutrição clínica ampliada e compartilhada, ainda que na sua forma nascente, pode possibilitar ao nutricionista combinar reflexão epistemológica com a apresentação de soluções práticas e, dessa maneira, operar-se uma (re)formulação e uma ampliação do saber e da prática profissional, incorporando à objetividade técnica elementos de ordem do humano, do subjetivo e do social. Nessa nova proposta, o ponto de chegada, continuamente, deve ser (re)tomado como ponto de partida.

Referências

- ADORNO, T. W. **Indústria cultural e sociedade**. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
- _____. **Educação e emancipação**. 3ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
- ALMEIDA-FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral da saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.
- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
- AMORIM, S. T. S. P.; MOREIRA, H.; CARRARO, T. E. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. **Rev Nutr.**, 2001, v. 14, n. 3, p. 111-18.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
- Azevedo, E. de. Riscos e controvérsias na construção social do conceito de alimento saudável: o caso da soja. **Rev. Saúde Pública.**, 2011, v. 45, n. 4, p. 781-788.
- AZEVEDO, E. de. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. **Rev. Nutr.**, 2008, v. 21, n. 6, p. 717-23.
- BARROS, N. F.; SIEGEL, P.; OTANI, M. A. P. **O ensino das práticas integrativas e complementares: experiências e percepções**. São Paulo: Hucitec; 2011.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 2001.
- BELLESTER, D.; ZUCCOLOTTO, S. M. C.; GANNAM, S. S. A.; ESCOBAR, A. M. U. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev Bras Educ Med.**, 2010, v. 34, n. 4, p. 598-606.
- BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- BOSI, M. L. M. **A face oculta da nutrição: ciência e ideologia**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/ Editora UFRJ; 1988.
- BOSI, M. L. M. A nutrição na concepção científica Moderna: em busca de um novo paradigma. **Rev Nutr.**, 1994, v. 7, n. 1, p. 32-47.
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica Ampliada e Compartilhada – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição**. [acesso 2011 dez. 23]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Nutr.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CAMARGO-JUNIOR, K. R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 2007, v. 17, n. 1, p. 63-76.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva.*, 2007, v. 12, n. 4, p. 849-859.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. Unidade 2.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e Nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Editora Cultrix; 1982.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2008, v. 13, Supl. 2, p. 2029-40.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010.

CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Perfil da atuação profissional do nutricionista no Brasil**. Brasília-DF. CFN; 2006.

COSTA, N. M. S. C. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. *Rev Nutr.*, 1999, v. 12, n. 1, p. 5-19.

CRUZ, A. **Pode a testemunha modesta falar?** A biomedicina em trânsito paradigmático. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 2011, v. 21, n. 4, p. 1331-1354.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

DEMÉTRIO, F.; PAIVA, J. B.; FRÓES, A. A. G.; FREITAS, M. C. S.; SANTOS, L. A. S. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. *Rev de Nutr.*, 2011, v. 24, n. 5, p. 743-763.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface - Comunic., Saúde e Educ.*, 2009, v. 13, Supl. 1, p. 641-649.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. **Risco e cultura: um ensaio sobre a seleção de riscos tecnológicos e ambientais**. Rio de Janeiro: Campus; 2012.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 47ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

FREITAS, M. C. S. **Educação nutricional: aspectos socioculturais**. *Rev. Nutr.*, 1997, v.10, n.1, p.45-49.

FREITAS, M. C. S. et al. Uma leitura humanista da nutrição. In: FREITAS, M. C. S.; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N (org.). **Escritas e Narrativas sobre Alimentação e Cultura**. Salvador: EDUFBA, 2008. Unidade 11.

FREITAS, M. C. S.; MINAYO, M. C. S.; FONTES, G. A. V. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Ciênc. Saúde Coletiva.*, 2011, v. 16, n. 1, p. 31-38.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. 2ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2011.

GOLAPAN, C. Dietetics and nutrition: impact of scientific advances and development. *J Am Diet Assoc.*, 1997, v. 97, n. 7, p. 737-741.

GOMES, F. S. Contribuições das ciências sociais e da filosofia para a construção de recomendações nutricionais. In: DIEZ-GARCIA, R. W.; CERVATO-MANCUSO, A. M. **Mudanças Alimentares e Educação Nutricional**. Rio de Janeiro: GEN/ Guanabara Koogan; 2011. Unidade 4.

- GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciênc. Saúde Coletiva.*, 2010, v.15, n.1, p. 255–268.
- HAFNER, M. L. M. B. et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva.*, 2010, v. 15, Supl. 1, p. 1715–1724.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo I*. Petrópolis: Vozes; 1995.
- JUNGES, J. R.; SELLI, L.; BENETTI, S. P. C. Humanização e clínica ampliada na atenção primária. In: *Sementes do SUS*. MEDEIROS, J. E.; GUIMARÃES, C. F. Sapucaia do Sul: IBSaúde; 2007.
- LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural II*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário; 1975.
- LIMA, A. T. P. de. *Alimento como metáfora, metáfora como alimento: a arte de nutrir uma educação complexa*. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2008.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
- _____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2000, v. 5, n. 1, p. 7–18.
- MORA, J. F. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Loyola, 2001.
- MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
- NAVOLAR, T. S.; TESSER, C. D.; AZEVEDO, E. de. Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada. *Interface (Botucatu)* [online]. 2012; v. 22, (ahead of print).
- NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E. V. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p.63–72.
- ONFRAY, M. *O ventre dos filósofos – crítica da razão dietética*. Rio de Janeiro: Rocco; 1990.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med.*, 2008, v. 32, n. 4, p. 492–499.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora; 2000.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. *Rev Nutr.*, 2003, v. 16, n. 3, p. 245-256.

PORTRONIERI, F. R. D. S.; ELIAS R.C.; FONSECA, A. B. C. de. **A importância das disciplinas sociais na formação em nutrição na percepção dos alunos.** Disponível em: <http://www.foco.fae.ufmg.br/viiienpec/index.php/enpec/viiienpec/paper/viewFile/800/716> . Acesso em 09 jul 2012.

SAMAJA, J. A. **Epistemología y metodología:** elementos para una teoría de la investigación científica. 3ª Ed. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires, 2004.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente:** contra o desperdício da experiência. 7ª Ed. São Paulo: Cortez; 2009.

SANTOS, D. N.; KILLINGER, C. L. **Aprender fazendo:** a interdisciplinaridade na formação em saúde coletiva. Salvador: EDUFBA; 2011.

SANTOS, L. A. S. et al. Projeto pedagógico do programa de graduação em nutrição da Escola de Nutrição da Universidade Federal da Bahia: uma proposta em construção. *Rev Nutr.*, 2005, v. 18, n. 1, p. 105-117.

SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciênc. saúde coletiva.*, 2012, v. 17, n. 2, p. 455-462.

SCAGLIUSI, F. B.; ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S. T. Conceituação de alimentação saudável sob a perspectiva biopsicossocial. In: ALVARENGA, M.; SCAGLIUSI, F. B.; ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e Transtornos Alimentares:** Avaliação e Tratamento. São Paulo: Manole; 2011. Unidade 3.

SCHRAIBER, L. B. Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'êxito prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva.*, 2011, v. 16, n. 7, p. 3041-42.

SOARES, N. T.; AGUIAR, A. C. de. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Rev Nutr.*, 2010, v. 23, n. 5, p. 895-905.

SOLYMOS, G. M. B. A centralidade da pessoa na intervenção em nutrição e saúde. *Estudos Avançados.*, 2006, v. 20, n. 58, p. 111-122.

SOUZA, E. F. A. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, 2009, v. 16, n. 2, p. 393-405.

TESSER, C. D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS.** São Paulo: Hucitec; 2010.

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.

VASCONCELOS, F. A. G. de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev Nutr.**, 2002, v. 15, n. 2, p.127-138.

_____. A ciência da nutrição em trânsito: da nutrição e dietética à nutrigenômica. **Rev Nutr.**, 2010, v. 23, n. 3, p. 935-945.

VASCONCELOS, F. A. G. de; CALADO, C. L. A. Profissão nutricionista: 70 anos de história no Brasil. **Rev Nutr.**, 2011, v. 24, n. 4, p. 605-617.

VERÍSSIMO, L. F. **A mesa voadora**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. Unidade 19.

Capítulo 8

O campo social da alimentação e nutrição: Agência e dinâmica de discursos e seus reflexos Nas práticas alimentares contemporâneas

Micheli Dantas Soares
Leny Alves Bonfim Trad

O presente texto discute a polifonia de discursos sobre alimentação e nutrição no contexto brasileiro. O percurso escolhido parte da compreensão do fenômeno da multidiscursividade sobre o tema em questão, considerando tanto os seus produtores e veiculadores quanto as suas interconexões, com vistas a reconhecer o conjunto de discursos que, juntos, compõem o repertório de informações que estão disponíveis neste cenário. Para compreender o dito fenômeno dialogamos especialmente com a antropóloga espanhola Mabel Arnaiz. Na esteira da discussão de Arnaiz, aproximamo-nos do sociólogo francês Pierre Bourdieu para refletir sobre os agentes que produzem e veiculam informações sobre alimentação e nutrição, a partir da sua noção de *campo*.

Os agentes que operam os discursos sobre alimentação e nutrição neste cenário conformam um *campo*, em termos aproximativos à noção de Bourdieu, no qual múltiplos agentes produzem, administram, disputam e veiculam discursos, modulado por um dado *habitus* que se vincula ao modo de vida saudável vigente na sociedade. Neste sentido, cabe distinguir os agentes, os modos de produção de sentidos dos discursos que operam com vistas a descrever a arquitetura e dinâmica do *campo*. Por fim, propomos uma discussão sobre

quais significados são gerados socialmente nas práticas alimentares a partir deste cenário discursivo, no qual a alimentação e nutrição vinculam-se, a um só tempo, as prescrições e riscos à saúde.

A noção de *campo*, tal como articulado por Bourdieu (1997), possibilita-nos compreender a produção, apropriação e circulação dessas informações entre os diversos agentes que operam neste espaço social, que nomearemos de *campo social da alimentação e nutrição*. Para esta aproximação, transcrevemos a seguinte proposição do autor:

Descrevo o espaço social global como um campo, isto é, ao mesmo tempo, um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou transformação de sua estrutura. (BOURDIEU, 1997, p. 50).

Podemos compreender que o *campo*, na perspectiva de Bourdieu, constitui-se numa situação de força e luta entre grupos de agentes que se situam num dado lugar na esfera social, a partir do qual se relacionam com os demais grupos. Portanto, trata-se de posições relativas de grupos de agentes em relação a outros grupos. Bourdieu avança na explicação, escrevendo que há um princípio que organiza os espaços sociais nos quais um dado *campo* se estrutura temporal e contextualmente.

A noção de *campo* é aplicada a diversas esferas do espaço social, tal como o campo político, o científico e o cultural. A diversidade de *campos* no espaço social ocorre, visto que uma esfera não depende da outra para se desenvolver, contudo, existe uma mesma lógica de estruturação entre as esferas que se autonomizam, podendo estas se inter-relacionarem. Cada *campo* apresenta uma lógica particular – “o que está em jogo e a espécie de capital necessário para participar do mesmo”, dito de outro modo pelo autor, “sendo o capital uma relação social, ou seja, uma energia social que existe e produz seus efeitos apenas no campo em que ela se produz e se reproduz, cada uma

das propriedades associadas à classe recebe seu valor e sua eficácia das leis específicas de cada campo” e, portanto, o valor da sua cotação no mercado (BOURDIEU, 2007, p. 107).

Assim, o que define a posição do agente é o quanto se produz, reproduz e faz circular o capital específico do *campo*. A especificidade do capital é que confere autonomia e conformação ao *campo*, onde os agentes pretendem manter o controle deste capital, pela via da sua disputa. Para Bourdieu (1997), os bens culturais possuem uma dada economia, não restrita à lógica do mercado, portanto, economicista. A economia dos bens resulta das condições em que são produzidos os consumidores desses bens, das suas condições sociais e modos de apropriação. Assim, em que pese sua definição está dotada de uma linguagem econômica de luta e controle de capital, o autor enfatiza que não há um determinismo econômico na sua disputa, logo, o acúmulo de bens não se dá somente pela via economicista, mas também pela produção de sentido.

Para que um *campo* se conforme e funcione, é necessário que haja interesse no capital e mobilização de grupos de agentes para a disputa do mesmo, e que, por sua vez, estes sejam dotados de um dado *habitus*, o que implica no reconhecimento das leis que estruturam o jogo e os objetos que se disputam. Assim, é o *habitus* que orienta e permite o que o agente pode ou não operar no *campo*, posto que este se constitui tanto como condição da sua existência como seu próprio produto. Podemos compreender o *habitus* como um conjunto de disposições que funcionam numa dimensão pré-reflexiva, uma matriz que vai dar conta da competência dos agentes para agir dentro do *campo*, que se refere a algo interiorizado. Por sua vez, há um princípio de compreensão da ação, de modo que esta não é aleatória, visto que ao *campo* está relacionado e se configura dentro das regras específicas do mesmo (BOURDIEU, 1983).

Destarte, convém refletir sobre as tensões ou conflitos que podem emergir neste contexto de polifonia. Para Luz (2003), a saúde nos tempos correntes se configurou como um “paradigma universal”, um mandamento que assume contornos praticamente religiosos,

expandindo-se por todo o tecido social. Este pensamento coaduna-se com o de Sfez (1996), para quem a saúde se tornou uma utopia, revestida de conteúdos morais a mobilizar as ações cotidianas dos sujeitos. São estes mesmos autores que, na esteira dessa discussão da saúde enquanto estatuto de valor, imbricada de conteúdos morais, também situam discussões e conceitos que correntemente estão no entorno desse empreendimento. Assim, Luz (2003) solicita-nos não desprezar todo o arsenal de conhecimento produzido no campo da saúde sobre os fatores de risco que passaram a orientar as práticas e políticas deste setor.

Nestes termos, é possível conceber a existência de um *campo da Nutrição* constituído de diversos agentes que atuam produzindo, apropriando-se, ressignificando discursos sobre alimentação e nutrição e veiculando informações sobre estes temas dentro do “mercado social da saúde contemporânea” (ARNAIZ, 1996). É neste contexto que se conforma um *habitus* a partir do qual os agentes se orientam para agir. As redes de sentido que organizam os discursos deste *campo* parecem ter no saudável um bem, no qual o risco, constituindo o seu contraponto, é constantemente evocado na sustentação de seu sentido.

Na medida em que a alimentação passou a ser associada ao conceito de risco à saúde, ganharam evidências características deste espaço social associadas ao campo bourdieano, posto que os discursos em torno da alimentação e nutrição são anunciados por agentes variados que buscam produzir um discurso legítimo, respaldado cientificamente – a linguagem autorizada, expressiva da eficácia de um discurso legítimo –, em tempos de assunção do saudável e do risco. É possível notar distintos agentes operando, tanto no âmbito da produção como no da circulação de informações sobre alimentação e nutrição. Neste cenário, o discurso da alimentação saudável passou a ser produzido, apropriado e veiculado como bem de mercado associado ao estilo de vida saudável, do qual se tornou uma dimensão estruturante dos discursos sobre alimentação e nutrição.

Importa destacar que não se pretende dizer que exista uma única lógica de sentido que estruture o *campo* – no caso da discussão empreendida, o sentido do saudável. Reconhecemos que há outros

signos que aos discursos se vinculam, a exemplo do prazer, da praticidade, dentre outros, os quais conferem resistências na estruturação do *campo*. De modo que, os agentes recorrem a múltiplas imagens culturais e signos variados (ARNAIZ, 1996), dirigidos a receptores com interesses distintos (FISCHLER, 1991 *apud* SANTOS, 2008), seja na condição de pacientes, telespectadores ou leitores, nos quais produtores e consumidores assumem seus papéis no mercado de bens.

Desse modo, traçaremos a seguir um breve perfil tanto dos agentes que compõem o campo da alimentação e nutrição quanto de suas competências, características e dinâmica relacional. Ressaltamos que o recorte dado nesta caracterização refere-se aos discursos que se constroem em torno do saudável.

Podemos relacionar dentre os agentes que conformam o campo da alimentação e nutrição: 1) o Estado, como formulador de políticas e fomentador de pesquisas sobre alimentação saudável, considerando os seus desdobramentos nas ações e programas de promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças e recuperação, nas quais a alimentação saudável emerge como discurso operacionalizante das mesmas nos serviços e práticas de saúde; 2) as indústrias de alimentos, considerando a apropriação e ressemantizações do discurso da alimentação saudável, no qual o status do saudável agrega potencial publicitário e apelo comercial, enquanto valor incorporado aos seus produtos; 3) a mídia, que, por seu turno, também se utiliza do discurso da alimentação saudável, seja como pauta em programas televisivos (a exemplo do Globo Repórter), sites de internet, revistas especializadas, etc., seja como principal veiculadora de peças publicitárias dos produtos alimentícios.

Agenciamento do Estado

No que se refere ao Estado, este figura, de um lado, como um dos principais incentivadores de pesquisas na área de alimentação e nutrição, através das agências públicas de fomento à pesquisa, e, de outro, está na base da formulação de políticas e programas de saúde, nas quais se situam aquelas que têm como escopo a alimentação e nutrição.

Na última década, o Ministério da Saúde e agências internacionais de saúde produziram três documentos-base que se constituem em referência de promoção de práticas alimentares saudáveis, no escopo de políticas mais amplas de promoção da saúde. Referem-se a estratégias combinadas que traçam diretrizes e responsabilidades com vistas a reduzir o impacto da alimentação não saudável na ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, as quais figuram em primeira posição no perfil de morbimortalidade tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.

Em ordem cronológica de divulgação, o primeiro desses documentos foi a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que entrou em vigor com a publicação da Portaria nº. 710 de 10 de junho de 1999. Esta se insere no âmbito da Política Nacional de Saúde, tendo a Segurança Alimentar e Nutricional como referência para sua discussão e aprovação. Dentre as diretrizes que orientam sua formulação está a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; entre as ações previstas nesta esfera, está a circulação de informações adequadas sobre alimentação, pautadas por consensos científicos, aliados ao disciplinamento da publicidade de alimentos, e ainda, o acompanhamento da comercialização de produtos anunciados como de fins profiláticos ou terapêuticos para resolução de problemas nutricionais. Chama atenção, no texto da PNAN, a destacada relevância das informações disponíveis à população, seja no âmbito dos serviços de saúde, seja no acompanhamento dos rótulos de produtos alimentícios, de modo a assegurar que as informações obedeçam a princípios considerados efetivamente saudáveis, do ponto de vista de uma consensualidade científica (BRASIL, 2000).

Em seguida, no ano de 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) aprovaram documento em nível mundial, pactuado por 192 Estados-Membros, com a finalidade de orientar a formulação e implementação de estratégias com vistas a reduzir a morbi-mortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao sedentarismo. Este documento, intitulado *Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade*

Física e Saúde, traçou seus objetivos buscando reduzir os fatores de risco ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Ao passo que ratifica a necessidade de fomento de pesquisas científicas na área, também encoraja a ampliação de conhecimentos a respeito da alimentação e da atividade física, tanto por parte da população quanto dos recursos humanos responsáveis pelas práticas de saúde no âmbito dos serviços (OMS, 2004).

Ainda como parte da PNAN, foi lançado em 2005 o Guia Alimentar para a População Brasileira, constituindo-se as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população. O documento traz referências à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, à obesidade e às deficiências nutricionais e pretende ser um instrumento a favor das mudanças no padrão da alimentação dos brasileiros. As orientações presentes no Guia prestam-se a apoiar as práticas dos profissionais de saúde, trabalhadores no contexto das comunidades e das famílias. Postula mensagens tanto de promoção da saúde como de prevenção de doenças e deficiências nutricionais e reporta-se a alimentos e refeições que integram o cardápio das famílias brasileiras de diferentes camadas sociais.

No corpo do seu texto, o Guia destaca que uma das dificuldades para adoção de práticas alimentares saudáveis relaciona-se à qualidade das informações disponíveis. Também faz referência ao papel do Estado no sentido de regular ou monitorar a propaganda abusiva de produtos alimentícios que, grande parte das vezes, mistifica ou supervaloriza determinados nutrientes presentes nos produtos como promotores de algum benefício isolado à saúde humana.

A PNAN menciona também o referencial positivo das recomendações, ou seja, não pautando-se em discursos proibitivos e, sim, que realcem as vantagens da prática de uma alimentação saudável. Alude também ao emprego do alimento e não do nutriente nas recomendações, considerando ser aquele mais facilmente compreendido pela população de um modo geral.

Por último, em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromissos pela Saúde, a qual está pautada em

três eixos de ação, quais sejam: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O segundo Pacto assume compromissos sanitários a serem conduzidos por todas as esferas do governo, no qual se insere a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria n.º. 687, de 30 de março de 2006, a qual estabelece como uma das estratégias para sua implementação a “estruturação e fortalecimento das ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde – SUS, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil”, contando com a promoção de hábitos saudáveis de alimentação como uma das ações mais privilegiadas. A PNPS enfatiza que as ações devem extrapolar os limites dos serviços de saúde, inserindo-se nos territórios e espaços onde os sujeitos vivem e trabalham, de modo a ampliar as possibilidades de escolhas acertadas e saudáveis (BRASIL, 2006).

Todos esses documentos combinados guardam em comum a centralidade da alimentação saudável como estratégia seja de promoção de saúde, seja de redução de riscos à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, com impacto nos custos em saúde. Nesta discussão, ratifica-se, através desses documentos, o argumento de Czerasnia (2003), visto que tanto a promoção da saúde quanto a prevenção de doenças estão pautadas pelo mesmo discurso do risco a organizar ações.

Chama atenção nesses documentos a preocupação com a veiculação e circulação de informações sobre práticas alimentares saudáveis estarem centradas em evidências e consensos científicos, pretendendo mitigar, dessa forma, dificuldades colocadas à população com uma sorte de informações conflitantes e inadequadas. Outra questão que merece destaque, refere-se ao fato de esses documentos fomentarem a corresponsabilidade de todas as esferas da sociedade, tanto do setor público como do produtivo, com vistas ao favorecimento de ambientes que encorajem ou predisponham os sujeitos a operarem escolhas saudáveis.

É possível também notar nos documentos citados indicações sugerindo que práticas de saúde e orientações/recomendações no

âmbito dos serviços adotem referenciais positivos e sejam aderentes ou sensíveis aos contextos socioculturais e cotidianos dos sujeitos, e assim, mais passíveis de êxitos, preocupação igualmente sustentada pelo adensamento da discussão no campo científico da alimentação e nutrição. Destarte, Silva e colaboradores (2010) assinalam o maior investimento e ampliação de estudos, na última década, no campo da alimentação e cultura. Para essas autoras, tal incremento revela que passam a figurar na ordem do dia deste campo não somente investimentos relativos aos riscos associados ao consumo de alimentos, mas também aqueles que incursionam sobre questões que avançam na cotidianidade dos sujeitos, mobilizando-os nas suas práticas alimentares, indicando, dessa forma, a relevância de pesquisas multidirecionadas e que compreendam o fenômeno na sua característica complexidade.

Nesta direção, as diretrizes que sustentam o Guia Alimentar para a População Brasileira utilizam o aporte tanto do referencial científico quanto cultural. Do ponto de vista discursivo ou das recomendações, tais referenciais – científico e cultural –, podem parecer amigáveis e pouco conflitivos, contudo, na dimensão das experiências e das práticas cotidianas alimentares, a adoção de um pode ser elisivo do outro. Os documentos discorrem sobre tais referenciais conjuntamente sem anunciar as claras tensões que os circundam. Pode-se notar que os profissionais de saúde também os empregam como padrão discursivo. Todavia, no âmbito das práticas de saúde, o ponto de vista que orienta suas ações pauta-se no entendimento que questões culturais se contituem como fatores limitantes à consecução de suas recomendações. Ou ainda, é comumente notável a referência à dimensão cultural da alimentação apresentar circunscrita a noção de “fatores” a serem considerados quando das recomendações, marginalizando a natureza irreduzível desta dimensão.

Por fim, os documentos citados explicitam as funções que desempenha a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no acompanhamento e regulação das indústrias alimentícias que agregam aos seus produtos alegações de saúde, que dizem respeito às relações entre substâncias alimentares e doenças ou condições de saúde.

A ANVISA tem o papel regulatório do teor que pode ser publicizado e, para tanto, conta com legislação específica para o controle das informações que alegam a saúde. Tais alegações, como dito noutra passagem, devem estar ancoradas em consensos científicos amplamente veiculados e ainda contam com algumas limitações ao uso de expressões, sobretudo aquelas que remetem à redução de danos, prevenção de doenças associadas ao consumo do produto ou de um nutriente específico do mesmo. Em que pese o processo de regulação e acompanhamento da ANVISA sobre os rótulos de produtos alimentícios, a veiculação de informações dessa natureza ecoam por diversas outras fontes e agentes na sociedade.

Pode-se notar na análise desses documentos que o conceito de risco ocupa espaço privilegiado, desde que seu uso se revela significativo ao servir de fundamento operacional na formulação e implementação de ações, programas e políticas do campo. O conceito de risco é especialmente fecundo na agenda de programas e políticas de prevenção de doenças, uma vez que estruturam as suas pautas tendo como substrato o acúmulo de evidências científicas, fundamentadas no desenvolvimento de estudos epidemiológicos sobre fatores de riscos associados à ocorrência de doenças.

Por outro lado, tratando-se de documentos que fundamentam seu discurso, a princípio, na noção de promoção da saúde, há certa expectativa de imagens mais afirmativas da saúde do que aquelas vinculadas à doença. Destaca-se que o paradigma promocional é herdeiro do informe Lalonde, que ampliou o conceito de promoção da saúde para além da perspectiva preventiva centrada nos serviços de saúde, ao anunciar que os principais problemas desse tipo prece-diam das esferas da biologia humana, do meio ambiente e do estilo de vida (BUSS, 2003).

Portanto, seria possível supor que as bases que estruturam as políticas, programas e ações de saúde estivessem pautados por imagens afirmativas de saúde, talvez não associadas ao risco. Contudo, concordamos com Czerasnia (2003), quando assume que determinados termos no campo da saúde apresentam sentidos sinônimos, ainda

que celebrem status paradigmáticos diferenciados, a exemplo das ações de promoção e prevenção. Para esta autora, não há uma clara distinção entre as estratégias e os discursos de promoção da saúde e das práticas preventivas tradicionais, uma vez que ambos apresentam os mesmos conceitos hegemônicos e ordenadores do campo da saúde – o risco, a doença, a transmissão –, aparelhados que estão pela mesma racionalidade científica. Corroborando esta visão, Buss (2003) compreende que, em termos conceituais, existe uma diferenciação interna mais precisa entre os dois enfoques do que as práticas e padrões de intervenções conseguem realizar.

Agenciamento da Mídia

A compreensão da mídia enquanto veiculadora de informações sobre alimentação e nutrição dá-se por duas vias simultâneas. Ela tanto exhibe programas que pautam o tema da alimentação e nutrição quanto se constitui como principal canal de divulgação das peças publicitárias de produtos alimentícios, que agregam ao seu apelo comercial alegações de saúde, ou ainda, símbolos conexos ao mercado do saudável. Portanto, pela via da publicidade (DIEZ-GARCIA, 2011).

Arnaiz (2002), no seu estudo sobre mudanças e permanências na cultura alimentar da Espanha, dedica um capítulo para análise do papel da publicidade dos alimentos neste processo. Realiza um diálogo profícuo e denso com teóricos do campo e um levantamento de estudos empíricos sobre esta temática. Dessa forma, aportaremos aqui algumas questões que nos pareceram mais oportunas para fins de discussão.

Arnaiz (2002) afirma que, aliado à multiplicidade de canais de veiculação de informação sobre alimentação e nutrição, ocorre também um paralelismo de mensagens alimentares baseadas em argumentos discursivos de natureza gastronômica, médico-nutricional e estética – estes mais predominantes –, dentre outros. Para esta autora, as mensagens publicitárias são forjadas com imagens culturais envolventes e com proposições materiais e simbólicas para fins de

interesses próprios, cujo objetivo é mais persuasivo que informativo. Contudo, a autora relativiza a suposta relação de causa e efeito entre os anúncios publicitários e mudanças no comportamento alimentar dos indivíduos, partindo da multiplicidade de critérios que influenciam as decisões alimentares, dentre os quais se insere o discurso envolvente ou persuasivo da publicidade.

A autora também nos possibilita olhar a publicidade dos alimentos a partir de dois prismas – da prática e do discurso. A publicidade constitui-se como prática na medida em que é uma ferramenta que intenciona tornar público os produtos da indústria alimentícia. No que se refere ao discurso, afirma que, empregando estratégias discursivas e imagéticas, exorbitam as características objetivas do produto, anunciando também uma ideologia sobre seu uso e benefícios. É corrente no lugar de explicitar as informações objetivas explorar elementos “ornamentais” que reúnem status e valor simbólico aos produtos. Para tanto, aplica um repertório de discursos originários de várias denominações – científico, estético, didático, tradicional, coloquial –, associado ao uso de múltiplos códigos – linguísticos, sonoros e imagéticos.

Arnaiz (2002) faz referência ao estudo de Châmet (1976), no contexto francês, para descrever quais os principais temas utilizados na publicidade alimentar. Exploraremos aqueles tópicos que consideramos mais empregados no nosso contexto, de modo que faremos alusão à sua aplicação no Brasil:

- **Tradição:** tema muito presente, em escala crescente desde a década de 70. Fazemos um parêntese para considerar que a temática da tradição é no nosso contexto bastante utilizado nas peças publicitárias dos produtos industrializados.
- **Saúde:** refere que houve uma regressão nos últimos anos, em função da autodisciplina dos publicitários e do controle imposto pelos consumidores. A regulação francesa parece ser mais efetiva. No Brasil, talvez em função da ausência de mecanismos regulatórios, a alusão ao tema da saúde não parece ter seguido a mesma regressão.

- Serviços: pautando-se na facilidade e rapidez do emprego dos produtos que já os incorporam. Chârmét (1976, *apud* ARNAIZ, 2002) aponta no seu estudo que as mulheres têm cada vez menos se culpabilizado pela utilização dos mesmos. Este argumento é muito empregado no nosso contexto, sendo interessante notar que frequentemente se alia a esta temática os recursos simbólicos associados à tradição. Portanto, pode haver combinação de temáticas e argumentos nas peças publicitárias.
- Gastronomia: a utilização deste tema é menos estável que os demais. No Brasil também parece menos frequente.
- Natureza: apresenta-se mais estável no contexto francês, e não nos parece muito frequente no Brasil.
- Festa e prazer: tema que sofreu redução nos últimos anos. No Brasil, em especial, o prazer tem sido um recurso temático que podemos considerar coadjuvante, pois que frequentemente está associado a algum outro tema, tal como o da saúde, apregoando uma representação de que se é possível ter saúde sem abdicar do prazer, tal como destacado na análise de Santos (2010) sobre sites de emagrecimento.

Arnaiz (2002) expõe posicionamentos que contrastam com teóricos da Publicidade. Para alguns, ela não reflete a realidade social, senão o seu imaginário, ao passo que, para outros, dentre eles Chârmét e Barthes, a publicidade espelha a complexidade sociocultural da alimentação, através das significações e reclames que são veiculados nos anúncios. Por fim, a autora se posiciona afirmando que anúncios simultaneamente “validam e refletem comportamentos alimentares. E por isso mesmo, trabalhando com representações e modelos, se cercam do real, principalmente se nutre do real” (ARNAIZ, 2002, p. 286, tradução livre), posto que a publicidade reflete os modelos de referência e legítima discursos, veiculando as imagens culturais (ARNAIZ, 1996).

Nesta direção, do real nutrindo a formulação de pautas publicitárias e midiáticas, Sant’Anna (2003) afirma que há um crescente

interesse por parte da população de informações sobre a alimentação e nutrição, buscando conhecer o “significado médico” dos alimentos, ressaltando a valorização dos seus aspectos nutricionais e desdobramentos no corpo e na saúde.

Assim também pontuam Benetti e Hagen (2008), ao analisarem a veiculação jornalística do comer e da cozinha nas revistas semanais. Para estes autores, tanto um quanto outro tema em questão representa focos importantes de pauta neste espaço, desde que corroboram o entendimento que o discurso jornalístico compromete-se com o que se enuncia como mais contemporâneo, assim que o comer e o cozinhar têm representado fontes discursivas eloquentes na contemporaneidade, representados em média por 63% de textos nas revistas semanais do ano de 2008.

Por seu turno, têm integrado o repertório das programações das redes de televisão programas específicos relacionados aos alimentos, com destaque nos nutrientes, suas funções e fontes, ou ainda, aqueles que, referindo-se à saúde ou alguma doença específica, trazem informações sobre alimentos relativos ao tema em questão¹². Fato é que leituras científicas estão cada vez mais familiares pela frequência e intensidade com que aparecem na grande mídia de massa.

Segundo Azevedo (2008), os especialistas têm sido presença corrente na grande mídia, fornecendo informações sobre fatores benéficos ou maléficos à saúde, indicando que as recomendações médico-nutricionais ultrapassaram as fronteiras dos consultórios, ambulatórios e serviços de saúde, ganhando audiência nacional nestes espaços midiáticos¹³. Da mesma forma, os resultados de pesquisas científicas passaram a compor, com muita recorrência, as pautas

12. Exemplo de um programa de televisão semanal com temas gerais, que trouxe na sua programação tópicos específicos ou relacionados à alimentação. Ao todo foram 12 programas no ano de 2009, o que significa ao menos um programa mensal dedicado especificamente ao tema da saúde ou da alimentação. Ressalta-se que programas cujo tema é a saúde costumam trazer recomendações ou indicações relacionadas à alimentação.

13. Atração na programação matutina de uma das maiores redes de televisão do país, intitulado de “Bem Estar”. O programa com veiculação diária aborda temas sobre saúde, dietas, *fitness* e as novidades da ciência para cada uma dessas áreas, contando com a presença de especialistas para tirar dúvidas do público.

de noticiários de TV, as quais podem advir de pesquisas sem maior legitimidade do ponto de vista científico ou que são publicadas em revistas com rigor metodológico e analítico mais baixo.

Soma-se a esta questão o fato de que a produção de conteúdos midiáticos apresenta uma dada racionalidade, na qual a sua concepção é orientada pela ideia que deve suscitar o interesse do grande público. Esta racionalidade então se desdobra em informações de caráter alarmista ou duvidoso, no que tange à fidedignidade dos resultados apontados pela pesquisa.

Almeida e col. (2002) observaram que, dentre os anúncios publicitários, os produtos alimentícios apresentam a maior frequência de veiculação nas propagandas, sobretudo aqueles dirigidos ao público infantil. Analisando os grupos de alimentos veiculados, foi possível observar que havia uma inversão da pirâmide alimentar considerada ideal, ou seja, os grupos de alimentos considerados menos saudáveis eram aqueles mais veiculados.

Por seu turno, as estratégias de *marketing* utilizadas pelas indústrias alimentícias frequentemente agregam o discurso científico, associando determinadas propriedades aos seus produtos, como também tentam sensibilizar não somente as crianças, mas também o papel dos seus cuidadores, veiculando nas suas peças publicitárias o consumo daqueles produtos como o cuidado adequado (AMORIM, 2005; JACKSON et al., 2004). Fazem uso também de imagens de um determinado estilo de vida saudável, relacionando o produto alimentício com alegação de alimento natural, tradicional, ou mesmo de algum efeito benéfico para a saúde (DIEZ-GARCIA, 2011).

Chaud e Marchioni (2004) destacam que as alegações de saúde das peças publicitárias costumam não ser exclusivas dos seus produtos. Outra estratégia das campanhas publicitárias é utilizar a figura de uma personalidade artística veiculando informação sobre o produto com alegações de saúde, em que a credibilidade do discurso está pautada não necessariamente na veracidade da informação ou validade científica, mas na imagem pública desta dada personalidade.

Agenciamento da Indústria de Alimentos

As indústrias alimentícias, por sua vez, têm interesse de agregar aos seus produtos símbolos da alimentação saudável e, na maioria das vezes, fazem isso apoiadas nos resultados das pesquisas científicas. Muito frequentemente se observa, para além do financiamento de pesquisas, o apoio e patrocínio de eventos científicos do campo da nutrição, pediatria, cardiologia, obesidade, dentre outros, que buscam agregar legitimidade a partir do campo científico, bem como ampliar mercado¹⁴. Nesse sentido, por exemplo, chama atenção o recente crescimento de uma área de atuação do nutricionista, que é a do *marketing* em alimentação e nutrição.

No campo da alimentação e nutrição, acompanha-se o crescimento de um mercado em franca expansão, que podemos denominar de *mercado do saudável*, com vários produtos colocados a serviço de distintos interesses. Os mais antigos desses referem-se àqueles substitutivos, isentos ou subtraídos de carboidratos simples; são eles os adoçantes, os produtos *diet* e os *light*. Outros produtos que vêm avolumando o cardápio do mercado do saudável são aqueles rotulados de funcionais, orgânicos, complementos nutricionais, naturais, e ainda os que fazem alusão à saúde (DIEZ-GARCIA, 2011). Todos eles contam com legislação específica no âmbito da agência reguladora (ANVISA). Fato é que tais produtos utilizam nos seus rótulos e nas peças publicitárias o valor agregado do saudável.

Monteiro (2010), ao fazer uma análise da mudança no perfil alimentar do brasileiro, acompanhada do incremento da obesidade, teceu considerações sobre as campanhas publicitárias dos produtos “ultraprocessados”. Para o pesquisador, as campanhas se empenham em alargar, por diversas vias, a aceitabilidade dos produtos, anunciando predicções relativas à palatabilidade, conveniência, dentre

14. A principal estratégia de ampliação do mercado das indústrias tem sido o investimento em publicidade que, segundo Arnaiz (1997), nos últimos anos tem sido responsável pela maior mobilização de recursos dentre as atividades econômicas nas sociedades industrializadas.

outras. Monteiro (2010) credita à ausência de regulação do *marketing* desses produtos a ampliação de veiculações em distintos ambientes e sítios e, ainda, o uso não responsável de informações científicas como forma de arremeter seus consumidores¹⁵.

O uso das informações científicas, sem dúvida, é uma questão de muitas tensões neste campo. Cada setor parece buscar formas e estratégias de apropriação e de legitimidade do seu emprego. Por outro lado, a própria informação científica encontra-se também nebulosa, considerando múltiplos interesses que estão em jogo no campo. Gui- vant (1998), apoiada em Giddens e Beck, afirma que noções e estimativa de riscos elaboradas cientificamente guardam em si valores sociais, culturais, políticos e econômicos, envolvendo interesses diversos e conflitantes de todos os atores e agentes sociais do campo em questão.

Desse modo, sob os peritos e campo científico pesa esta sorte de julgamentos e valores que mobilizam os agentes no campo da alimentação e nutrição. Assim, podemos considerar que as indústrias têm interesse em conhecer e acompanhar os resultados de pesquisas científicas relacionadas aos alimentos. Com estas informações podem garantir desfechos comerciais favoráveis, readequar seus produtos, produzir novos gêneros que agreguem os resultados das associações indicadas, ou ainda promover reformulações sem atrelar o risco que, por ventura, esteja associado ao produto que comercializa. Outra estratégia das indústrias alimentares é colocar à disposição no mercado produtos e marcas diferenciadas que possam ser adquiridas por distintas camadas sociais (JACKSON et al., 2004).

Nesta direção, Arnaiz (2009) discute que o mercado tem ampliado seus produtos e serviços para fins de promover o autocuidado da população em relação ao corpo. Considera que a apropriação do conhecimento científico por parte da população é uma das bases através

15. Destaca-se ainda que, no Brasil, não contamos com uma resolução específica da ANVISA que regule a publicidade de produtos processados, pois as resoluções em vigor dizem respeito à rotulagem dos alimentos. Portanto, a regulação de marketing associado aos produtos alimentícios ainda está à sombra do Estado. Monteiro (2010) informa que a resolução 24 da ANVISA, que teria por objetivo esta regulação, foi suspensa por liminar da Justiça Federal, solicitada pela Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação. Este tem sido um embate importante no cenário político.

das quais se sustenta a produção do mercado saudável, razão pela qual este mercado se utiliza do discurso dos *experts* do campo científico para sua expansão, ao passo que resulta de difícil distinção interesses que são da ordem da lucratividade ou da saúde e qualidade de vida.

O campo social da alimentação e nutrição: reflexões sobre conceitos na esfera científica e a produção de sentidos

Por fim, trata-se aqui de refletir sobre os termos e práticas relacionadas ao campo da alimentação e nutrição, buscando problematizar valores e práticas que são mediados neste *campo*. Esta discussão importa, tendo em vista que o discurso do saudável parece se estruturar mais aderente à perspectiva do alimento como fonte de nutrição, do nutrir, desde uma perspectiva normativa.

Assim, para efeito de interpretar a produção de sentidos dos discursos no campo social da alimentação e nutrição, faz-se necessário antes compreender o significado de termos que apresentam recorrentes nas narrativas dos sujeitos – o comer, o alimentar e o nutrir. As fronteiras entre esses termos e as práticas que os delimitam não são tão precisas e nem foram estudadas na sutileza de suas particularidades. Em que pese a importância dada às definições, é preciso dizer que não há muita clareza sobre a definição desses termos e, por consequência, sobre o conteúdo substantivo que os diferenciam. A rigor, não há definições precisas. Por seu turno, questiona-se se tal imprecisão não é reflexa da impossibilidade mesma de tal delimitação, desde que fenômenos da ordem da experiência e culturalmente substanciados prescindem genuinamente de definições pretensamente universalistas. Contudo, o que pretendemos desenvolver é uma reflexão sobre esses termos e práticas, apontando mais uma carência de estudos que se debruçam sobre tais questões, os quais poderiam revelar a riqueza e multiplicidade de seus significados, sentidos e expressões em distintos contextos e grupos sociais. Portanto, é sobre as fronteiras em torno dos termos, vinculados naturalmente às práticas que lhe dão sentido, que discorreremos a seguir.

O comer, o alimentar e o nutrir remetem aparentemente as mesmas ações, todavia como estas são significadas no cotidiano pelos distintos sujeitos, talvez aponte para a diferença entre os termos, nomeando-os de alimento, comida ou conjunto de nutrientes. Fato é que são ações inscritas no cotidiano, e base própria da sobrevivência, com significados que parecem distintos. Para além de significados particulares atrelados às singularidades de grupos e contextos sociais, mediados que estão por seus sistemas culturais próprios, podemos considerar também o estatuto que os diferentes campos de saberes atribuem a essas ações.

Neste sentido, Carvalho, Luz e Prado (2011), num empreendimento original, desenvolveram interessante discussão buscando delimitar esses termos, tendo por base os campos disciplinares que os utilizam nos seus discursos científicos e apoiados na concepção de campo de Bourdieu. As autoras, situadas no espaço interdisciplinar entre a Nutrição e as Ciências Sociais, reconhecem que os termos são habitualmente utilizados na cotidianidade e pressupõem que o uso de cada um deles apresenta peculiaridades e informam sobre sentidos e significados sociais e culturais particulares. A discussão das pesquisadoras está debruçada numa delimitação que buscou demarcar, partindo dos campos de saberes, os significados que eles emprestam a sua utilização, tomando-os como categorias analíticas no âmbito das pesquisas científicas.

Neste cenário, fazem uma primeira distinção dos termos “alimento” e “alimentação”. O primeiro deles parece representar, hegemonicamente, um estatuto reservado ao domínio da natureza, enquanto o segundo traz à cena “*significações no contexto de um universo imaginário e simbólico, não necessariamente racional [mas] capaz de produzir identidades individuais e coletivas, relações sociais e vínculos que ultrapassam a lógica consciente do discurso*” (CARVALHO; LUZ; PRADO, 2011, p. 159), portanto, trata-se de um termo que faz referência a modos de organização, cuja alimentação pode tanto ser dado da realidade social como sua expressão, uma das vias de acesso à sua comunicação (ARNAIZ, 2010). Carvalho, Luz e Prado (2011) afirmam

ainda que o uso e análise desses dois termos se apresentam cindidos nas investigações científicas, mesmo que timidamente se possam reconhecer algumas pesquisas as quais, partindo dos seus campos científicos originários (no caso da Ciência dos Alimentos e da Nutrição), visitem o arsenal teórico-metodológico das ciências sociais para olhar seus objetos, promovendo, assim, leituras mais complexas dos fenômenos e dos termos.

Ao se referirem ao campo das Ciências da Nutrição, também reconhecem a separação da concepção do nutrir-se de processos que relacionam os sujeitos com a comida e suas interações de toda ordem, de forma significativa ou simbólica. O hiato das significações em torno do nutrir-se está para as autoras assentado na modernidade científica que, ao operar pela via do “racionalismo”, fragmentou o alimento em termos dos seus nutrientes e sua função no organismo, através da objetivação de um saber com vistas às intervenções no campo da saúde.

Adensando essa discussão, a análise que Bosi e Prado (2011) realizam sobre a constituição do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva, corrobora com a distinção desses termos, tal como descrita acima. Para as autoras, o predomínio de estudos e, em alguma medida, o aprisionamento do campo na vertente da nutrição, isto é, na concepção do nutrir, estão na própria constituição histórica do campo Alimentação e Nutrição, cujo marco pode ser reconhecido no século XIX com estudos sobre composição de alimentos. Tal constituição confluiu para não só determinar o seu peso, mas também o método privilegiado utilizado nos estudos, predominantemente de base experimental. Ressaltam ainda que o campo ressen-te-se de uma reflexão mais cuidadosa sobre tais termos e as origens epistemológicas das quais são tributárias, o que, por consequência, coloca conceitos como alimentar e alimentação, subsumidos no “rótulo da Nutrição” – na sua perspectiva biomédica –, dificultando assim uma maior clareza sobre implicações e sentidos práticos do uso desses termos.

Soma-se a essa discussão outro trabalho, realizado por Prado e colaboradoras (2011), desta feita tomando como objeto de análise

e reflexão a Alimentação e Cultura como campo científico no Brasil, entendendo ser este o campo onde as reflexões e estudos sobre os sentidos e significados do comer, do alimentar e do nutrir seriam mais fecundos. Aqui, as autoras ressaltam que muito recentemente tem ocorrido um incremento de investigações e grupos de pesquisa cujo objeto de estudo está na interface com a dimensão sociocultural da alimentação. Também anunciam os três espaços sociais do mundo da ciência onde o campo científico denominado de “Alimentação e Cultura” se estrutura, a saber: o campo da Alimentação e Nutrição, da Saúde Coletiva e da Sociologia e da Antropologia. Sobre o primeiro desses campos, pesa a forte influência do paradigma biomédico e do seu arsenal teórico-metodológico; o segundo deles figura como mediador dos demais, em face de as Ciências Sociais estarem na base da sua própria constituição; e, por fim, o terceiro campo, no qual estes fenômenos poderiam ser mais bem compreendidos na perspectiva sociocultural, o qual, contudo, não tem se constituído como objeto privilegiado neste espaço.

Isto posto, tais estudos pavimentam o caminho de entendimento que revelam lacunas no que diz respeito ao desenvolvimento de análises sobre alimentação e nutrição no Brasil que escapam das abordagens biomédicas e experimentais, as quais tanto originaram como se mantêm hegemônicas neste campo. Sobre esta lacuna, podemos trazer à tona estudo de Canesqui (2009) que, em levantamento na base de dados do SciELO, utilizando os descritores alimentação e nutrição, encontrou 327 resumos no período de 1985 a 2007, dentre os quais apenas 28,4% faziam uso do arsenal teórico-metodológico das Ciências Sociais, portanto, agregando a perspectiva socioantropológica da Alimentação e Nutrição. Tal configuração reafirma a carência de estudos a que nos referimos inicialmente, considerando, sobretudo, os sentidos e significados que práticas alimentares apresentam ordinariamente no cotidiano.

Canesqui (2007) também afirma que estudos antropológicos sobre alimentação, ainda que presentes no campo científico na década de 80, tiveram especial incremento na década seguinte, induzido

pela penetração e expansão da antropologia no campo da saúde. Assim, consideramos que as questões socioculturais da alimentação e cultura apresentaram nas últimas décadas um franco desenvolvimento, razão pela qual se justifica a própria delimitação da “alimentação e cultura” como a configuração de um campo no espaço social científico no Brasil.

Assumindo ser o campo das Ciências Humanas e Sociais os que melhor podem oferecer pistas dos sentidos e significados dos termos – comer, alimentar e nutrir –, tomaremos os estudos produzidos por Câmara Cascudo (2004) e Roberto DaMatta (1986) como referências.

Cascudo, no livro *História da Alimentação no Brasil* (2004, p. 5), escreveu:

A batalha das vitaminas, a esperança do equilíbrio de proteínas, terão de atender às reações sensíveis e naturais da simpatia popular pelo seu cardápio desajustado e querido [...] falar de expressões negativas da alimentação para criaturas afeitas aos seus pratos favoritos [...] é ameaçar um ateu com as penas do inferno.

O autor parece falar de uma batalha de nutrientes, ou seja, de um projeto de nutrir para sujeitos que, nas suas experiências cotidianas, concretamente comem um cardápio tão desajustado quanto prazeroso, remetendo ao sentido da experiência do comer. Portanto, nos oferece pistas sobre uma distinção que parece estar subjacente às discussões antecedentes, ou seja, uma batalha travada entre a nutrição e a alimentação. O nutrir pertencendo à dimensão da natureza, cujos artefatos são os nutrientes e suas funções orgânicas, ampara-se numa ciência que busca o equilíbrio, o uso adequado e prudente dos mesmos. Trata-se de uma batalha, na qual a Ciência da Nutrição direciona o olhar para dentro, num caminho endógeno a percorrer células e tecidos e compreender o funcionamento do organismo humano e o que é necessário para mantê-lo funcionando. Já a alimentação, pertencente à dimensão

da cultura, conta com a força estruturante dos significados que os sujeitos constroem nas suas interações.

Por outro lado, mais contemporaneamente, Roberto DaMatta, na obra *O que faz do Brasil, o Brasil* (1986), desenvolve uma distinção entre comida e alimento. Diz o autor:

[...] nem tudo que é alimento é comida. Alimento é tudo aquilo que pode ser ingerido para manter uma pessoa viva, comida é tudo que se come com prazer, de acordo com as regras mais sagradas de comunhão e comensalidade. [...] O alimento é algo universal e geral. Algo que diz respeito a todos os seres humanos: amigos ou inimigos, gente de perto ou de longe, da rua ou de casa. [...] Por outro lado, comida se refere a algo costumeiro e sadio, alguma coisa que ajuda a estabelecer uma identidade, definindo, por isso mesmo, um grupo, classe ou pessoa. Comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. [...] A comida define as pessoas e, também, as relações que as pessoas mantêm entre si. [...] Comer é algo muito mais refinado do que o simples ato de alimentar-se.

DaMatta (1986) oferece uma disjunção taxonômica entre a comida e o alimento, na mesma direção do sentido informado no trabalho de Carvalho, Luz e Prado (2011), no qual o alimento aparta-se da agregação de contextos culturais e de comunhão. Por outro lado, o pensamento de DaMatta (1986) pode ser interpretado por outra via, e parece, por sua vez, contrapor-se ao que talvez esteja no imaginário popular e até mesmo no campo da Ciência da Nutrição, no qual o alimentar seria mais complexo e mais refinado que o comer, haja vista solicitar conhecimento, ao menos do que pode ser comestível ou não, daí demanda algum grau de racionalização classificatória. Já o comer, por sua vez, obedeceria às pulsões, desejos, portanto, tendendo a se aproximar de algo que seria, talvez, o contraponto dessa racionalização. Mas, para DaMatta (1986), ocorre o contrário, a prática do comer parece ser de uma ordem mais complexa, não pela racionalização, mas por meio da qual os sujeitos simbolizam, significam, se relacionam e são capazes de construir suas identidades.

Tal perspectiva é também compartilhada por Poulain (2004), o qual acredita que as práticas alimentares estão na ordem das construções identitárias, para além de se constituírem como sua expressão. Desse modo, parece que o alimentar se aproxima de sujeitos dotados de linguagem que organizam e classificam o mundo e as coisas, o comestível e o não comestível, o proibido e o permitido, para, a partir de então, realizar escolhas. Já o comer é comunhão, construção de identidade, definindo os sujeitos em relação com o mundo e com outros sujeitos.

Uma reflexão mais abrangente sobre os significados culturais desses termos foi realizada por Woortmann (1978), quando, apoiando-se na análise de estudos empíricos realizados por pesquisadores com grupos sociais rurais e urbanos, na década de 70, ofereceu usos e sentidos distintos dos termos nos grupos estudados. Diz Woortmann (1978, p. 47-48):

Nem tudo o que é comida é alimento. ... Do “alimento” se faz a “comida”, que constitui o alimento processado... Alimento e comida, portanto, ainda que o primeiro seja “o mesmo que a comida”, são categorias que expressam modos diversos de perceber a mesma coisa, em momentos diferentes (antes da preparação/depois da preparação). Em outras palavras, o processo culinário transforma “alimento” em “comida”.

As distintas significações que o alimento e a comida apresentaram para os grupos estudados representam sistemas de percepção, dotado de coerência e lógicas próprias, podendo haver “equivalência de termos distintos em regiões diferentes ou o diferente significado do mesmo termo em regiões distintas” (WOORTMANN, 1978, p. 48). Depreende-se de sua análise que o que é considerado como alimento, ou não, define-se pela relação com o corpo, no qual a categoria “alimento forte” deve compor a refeição e a comida de cada dia, estando condicionada a outras categorias, como o trabalho, a condição fisiológica, ao lugar que se ocupa na estrutura social e doméstica.

Em que pese, no campo científico da alimentação e nutrição não se tem clareza do conteúdo substantivo que preenche os termos

alimentar, comer e nutrir, informados pelos sentidos e significados do mundo cotidiano, há certa tendência de sintonizá-los à luz de campos científicos que originariamente os problematizou.

Para Canesqui (2007), o conhecimento produzido pelo campo científico sobre alimentação não “desfaz” representações e crenças sobre o ato de se alimentar. Em realidade, para esta autora, há certa convivência entre o conhecimento e as representações socioculturais sobre o alimentar, sem, contudo, anunciar a natureza dessa convivência. Arnaiz (2009), por sua vez, estudando a população espanhola, posiciona-se informando que a apropriação de recomendações científicas não tem vinculação direta com as formas de consumo realizadas por aquela população, o que significa dizer que não há correspondência entre o conhecimento/saber e a experiência/fazer no campo das práticas alimentares.

Contudo, os discursos científicos sobre práticas preventivas e promocionais estão intoxicados pelo conceito de risco, estando cada vez mais publicizados, mesmo que certa gradação do seu uso possa ser notada. Em paralelo à promoção da saúde, tendo as instituições de saúde formais como principais agentes de veiculação desses discursos, acompanha-se também, talvez como efeito desses próprios discursos, a profusão de conhecimentos e produção de tecnologias, de mercadorias, de produtos a serviço da saúde e do seu mercado, o que Sfez (1996, p. 68) alcunhou de “moral sanitária politicamente correta”. Neste cenário, produz-se uma utopia da saúde perfeita, através da qual se produzem práticas homogeneizadoras para o alcance da mesma, indistintamente entre diferentes culturas, por meio da circulação de informações sobre a saúde e alimentação nos meios de comunicação.

Considerações finais

Por fim, argumentamos que o campo social da alimentação e nutrição se estrutura num cenário de modernidade tardia, na perspectiva de Giddens (2002), na qual há uma produção superlativa

de discursos sobre alimentação e nutrição, relacionadas a um dado mercado do saudável. Os discursos vinculam-se à assunção do risco na atualidade e à produção crescente de conhecimento sobre os alimentos e seus impactos na saúde associados aos riscos. Neste campo diversos setores da sociedade fazem uso da temática da alimentação associada ao signo do saudável ou atenuação do risco.

A difusão de conhecimento científico sobre a relação dos alimentos no desenvolvimento de doenças pode ser vista como um fenômeno que se expressa não somente na constituição dessas relações, cunhada nas pesquisas científicas, mas que também vem tendo impacto sobre as práticas alimentares dos indivíduos e dos discursos sobre alimentação e nutrição operados pelos agentes que conformam o campo, dentro do qual os discursos científicos se situam.

Entende-se que neste contexto os sentidos do comer, alimentar e nutrir podem se embaraçar, enredar-se, tornando suas fronteiras mais tênues que outrora. Como efeito dessa dinâmica, os termos e práticas parecem mutuamente inoculados. Isto porque os sentidos dos termos que ocorre neste espaço social repousam num cenário de produção e circulação de informações e discursos sobre a alimentação e nutrição, convocando os sujeitos a reflexões cotidianas sobre suas práticas. Talvez a imprecisão terminológica no campo científico – cujo marco temporal pode ser reconhecido quando da emergência de estudos sobre a composição dos alimentos – está assentada atualmente num momento no qual os sujeitos são convocados à reflexividade das suas práticas cotidianas, nas quais a mediação do conhecimento científico sobre o saudável constitui o *habitus* sobre o qual os diversos agentes e atores sociais do campo passam a integrar nos seus distintos *ethos* culturais.

Referências

- ALMEIDA S. S.; NASCIMENTO, P. C. B. D.; QUAIIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 353-5, 2002.
- AMORIM, S. T. S. P. Alimentação infantil e o marketing da indústria de alimentos. Brasil, 1960-1988. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 95-111, 2005.
- ARNAIZ, M. G. De modernidades y alimentación: comer hoy en España. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 16, n. 33, p. 177-196, jan./jun. 2010.
- _____. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. **Rev. Nutr., Campinas-SP**, v. 22, n. 1, p. 5-18, jan./fev. 2009.
- _____. **La Transformación de la cultura alimentaria: câmbios y permanências em um contexto urbano (Barcelona, 1960-1990)**. Madrid: Centro de Publicaciones Del Ministerio de Educacion y Cultura, 1997. 318 p.
- _____. **Paradojas de la alimentacion contemporânea**. Barcelona: Içaria, 1996.
- _____. **Somos lo que comemos: estúdios de alimentación y cultura em España**. Barcelona: Ariel Antropología, 2002. 382 p.
- AZEVEDO, E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. **Rev. Nutr., Campinas-SP**, v. 21, n. 6, p. 717-723, nov./dez. 2008.
- BENETTI, M.; HAGEN, S. Jornalismo e vida cotidiana: o comer e o cozinhar contemporâneos nas revistas semanais. **E-compós**, Brasília, v. 11, n. 2, maio/ago. 2008.
- BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-17, jan. 2011.
- BOURDIEU, P. **A Distinção: crítica social do julgamento**. Tradução Daniela Kern; Guilherme J. F. Teixeira. São Paulo: EDUSP; Porto Alegre: Zouk, 2007. 560p.
- _____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Tradução Mariza Côrrea. Campinas: Papyrus, 1997. 224p.
- _____. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.
- BRASIL. **Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mar. 2006. Seção 1. p. 138.

_____. **Portaria nº. 710, de 10 de junho de 1999.** Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 1999. Seção I. p. 14.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

CANESQUI, A. M. A qualidade dos alimentos: análise de algumas categorias da dietética popular. **Rev. Nutr.**, Campinas-SP, v. 20, n. 2, p. 203-216, mar./abr. 2007.

_____. Comentários sobre os estudos antropológicos da alimentação. In: GARCIA, R. W. D.; CANESQUI, A. M. (Orgs.). **Antropologia e Nutrição:** um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 9-22.

_____. Pesquisas qualitativas em nutrição e alimentação. **Rev. Nutr.**, Campinas-SP, v. 22, n. 1, fev. 2009.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. L.; PRADO, S. D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 155-163, jan. 2011.

CASCUDO, L. C. **História da Alimentação no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Global, 2004. 954p.

CHAUD, D. M. A., MARCHIONI, D. M. L. Nutrição e mídia: uma combinação às vezes indigesta. **Hig Aliment**, São Paulo, v. 18, n. 116-117, p. 18-22, 2004.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____. (org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAMATTA, Roberto. **O que faz o Brasil, Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DIEZ-GARCIA, R.W. A publicidade e as práticas alimentares. In: DIEZ-GRACIA, R.W; CERVATO-MANCUSO, A.M. (coordenação); editor da série Hélio Vannucchi. **Mudanças alimentares e educação nutricional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 128-135.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade.** Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 233p.

JACKSON, P. et al. Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico nutricional. **Rev Méd Chile**, n. 132, p. 235-242, 2004.

LUZ, M. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 87-134.

MONTEIRO, C. **Propaganda e obesidade**. O Globo, Rio de Janeiro, p. 7, Primeiro Caderno, Seção: Opinião, 16 dez. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Assembléia Mundial de Saúde**, 57. WHA 57, Washington, ponto 12.6 da ordem do dia, de 22 de maio de 2004. Disponível em <http://prosaude.org/publicacoes/diversos/Estrategia_Global_portugues.pdf>. Acesso em: 08 set. 2010.

POULAIN, J. P. **Sociologias da Alimentação**: os comedores e o espaço social alimentar. Tradução: Rosana Pacheco da Costa Proença; Carmen Sílvia Rial; Jaimir Conte. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004. 311p. (Série Nutrição)

PRADO, S. D. et al. A pesquisa sobre alimentação no Brasil: sustentando a autonomia do campo Alimentação e Nutrição. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 107-119, jan. 2011.

ROSSI, C. E. et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev. Nutr.**, Campinas-SP, v. 23, n. 4, p. 607-620, jul./ago. 2010.

SANT'ANNA, D. B. Bom para os olhos, bom para o estômago: o espetáculo contemporâneo da alimentação. **Pro-Posições**, Campinas-SP, v. 14, n. 2, p. 42-52, maio/ago. 2003.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida**. Um estudo sobre as práticas corporais e alimentares cotidianas a partir da cidade de Salvador. Salvador: EDUFBA, 2008. 330p.

SFEZ, L. **A saúde perfeita**: crítica de uma nova utopia. Tradução: Marcos Bagno. São Paulo: Loyola, 1996. 395p.

WOORTMANN, K. A. A. W. **Hábitos e ideologias alimentares em grupos sociais de baixa renda**: relatório final. Série Antropologia, Brasília, n. 20, 1978.

Capítulo 9

Desafios e potencialidades da inserção da psicologia na atenção básica em saúde

Willian Tito Maia Santos
Aline De Freitas Rios
Daiany Souza de Jesus

A Estruturação da Atenção Básica do SUS

O final dos anos 1970 e o decorrer dos anos 1980 foram o nascedouro onde se desenvolveram os principais questionamentos sobre as políticas públicas de saúde na história recente do Brasil (MENDES, 1996). A pressão por mudanças fez com que uma série de atores sociais (profissionais, partidos políticos, intelectuais, movimentos sociais, sindicatos, entre outros) junto com o chamado *Movimento Sanitário* (formado em grande parte por intelectuais progressistas do setor saúde) politizassem o debate como questão de fundamental importância para o aprofundamento da democracia no Brasil, destacando um discurso no campo da saúde que evidenciava a necessidade de intensas transformações sociais (PATTO, 2009).

Essa articulação de amplos setores da sociedade vai demandar a necessidade de uma Reforma Sanitária que terá como marco histórico de debates e proposições a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF, BRASIL, 1988), é aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), que se consubstancia no artigo 196 da carta magna, tomando a saúde em uma perspectiva democrática, articulando as

políticas sociais com as econômicas e entendendo a mesma como um direito de cidadania e dever do Estado.

A proposta do SUS guarda uma série de inovações e avanços para o campo da saúde (GUIMARÃES; TAVARES, 2003), representando uma democratização do acesso para toda a população brasileira, promovendo a organização descentralizada que vai permitir aos vários municípios do país a elaboração de políticas pertinentes a suas realidades locais e referendando os princípios básicos do SUS: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada.

É com base no artigo 196 da Constituição Federal do Brasil de 1988 que será aprovada a lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990), estabelecendo a organização e as atribuições específicas do SUS. Neste artigo, é declarado expressamente que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Além disso, o artigo 198 da CF estabelece que o SUS irá se construir por meio da integração da rede de serviços, constituindo módulos regionais estruturados sob o critério de hierarquização dos seus níveis de atenção¹⁶, expressando que a organização do sistema irá se definir pelas diretrizes da descentralização com direção única em cada esfera do governo, o atendimento integral (integralidade) e a participação da comunidade (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Como forma de alcançar seus princípios, principalmente a integralidade, e de garantir o acesso ao SUS das chamadas “camadas de risco” da população, o Ministério da Saúde (MS) lança, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), repousando suas bases

16. A organização do sistema de saúde por níveis de complexidade foi desenvolvida por Lord Dawson em 1920 na Grã-Bretanha, distinguindo três níveis principais de atenção: primária, secundária e terciária, levando em consideração a complexidade da atenção, assim como a necessidade e a demanda do usuário do sistema. Essa proposta de organização é referência para muitos países ao redor do mundo e também do Brasil. Todavia, no âmbito do Ministério da Saúde do Brasil, convencionou-se falar, ao invés da atenção primária, de uma *atenção básica* à saúde e é essa nomenclatura que vamos utilizar aqui. É importante destacar, igualmente, que essa divisão da atenção à saúde em níveis de complexidade não é consensual e tem sido questionada por vários estudiosos (MERHY, 1997; CAMPOS, 2003).

no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como uma de suas principais metas utilizar-se de uma rede social preexistente para traçar um perfil epidemiológico das comunidades, enfatizando a promoção de saúde e tendo no agente comunitário o principal elo entre a população e os serviços de saúde. O PSF vai além do PACS ao definir uma nova estrutura de funcionamento da Atenção Básica, tendo no seu centro de ação a família, indo até as comunidades e detectando as necessidades da população.

Aos poucos a legislação sobre a Atenção Básica vai se transformando, no sentido de acompanhar e reestruturar as mudanças que acontecem no âmbito das ações dos profissionais inseridos neste nível de atenção à saúde da população. Na atualidade, a Atenção Básica à Saúde do SUS é multideterminada e pressupõe uma intervenção ampla em diversas instâncias e a partir de uma série de profissionais para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população atendida. Segundo a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), esse nível de atenção deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde, buscando produzir a atenção integral e considerando a dinamicidade existente nos territórios onde se inserem.

Dessa forma, a Atenção Básica é caracterizada por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde

de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

Como ferramenta que torna possível uma forma mais ampla de assistência à população, ela incorpora os princípios do SUS, coordenando e orientando as ações junto às famílias e à comunidade. Consiste em equipe multiprofissional, de caráter generalista, que trabalha com a noção de território de abrangência, adstrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área.

[...] como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, suas diretrizes organizativas são operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (OHARA; SAITO, 2010, p. 44).

As equipes multiprofissionais das equipes de saúde da família são compostas por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. A implantação dessas equipes visa à reorganização do SUS e

ao aprofundamento da municipalização, e é resultado de esforços de gestores de vários níveis do governo procurando resposta e alternativas ao modelo hegemônico de atendimento centrado na doença e no atendimento médico individual, bem como a fragmentação quanto à prevenção e cura (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A Atenção Básica como primeiro nível de atenção está integrada em redes de serviços mais complexos, trabalhando de forma articulada com esses outros níveis. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, é a política do Governo Federal que ganhou destaque enquanto tática que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como objetos centrais o indivíduo e sua família no contexto da comunidade. É atualmente entendida como a principal forma de expansão e consolidação do SUS. Esta estratégia caracteriza-se como a porta de entrada prioritária do sistema e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atendimento no SUS, atuando segundo o paradigma de produção social da saúde e da doença entendendo que ambas resultam de situações e condições influenciadas por diversos fatores, tais como questões econômicas, sociais, culturais e políticas (OHARA; SAITO, 2010).

Com o objetivo de aumentar a abrangência e o escopo das ações da ESF na rede de serviços, além de ampliar sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). O NASF¹⁷ é uma iniciativa do Governo Federal em

17. Segundo a atual Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), os NASF fazem parte da Atenção Básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços. Os psicólogos que atuam nos NASF realizam suas atividades vinculados a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família dependo da categoria NASF (NASF 1 e NASF 2), sendo levados em consideração o tamanho do município ou certas características demográfico-geográficas regionais. Infelizmente, a maioria das contratações dos psicólogos nos NASF não se dá via concurso público, mas sim a partir de contratos os mais variados e sendo colocados por “apadrinhamento” político. Isso gera uma série de consequências para esses psicólogos, tais como limitação de atuação, atuação afinada com o político que facilitou seu acesso, entre outras.

parceria com os municípios para ampliar o número de profissionais nas equipes da ESF. Os núcleos reúnem profissionais das mais variadas áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras, psiquiatras, homeopatas, acupunturistas), professores de educação física, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, **psicólogos** e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais devem atuar em parceria e em conjunto com as equipes de Saúde da Família, para que se alcance a integralidade da atenção à saúde pública e para que se amplie a oferta de serviços para a população.

No que diz respeito especificamente à questão da integralidade da assistência à saúde no SUS, podemos entendê-la como um “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). A integralidade assume uma dimensão ampla e exige considerações de diversas ordens para a atenção das necessidades que se apresentam no cotidiano do trabalho em saúde (OHARA; SAITO, 2010). Implica também pensar no conjunto de determinantes para que se alcance a tão almejada atenção integral, o que passa a exigir aproximações e olhares específicos, entre outros aspectos, aos modelos de assistência, aos processos de educação e formação em saúde, a participação da sociedade e reestruturação dos modelos de gestão do sistema (CAMPOS, 2003).

Mas a integralidade se refere também à resolução dos problemas de saúde dos usuários do SUS dos mais variados tipos, dos mais simples até os mais complexos, utilizando-se da referência e contrarreferência dos serviços e dos níveis de complexidade do sistema. Compreendendo a integralidade como princípio que promove a atenção integral à saúde dos usuários, os serviços públicos devem contemplar as necessidades integrais e específicas dos usuários. Portanto esses serviços devem desenvolver intervenções que incluam os diferentes níveis de organização e de complexidade, considerando os pacientes não apenas como meros usuários, mas, sim, como sujeitos

biopsicossociais (portanto, sujeitos de direitos, ultrapassando a dimensão de “assujeitamento” implícito no modelo biomédico e incluindo também na integralidade a ação no plano psíquico/subjetivo), reconhecendo suas necessidades com um olhar abrangente.

O SUS ainda se encontra frágil no que tange à integralidade e à formação de uma rede integrada de serviços e equipamentos de saúde que supere a antiga lógica hierárquica entre os serviços de diferentes níveis de complexidade, principalmente quando se tratam de áreas como a Saúde Mental, na qual se demanda uma intervenção mais específica da Psicologia e da Psiquiatria, objeto de nosso interesse neste capítulo.

Aspectos históricos da Inserção da Psicologia na Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A Psicologia enquanto profissão tem um histórico recente no Brasil, tendo sido regulamentada formalmente como profissão pela Lei Federal 4.119 de 27 de agosto de 1962¹⁸. Nesse momento histórico, foram constituídas quatro grandes áreas de atuação do psicólogo: clínica, escolar, industrial e o magistério (BOCK, 2007). A ênfase das atividades profissionais desenvolvidas nestas áreas se centrava nitidamente no trabalho autônomo, clínico, individual, curativo e voltado para uma clientela financeiramente privilegiada. (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Comprometida e íntima com a elite do Brasil e estando envolvida na esperança social de que a tecnologia fosse uma pré-condição para a modernização, a Psicologia vai prometer a possibilidade de previsão do comportamento e isso será sua condição de ter um lugar ao sol como uma legítima expressão de um saber técnico-científico a partir dos anos 1960 (BOCK, 2007).

No campo específico da saúde pública, já desde a década de 1970 vêm sendo registrados alguns tipos de intervenções por parte

18. A Psicologia Brasileira em 2012 comemora 50 anos de regulamentação no dia 27 de agosto.

dos psicólogos em instituições públicas¹⁹ (DIMENSTEIN, 1998; SPINK, 2007). Todavia, a inserção significativa dos psicólogos neste campo se deu em meio à efervescência dos movimentos sociais (principalmente o movimento sanitário) do final da década de 1970 e no decorrer dos anos 1980 (OLIVEIRA et al., 2004). As reformas no setor da saúde exigiam que novos profissionais fossem incorporados ao sistema de forma que se estruturassem equipes de cuidado com vistas a uma alegada atenção integral aos usuários, princípio que começava a se configurar a partir daquele momento. Desta forma, abre-se espaço para categorias profissionais que não se inseriam significativamente no sistema de saúde até então, como foi o caso da Psicologia.

Durante o período de crise do modelo assistencial-privatista, na passagem da década de 1970 para a década de 1980, onde os profissionais de saúde militantes politicamente propunham a urgência de uma reforma do sistema sanitário no Brasil, a Psicologia encontrou espaço em um campo no qual só contava com algumas ações pontuais em ambulatorios e hospitais, principalmente os psiquiátricos (OLIVEIRA et al., *op.cit.*). Nesse momento, lutando junto aos movimentos sociais, a Psicologia advoga e luta também em causa própria (BOCK, 1999), defendendo a profissão como fazendo parte do campo da saúde e almejando uma ampliação do mercado de trabalho para os psicólogos, já que nesse período havia uma grande retração de mercado para o profissional liberal devido às perdas sofridas pela população do ponto de vista econômico e financeiro.

Segundo Dimenstein (*op. cit.*), no âmbito da saúde mental (espaço onde irão militar os profissionais *psi*, principalmente psicólogos e psiquiatras) a proposição de uma reforma psiquiátrica no Brasil foi fruto da articulação de uma série de grupos envolvidos na discussão sobre a psicopatologia, de profissionais organizados em associações, de familiares e pacientes com histórias de longas internações. Esse movimento

19. Segundo DIMENSTEIN (1998, p.54), o número de psicólogos participantes das equipes de saúde de nível superior de todos os estabelecimentos públicos e privados no ano de 1976 era de 726 em todo o Brasil, o que correspondia a 0,52% do total de categorias pesquisadas, valor inferior ao de outras profissões ditas “de apoio” ou paramédicas, como nutricionistas e assistentes sociais.

vai almejar construir uma nova proposta com um novo modelo de atendimento, mais humano, mais democrático, com a participação de todos os envolvidos, usuários dos serviços de saúde, profissionais e gestores, que pudesse ser superado o modelo de atendimento centrado na internação nos hospitais (modelo hospitalocêntrico).

Atuando e começando a se inserir no âmbito da saúde pública a partir dessa época, a maioria dos psicólogos não dispunha de um arcabouço teórico e de referências práticas que lhe permitisse construir uma ação específica e consistente no âmbito da Psicologia, o que contribuiu em grande parte para a perpetuação do modelo biomédico hegemônico e para a colocação da Psicologia como um mero ator coadjuvante à medicina/psiquiatria no campo da saúde e com uma atuação muito amplamente desconhecida e estereotipada. Neste modelo de atuação, o psicólogo na maior parte das vezes atuava com enfoque no tratamento de fenômenos da vida psíquica sem necessidade de compreendê-los a partir de suas multideterminações, desconsiderando, assim, o contexto social, cultural, econômico e político no qual os pacientes estavam imersos (DIMENSTEIN, 1998; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

A utilização desse modo de atuação na saúde pública vai gerar no profissional da Psicologia uma prática desarticulada da realidade social desta população, onde a grande maioria dos psicólogos passa a utilizar os mesmos recursos técnicos desenvolvidos e direcionados para a classe média, mantendo-se uma prática predominantemente voltada à clínica individual como principal opção de intervenção. Isso, em grande parte, também era reflexo de uma formação acadêmica que não questionava o *status quo* de uma atuação descontextualizada. Assim nos coloca Dimenstein (2000, p. 104):

Nossos currículos, por sua vez, espelham e produzem um modelo hegemônico de atuação profissional – o modelo clínico liberal privatista, o modelo da psicologia individual de inspiração psicanalítica – e definições extremamente limitadas do que seja atuação psicológica, de forma a determinar a representação social que o público tem da Psicologia e do psicólogo.

No decorrer dos anos 1980, passando pelos anos 1990 e principalmente a partir dos anos 2000²⁰ tem aumentado o número de profissionais da Psicologia na rede pública de saúde, mas o grande desafio colocado frente a esse aumento da inserção é entender se as práticas profissionais e também a formação acadêmica conseguem contemplar as necessidades de usuários do SUS em sua maioria economicamente desfavorecidos.

Considerando essas dificuldades e o aumento paulatino da inserção profissional, vemos que cada vez mais as habilidades e competências a serem desenvolvidas pelos psicólogos merecem atenção de investigações que analisam as ações dos psicólogos nas políticas públicas em geral e nas políticas públicas de saúde em específico. Nesse sentido, existe uma relação histórica muito forte entre a Psicologia e o SUS que precisamos entender e problematizar. Assim, nos últimos anos, percebemos um aumento bastante significativo da discussão sobre a formação do psicólogo e uma tentativa cada vez mais constante no sentido de elucidar os desafios vivenciados pelos psicólogos em suas práticas cotidianas no SUS²¹ (GUARESCHI, 2010).

Um exemplo prático e recente do aumento da inserção profissional no SUS e que tem gerado interesse de investigação de uma série de pesquisadores é a contratação de Psicólogos para inserir as equipes dos NASF. Neste caso em específico, mesmo o psicólogo não integrando diretamente as equipes de saúde da família, mas apoiando

20. Na pesquisa realizada no ano de 2006 pela Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) do Brasil e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), constatou-se que 10,08% de todos os psicólogos registrados nos conselhos regionais de Psicologia do Brasil naquele ano (ou 14.407 profissionais) trabalhando na rede de serviços de saúde do SUS, incluindo neste número a inserção em ambulatórios especializados, hospitais gerais e especializados, CAPS, hospitais psiquiátricos, programas especiais, tais como AIDS/Hemoterapia, entre outros (SPINK, 2007), demonstrando claramente a força da inserção da Psicologia neste campo neste outro momento histórico.

21. Temos participado nos últimos anos do Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, do Congresso Brasileiro: Psicologia, Ciência e Profissão e do Encontro Nacional de Psicologia Social da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e temos percebido o aumento surpreendente do interesse, da participação e da pesquisa/extensão pela grande área das políticas públicas no geral e na área da atuação do Psicólogo no SUS em específico. Outro fato também marcante é o aumento do número de publicações em revistas científicas que abordam a temática da inserção da psicologia na saúde pública brasileira.

e matriciando²² um determinado número de equipes, isso significa que nos próximos anos teremos provavelmente milhares de psicólogos inseridos apenas nesta política pública, significando uma ampliação enorme da inserção da Psicologia na Atenção Básica e no SUS. Antes da constituição dos NASF em 2008, era muito baixo o número de psicólogos atuando diretamente na atenção básica, considerando que não existia financiamento do governo federal nesta esfera e era preciso o interesse político e o efetivo financiamento municipal para essa contratação.

Considerando as transformações anteriormente citadas, a Psicologia brasileira vem repensando suas práticas e concepções na área da saúde e tem tentado responder às necessidades reais da população, ampliando sua atuação para uma intervenção mais propriamente democrática, que leve em conta as multideterminações dos usuários do SUS e consiga desenvolver uma forma própria de atuação, na qual a especificidade da Psicologia no campo do psíquico e da subjetividade possa se desenvolver.

Uma tentativa de dar conta da realidade latino-americana e da relação existente entre a Psicologia e o campo da Saúde Coletiva²³, em contraposição a uma Psicologia da Saúde com raiz nos Estados Unidos da América (e que no início no Brasil se confundiu com a Psicologia Hospitalar), é a Psicologia Social da Saúde. Esse âmbito de discussão se configura como um campo de conhecimento e prática que trata das questões psicológicas com enfoque mais social, coletivo

22. O matriciamento ou apoio matricial é um elemento chave para a ampliação e a qualificação da assistência, tendo como diretriz o trabalho interdisciplinar, onde o psicólogo dará suporte especializado na Psicologia para os outros profissionais que atuam na Atenção Básica. O Apoio Matricial objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes de saúde da família, ampliando possibilidades de intervenções e aumentando a capacidade de resolver problemas em saúde. A articulação entre as equipes ocorre em três planos: atendimentos e intervenções conjuntas; orientações e capacitação durante reuniões e discussões de caso; atualização contínua da equipe quando o apoiador intervier em situações que exijam atenção específica de seu núcleo de conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

23. *Saúde Coletiva* é uma expressão que designa um campo de saber e de práticas referido à saúde como fenômeno social e, portanto, de interesse público. A Saúde Coletiva é um movimento que surgiu na década de 70 contestando os atuais paradigmas de saúde existentes na América Latina e buscando uma forma de superar a crise no campo da saúde. Ela surge devido à necessidade de construção de um campo teórico-conceitual em saúde frente ao esgotamento do modelo científico biologicista da saúde pública (LIMA; SANTANA, 2006).

e comunitário voltado para a saúde e que não se foca apenas no campo da psicopatologia. (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005).

Segundo Spink (2003), a Psicologia Social da Saúde pode ser entendida como um campo ampliado da atuação do psicólogo nas instituições da saúde. Esse entendimento de uma atuação tem relação pelo menos com duas premissas: a importância de se considerar toda a história e o contexto da instituição na qual será implementada uma ação; a segunda premissa fala sobre a relação com o “outro”, adentrando na noção da alteridade. Aqui se leva em consideração a interface da cultura e do social no processo de construção da identidade e da inserção da pessoa na vida. A própria noção da alteridade se amplia quando transcende a mera relação de mim com o outro, diferente de mim, reconhecendo nesse outro um ser humano que tem os mesmos direitos que os meus e precisa ser respeitado e valorizado como sujeito de direitos.

A Psicologia Social da Saúde, segundo Spink (*op. cit.*), tem como características principais a atuação centrada em uma perspectiva coletiva e comprometida com os direitos sociais e com a cidadania. Rompe, portanto, com enfoques mais tradicionais centrados no indivíduo, atuando principalmente nos serviços de atenção primária à saúde, focalizando a prevenção da doença e a promoção da saúde e incentivando os atores sociais envolvidos para a geração de propostas de transformação do ambiente em que vivem.

Trata-se, portanto, de um processo de transformação crítica e democrática que potencializa e fortalece a qualidade de vida e tem como proposição geral contribuir para a superação do modelo biomédico, objetivando trabalhar dentro de um modelo mais integrado, reconhecendo a saúde como um fenômeno multidimensional em que interagem aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e caminha para uma compreensão mais holística do processo doença-saúde-cuidado.

A Atenção Básica da Saúde do SUS: os dilemas da inserção da Psicologia Brasileira

Em termos históricos, os psicólogos têm atuado na atenção

básica desde as primeiras experiências de matriciamento, especialmente no apoio às equipes de saúde da família sobre os cuidados aos portadores de sofrimento mental e seus familiares (DIMESTEIN, 1998). Hoje, seu papel amplia-se, passando a incluir a atenção a idosos, usuários de álcool e outras drogas, crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e outros grupos vulneráveis. A discussão sobre a inserção das práticas psicológicas não só nas políticas de Atenção Básica à saúde, como também nas políticas públicas em geral, vem acontecendo de forma crescente, onde a ocupação desses espaços sociais e políticos necessitam de intensos questionamentos e problematizações dentro do âmbito acadêmico.

Segundo Jimenez (2011, p.129):

O percurso da psicologia na atenção básica dos serviços públicos de saúde brasileiros tem seu marco inicial na década de 1980, onde uma conjunção de propostas e reivindicações apontava para a necessidade de mudanças importantes na abordagem dos problemas de saúde, enfatizando a contribuição da psicologia nas equipes multiprofissionais.

Nesse momento, início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde reconhece a complexidade dos problemas de saúde mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário brasileiro se encontravam em franco processo de elaboração, contribuindo para a difusão de uma nova consciência sanitária a partir da integração entre mente e corpo e da inclusão das questões sociais, econômicas e culturais como parte do processo de adoecimento e recuperação dos indivíduos.

A partir então da década de 1980, podemos ver algumas inserções dos profissionais da Psicologia na Atenção Básica no Brasil. Segundo Oliveira *et. al* (2004), as Ações Integradas de Saúde (AIS) podem ser consideradas uma via privilegiada de acesso dos psicólogos às instituições de saúde. Eixo de organização para uma atenção integral por meio de uma rede de serviços hierarquizados e regionalizados, as diretrizes desse programa passaram a nortear a prática

da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), e é possível que a iniciativa mais significativa, a partir dessas mudanças, tenha sido a instalação de um serviço de Saúde Mental na rede de centros de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Ainda sobre esse aspecto nos coloca Oliveira *et al.* (2004):

Para a efetivação plena do serviço, uma equipe mínima – constituída por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais – era condição imprescindível. O documento *Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatório de Saúde Mental*, elaborado pela Divisão Ambulatorial de Saúde Mental do Estado de São Paulo, serviu como base não só para a estruturação deste, como também de vários outros serviços ambulatoriais de saúde mental em todo o Brasil, inclusive em Natal (RN). Nele, definem-se as ações de saúde mental nas unidades básicas como de atenção primária, integrando profilaxia e tratamento. Seus princípios norteadores são: utilização de psicoterapia e outros recursos terapêuticos, além do uso de psicofármacos; treinamentos; e supervisão e avaliação qualitativa periódica do trabalho. Esse documento pioneiro tornar-se-ia referência nas reflexões posteriores acerca da atenção integral à saúde.

Com a nova visão sanitária surgida no país nos anos 1980 as Unidades Básicas de Saúde, criadas ainda na década de 1930, passaram a ter como objetivo a recuperação, promoção de saúde e prevenção de doenças, obtidas por meio do atendimento integral às pessoas (JACKSON; CAVALLARI, 1991). Objetivando esse atendimento integral e a realização de uma visão sócio ecológica do processo saúde-doença que deveria ser transmitida à comunidade, a experiência da inserção da Psicologia nessas unidades básicas revelou-se um grande desafio considerando as dificuldades na adequação e no modelo proposto para o trabalho, do tipo de clientela atendida e a necessidade de se pensar uma ação diferenciada daquelas às quais estavam acostumados os profissionais da Psicologia (OLIVEIRA *et al.*, *op. cit.*).

A atuação dos psicólogos na Atenção Básica se dará nos anos 1980 naqueles municípios que julgavam importante a inserção destes profissionais. Todavia, sem respaldo formal em uma legislação que apontasse claramente diretrizes para as ações de saúde mental neste âmbito, veremos, apenas em 1992, no contexto que sucede a Lei Orgânica da Saúde (LOS/1990), a Portaria nº. 224 que dá uma definição das normas que deverão reger a atenção em saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde: Centros de Saúde, ambulatórios, hospitais, etc. (JIMENEZ, 2011).

Com a implantação em 1993 do Programa Saúde da Família (PSF), a Psicologia ficou excluída da equipe mínima de profissionais, atuando em alguns municípios diretamente na Atenção Básica (OLIVEIRA et al., 2004) ou na retaguarda do trabalho das equipes de saúde da família através de serviços substitutivos. Mas, mesmo atuando em algumas unidades básicas de alguns municípios brasileiros, após a implantação do PSF, é apenas em 2008, quando da instituição da possibilidade de implantação dos NASF em todo o território brasileiro, que a Psicologia tem espaço reconhecido na Atenção Básica. Com respaldo legal e investimento federal em parceria com os municípios, a entrada do Psicólogo na Atenção Básica fica respaldada e com seu espaço posto na ordem institucional do SUS²⁴. Segundo Jimenez (2011), visando a integralidade como diretriz, a Portaria prevê um profissional de saúde mental em cada núcleo como condicional ao seu funcionamento devido à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais.

Pensando na atuação do profissional da Psicologia na Atenção Básica à saúde do SUS, vemos que no passado e ainda em grande parte nos dias atuais, suas ações ferem diretrizes e princípios fundamentais do sistema, tais como o trabalho em equipe, a promoção à saúde, a prevenção de doenças e a consideração do sujeito como singular e inserido em termos socioculturais e históricos (DIMENSTEIN, 1998; YAMAMOTO, 2003, PATTO, 2009).

24. É interessante notar que a grande produção acadêmica sobre a inserção da Psicologia na Atenção Básica vai acontecer exatamente depois da portaria 154/MS que institui os NASF no Brasil.

Segundo Dimenstein (2006), alguns pontos podem ajudar no entendimento dessa atuação descontextualizada do psicólogo: em primeiro lugar, os pressupostos subjacentes à atenção produzida independentemente do local de atuação: visão de mundo, de valores, crenças, concepção de subjetividade, de saúde/doença, de normal/patológico, de neutralidade que fundamentam o saber e a prática psicológicos; segundo, a algumas marcas presentes no mundo *psi*, tais como o ideário individualista, a fusão identitária com a psicanálise, a formação acadêmica descontextualizada, a concepção de sujeito/indivíduo e um modelo clínico tradicional. Dimenstein (*op. cit.*) nos fala ainda que os fatores citados acima contribuem para uma visão auto-centrada do psicólogo, que é uma forma específica de ver o mundo, de organizar o seu trabalho e de relacionar-se com a instituição pública de saúde. Neste processo, o profissional muitas vezes se torna escravo da técnica que, ao invés de ampliar suas ações, as limita. Há também um equívoco em relação à noção de autonomia profissional, da ideia de liberdade que deve se manifestar em compromisso político, em diálogo e em construção de um espaço coletivo e não na autonomia para realizar o trabalho que quer ou que pensa ser necessário para o outro.

Para termos uma idéia do impacto dessas concepções no cotidiano do trabalho de psicólogos, foi realizada em 1991 uma pesquisa pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo onde o mesmo identificou as atividades psicológicas de maior frequência nas UBS: psicoterapia de adulto, psicodiagnóstico, ludoterapia, orientação a gestantes e hipertensos; sendo a psicanálise a orientação teórica mais presente (JACKSON; CAVALLARI, 1991). Isso demonstra claramente que a formação acadêmica e o interesse de muitos desses profissionais estavam voltados para o modelo da clínica tradicional, ainda que dentro da área da saúde pública (DIMENSTEIN, 1998).

É fato que o SUS precisa delimitar mais claramente quais são os papéis das profissões que participam da Atenção Básica, entre elas os novos profissionais que nos últimos anos passaram a integrar as equipes dos NASF, como é caso dos psicólogos. Mas, como a própria história da Psicologia nos demonstra, não temos um lastro de

experiência e de teoria suficientes na qual os psicólogos possam se referenciar. Esse lastro está sendo construído no momento, não só pelos profissionais que estão no campo como também a partir dos pesquisadores e entidades da Psicologia que tentam investigar esse campo de atuação profissional²⁵. Nos últimos anos, tem havido uma reflexão maior sobre a necessidade de mudança a respeito do papel do psicólogo no SUS e na Atenção Básica à saúde²⁶. É nesse sentido que cabe a reflexão: “A atuação dos (as) psicólogos (as) ainda está se configurando e consolidando como uma prática da Psicologia, tanto para os (as) profissionais da saúde incluindo o (a) próprio (a) psicólogo (a) quanto para os (as) usuários (as)” (CREPOP, 2010, p. 15).

Nos últimos anos os profissionais da Psicologia estão trazendo reflexões importantes acerca das políticas públicas e dos serviços públicos oferecidos, o que se deu através do compromisso social, conceito que traduz uma necessidade ainda premente da profissão, mas que já se faz presente na realidade de muitos profissionais da atualidade (BOCK, 2007). Hoje em dia, o psicólogo tem capacidade de fazer atendimentos individuais ou grupais, sendo parte integrante de equipes multiprofissionais, e permitindo ao usuário compreender o processo doença/saúde, entendendo esse sujeito como um ser completo, dotado de capacidades, e por isso alguém ativo, que pode, de fato, contribuir para a sua melhora. Nesse sentido, a Psicologia se faz presente em vários âmbitos, seja na atenção e promoção de saúde, quanto na prevenção de doenças, mas sempre enfocando a qualidade de vida do usuário (CREPOP, 2010).

25. É importante destacar que nos últimos anos a atuação do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e do Conselho Federal de Psicologia (CFP) têm sido fundamental para que possamos entender essas práticas. Destaco aqui a pesquisa realizada em parceria entre as duas entidades no ano de 2010 intitulada *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde*, na qual as duas entidades fazem uma descrição muito interessante sobre as ações e concepções de trabalho da Psicologia que vem sendo desenvolvidas.

26. Temos participado nos últimos anos do Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, do Congresso Brasileiro: Psicologia, Ciência e Profissão e do Encontro Nacional de Psicologia Social da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e temos percebido o aumento surpreendente do interesse, da participação e da pesquisa/extensão pela grande área das políticas públicas no geral e na área da atuação do Psicólogo no SUS em específico.

Dessa maneira, mudanças nos paradigmas da saúde pública brasileira colocam em destaque propostas inovadoras que convocam os psicólogos a repensarem suas práticas de modo a atender a população brasileira, sendo exigida da ciência psicológica a construção de novos dispositivos capazes de atender as demandas sociais trazidas por estas novas possibilidades de inserção profissional, de modo a promover a saúde coletiva. Neste contexto, a Psicologia é chamada a fazer parte das políticas públicas nos mais diversos setores, e esses profissionais deverão não somente estar no ativismo profissional, mas também contribuir com a formulação e a implementação dessas políticas, o que é um grande desafio para a categoria. É dessa maneira que o profissional da Psicologia irá trazer sua contribuição, lançando um olhar aos aspectos subjetivos que envolvem os processos sociais e permitindo então que sejam garantidos os direitos humanos dos usuários do SUS (CREPOP, 2010).

Podemos visualizar a mudança de concepção e da prática dos psicólogos trabalhadores da Atenção Básica (em comparação com a pesquisa realizada em São Paulo em 1991 citada acima) com base em uma pesquisa *online* feita pelo CREPOP (*op. cit.*) no ano de 2008 com profissionais de diversas regiões do país. Os contextos de atuação foram as unidades básicas, os NASF, os ambulatórios de hospitais, as escolas, os serviços públicos ligados a outras secretarias, órgãos ligados ao poder judiciário e na comunidade. Os psicólogos participantes da pesquisa relataram ações desenvolvidas além do atendimento clínico individual, onde os mesmos buscaram desenvolver novas práticas que pudessem se adequar à demanda de cada instituição. Segundo os participantes da pesquisa, a equipe de saúde mental (que no caso dos NASF envolve Psicologia, Psiquiatria e Terapia Ocupacional) é responsável pelo atendimento de crianças, jovens, adultos, idosos, familiares dos usuários e comunidade e tem nos agentes comunitários seu elo fundamental com a comunidade.

Os participantes da pesquisa supracitada (CREPOP, 2010) destacaram que são três as ações principais desenvolvidas pelos psicólogos na Atenção Básica: desmistificação da loucura, promoção da

saúde e garantia do acolhimento, sendo o último apontado como o mais prevalente, já que a atuação ainda é muito voltada para o atendimento individual ou grupal, sendo feita a chamada “escuta terapêutica”. Além disso, são realizadas também atividades em sala de espera, visitas domiciliares, orientações, triagem, palestras na própria unidade ou em outros espaços comunitários, tais como escolas.

O psicólogo torna-se, assim, um trabalhador essencial na área da saúde coletiva, na medida em que promove a participação da comunidade no seu autocuidado e ainda se transforma no ponto de interseção entre a comunidade e a equipe de saúde da família. Dessa maneira, podemos visualizar pelo menos quatro funções do psicólogo na Atenção Básica: a) psicossocial (desenvolver diagnósticos das características psicossociais, procurando relacionar tais características aos principais problemas de saúde; desenvolver trabalho preventivo; proporcionar apoio psicológico a populações em risco); b) pedagógica (desenvolver programas educativos relacionados aos problemas de adoecimento das comunidades atendidas); c) de investigação (constante avaliação dos resultados de seu trabalho); d) administrativa (identificar suas tarefas e a dos outros componentes da equipe, delegando responsabilidades e procurando maior integração do trabalho). (DURÁN-GONZALEZ *et al.* *apud* RONZANI; RODRIGUES, 2006, p.141)

Além dessas, outras práticas inovadoras estão trazendo progressos para o campo da psicologia como, por exemplo, o apoio matricial (abordado acima), a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS), atividades de articulação da rede, o uso de teorias e técnicas de modo inovador, diálogos e parcerias com as universidades, trabalho com populações específicas, ações com as famílias, trabalhos com grupos, implementação de programas e políticas públicas, plantão psicológico, atividades de prevenção e promoção de saúde, gestão dos serviços, diagnóstico psicossocial, atividades de geração de renda e de inserção social, entre várias outras possibilidades (CREPOP, *op. cit.*).

Todavia, como a pesquisa do CREPOP foi realizada em 2008, ano da publicação da portaria de implantação dos NASF, as ações dos psicólogos que estão trabalhando neste âmbito não puderam ser

contempladas, o que está sendo investigado nos últimos anos. Sabemos que muitos desafios já estão sendo advindos desta inserção específica e é importante entendermos e problematizarmos a mesma.

Últimas considerações

Como vimos, embora não haja dúvida quanto à importância do campo da saúde pública e da Atenção Básica para a atuação profissional do Psicólogo, as avaliações de sua prática profissional apontam uma série de críticas quanto às atividades realizadas que em grande parte perpassam a dificuldade em se delimitar o papel do psicólogo na Saúde Pública e a necessidade de uma profunda mudança de suas práticas e concepções profissionais, para que a Psicologia possa estar atuando segundo as exigências do SUS, onde se pressupõem ações multiprofissionais, preventivas e comunitárias (DIMENSTEIN, 2000; YAMAMOTO, 2003; VASCONCELOS, 2004).

A atuação da Psicologia na Atenção Básica, como vimos, potencializa-se quando pautada em práticas multidisciplinares, que compreenda a saúde do sujeito como um todo, atingindo o sentido amplo da integralidade do SUS. Dessa maneira, a atuação do psicólogo neste âmbito deverá priorizar ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, sem desconsiderar o atendimento individual em casos em que haja necessidade. Todavia, havendo necessidade de um acompanhamento individual contínuo, o paciente deverá ser encaminhado para o centro de referência em Saúde Mental mais próximo da unidade na qual é regularmente atendido.

Na Atenção Básica, o psicólogo deve ir além dos muros da instituição, realizando trabalhos educativos, desenvolvendo atividades que envolvam tanto a equipe, a comunidade e outros atores sociais dentro e fora da comunidade que poderão ser importantes. Sendo assim, são priorizados os trabalhos em grupo, para que a atuação não seja apenas voltada para o atendimento clínico individual, e sim um trabalho que enfoque a promoção de saúde e prevenção de doenças (CREPOP, 2010).

Mesmo com o reconhecimento recebido mediante luta da categoria, existem dificuldades de estabelecer ações da Psicologia na Estratégia de Saúde da Família no que concerne aos problemas relacionados à articulação da rede e das equipes no contexto da ESF, relacionados a pouca clareza da atuação do psicólogo pelos outros profissionais da equipe e pela população atendida, desafios éticos relacionados principalmente ao prontuário e ao sigilo profissional, dificuldades para articular ações em saúde mental e decorrentes de uma leitura preconceituosa sobre a psicopatologia.

Desse modo, o psicólogo que está envolvido em ações na Atenção Básica deverá ter criatividade para pensar em práticas inovadoras para superar as limitações que este campo de trabalho apresenta para sua ação como profissional da subjetividade humana, propiciando que os usuários do serviço ganhem em qualidade no atendimento, favorecendo as condições de saúde, promovendo os direitos humanos e desmistificando para a população possíveis fantasias e estereótipos sobre a prática profissional da Psicologia.

Referências

- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS Passo a Passo: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ANGERAMI- CAMON, V. A. **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.
- _____. **Aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia**. São Paulo: EDUC/Cortez, 1999.
- BOCK, A. M. B. **Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil**. In: ROSA, E. M. et al. (orgs.) **Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil**. Vitória: Edufes, 2007. P. 17-34.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, set. 1990 (a). Seção 1.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 154** de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **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.
- CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**; v. 17, n.2, p. 26-32, mai/ago. 2005.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n.2, Rio de Janeiro, 2003.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**: RJ, Fevereiro, 2007.
- CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS - CREPOP. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde**. Conselho Federal de Psicologia, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2009.
- CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo em Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**. 3 (1), 53-81, 1998.

DIMENSTEIN, M. D. B. A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista: Implicações para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde. **Estudos de Psicologia**, 5(1), 95-121, 2000.

_____. A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/ SUS. In: **I Fórum de Psicologia e Saúde Pública: Contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS**, Brasília, 2006.

GUARESCHI, N. M. F *et al.* **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2010.

GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. (orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

JACKSON, A. L.; CAVALLARI, C. D. Estudo sobre a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. **Cadernos CRP-06**. São Paulo: 07-31, 1991.

JIMENEZ, L. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**; 23(nº. espe.), p. 129-139, 2011.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (orgs.). **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2008.

OLIVEIRA, I. F.; DANTAS, C. M. B., COSTA, A. L. F., SILVA, F. L., ALVERGA, A. R., CARVALHO, D. B., YAMAMOTO, O. H. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, 9 (17), p. 71-89, 2004.

OLIVEIRA, I. F.; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A Psicologia no Programa Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, n.25, p.5-19, 2007.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

LIMA, N. T., SANTANA, J. P., (orgs.). **Saúde Coletiva como Compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

PATTO, M. H. S. (org.). **A cidadania negada: políticas públicas e formas de viver**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. (2006) O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. **Psicologia Ciência e Profissão**, 26 (1). P. 132 - 143.

SPINK, M. J. P. **Psicologia da saúde**: a estruturação de um novo campo de saber. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Psicologia Social e Saúde**. Práticas, saberes e sentidos. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

_____. **A Psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, L. R. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p. 477-486, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. A trajetória da atenção básica e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). **Saúde e Democracia**: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (orgs.) **Psicologia e saúde**: um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos até quando? Os psicólogos e o campo da Saúde Mental Pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**, 1(0), 108-134, 2004.

YAMAMOTO, O. H. Questão social e políticas públicas: revendo o compromisso social da Psicologia. In BOCK, A. M. B. (org.) **Psicologia e o Compromisso Social**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 37-54.

Sobre os autores

Aline de Freitas Rios:

Graduanda em Psicologia na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com experiência na área da saúde. Atualmente encontra-se em atividade de estágio curricular no Serviço de Psicologia da UFRB, utilizando o referencial teórico psicanalítico de orientação lacaniana, tendo como antecedentes o Centro de Testagem e Aconselhamento de Santo Antônio de Jesus e a Unidade Básica de Saúde da Família Manoel Nascimento de Almeida, na mesma cidade. Outras experiências profissionais também na saúde foram junto à equipe do NASF no município Pé de Serra, Bahia e por meio de cursos teórico-práticos, envolvendo práticas de estágio, no Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos, Núcleo de Cirurgia Bariátrica do Hospital Português, Hospital São Marcos e Hospital da Bahia, todos na cidade de Salvador. No âmbito acadêmico, tem trabalhos apresentados nacional e internacionalmente e atualmente encontra-se vinculada ao grupo de estudos Psicanálise: Subjetividade e Cultura, também na UFRB.

Aline Magalhães Bessa Andrade:

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde, localizado na cidade de Santo Antônio de Jesus-Ba, cursando o 9º semestre, desenvolvendo pesquisas na área da Saúde Coletiva e Saúde do Homem, atuante na organização de feira do homem em Unidade Saúde da Família em município baiano e atendimento de enfermagem. Ex-bolsista PIBEX da UFRB- 2011-2012, projeto de extensão intitulado por: Promoção do uso racional de medicamentos em uma população de usuários do programa Hiperdia de Santo Antônio de Jesus Bahia; Além de ter pesquisadora voluntária PIBIC/FAPESB 2011-2012, pesquisa com foco em qualidade de vida de estudantes de enfermagem de uma universidade pública federal. Foi pesquisadora voluntária PIBIC/FAPESB em 2010-2011 do projeto de pesquisa intitulada por: Avaliação da pressão arterial de servidores de uma Universidade Pública Federal.

Allyson Araújo M. Ramos da Silva:

Enfermeiro, graduado em 2010 pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Durante a graduação, participou por 4 anos do Grupo de Pesquisa “Doenças Infecciosas e Parasitárias”, sendo bolsista CNPq / FAPESB nesse período. Atualmente é estudante de Medicina na Faculdade de Tecnologia e Ciências - FTC.

Atatiane Santana de Brito Cajaiba Ribeiro:

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Cursando especialização de MBA em Auditoria nos Serviços de Saúde – Instituto Brasileiro de Pós graduação e Extensão.

Carmen Fontes de Souza Teixeira:

Médica. Doutora em Saúde Pública. Docente e pesquisadora da Universidade Federal da Bahia. Professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva e do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA.

Cíntia Figueiredo Amaral:

Residente Multidisciplinar em Saúde da Família da EBMSP e SESAB.

Daiany Souza de Jesus:

Estudante do último semestre do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tem experiência nas áreas de Atenção Primária e Serviço Especializado. Durante a graduação desenvolveu atividades em diferentes campos de estágio: Unidade Básica de Saúde (UBS) e Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA- HIV-Aids) da rede Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus. Além disso, desenvolveu atividades no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS – Pássaro Livre) na cidade de Amargosa e no Núcleo de atenção a Saúde da Família (NASF) no município de Varzedo. Atualmente está no Serviço de Psicologia da UFRB, no estágio de conclusão de curso, Clínica Psicanalítica e Promoção de Saúde de Orientação Lacaniana.

Deisy Vital dos Santos:

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da (CCS/UFRB). Presidente do Comitê de ética em pesquisa da UFRB.

Denize de Almeida Ribeiro:

Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB) e Coordenadora de Políticas Afirmativas da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assuntos Estudantis da UFRB.

Elaine Andrade Leal Silva:

Enfermeira, sanitarista, Mestre em Saúde Coletiva, Pesquisadora e docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia no Centro de Ciência da Saúde, localizado na Cidade de Santo Antonio de Jesus, Bahia. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUSC) e Grupo de Estudo e Pesquisa Saúde

Organização e trabalho (SORT), desenvolve pesquisa e extensão na área de Saúde do Homem, Saúde do Trabalhador e saúde Coletiva. Realizou projeto de Pesquisa Intitulado: “Homem não Adoece”. Os Motivos pelos quais os Homens não Frequentam as Unidades de Saúde da Família. Tem inserção na área de saúde coletiva, trabalhou na atenção básica como enfermeira de Unidade de Saúde da Família e Gestora da Atenção Básica. Atualmente tem sido tutora Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde da Família UFRB/CCS.

Fernanda de Oliveira Souza:

Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, localizada na cidade de Santo Antônio de Jesus. Desenvolve pesquisa científica desde 2010 na área de saúde coletiva com ênfase em epidemiologia. Atualmente bolsista PIBIC/FAPESB.

Franklin Demétrio:

Nutricionista; Professor Assistente I do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB); Doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA); Pesquisador: do Núcleo de Pesquisa, Ensino e Extensão em Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional (UFRB); do Núcleo de Epidemiologia Nutricional (UFBA); do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva (UFRB) e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação e Cultura (UFBA).

Jamille Maria de Araujo Figueiredo:

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Durante a graduação, foi bolsista de iniciação científica PIBIC e pesquisadora acadêmica no GIPESC- Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva, no qual desenvolveu pesquisas e atividades de extensão na área de Saúde Coletiva. Atualmente é Psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em uma Clínica de especialidades médicas.

Jarlan Miranda dos Santos:

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. É Psicólogo do CRAS de Wenceslau Guimarães – BA e membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa “Psicanálise, Subjetividade e Cultura”. Tem experiência na área de Saúde Mental, atuando principalmente nos temas Reforma psiquiátrica, Saúde Mental e Psicanálise e na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos temas Educação Permanente em Saúde, estratégia de saúde da família, política de saúde mental/ álcool e outras drogas e redução de danos.

Jaqueline Pacheco dos Santos Araujo:

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Atualmente é Psicóloga pelo Município de Utinga- Bahia lotada no Centro de Referência em Assistência Social).Participou do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva da UFRB (GIPESC) no período de 2009 a 2011.

Jeane Saska Campos Tavares:

Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Mestre em Saúde Comunitária e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA) com ênfase em Ciências Sociais em Saúde. Professora adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFRB). Líder do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva da UFRB (GIPESC). Coordenadora do curso de Psicologia (UFRB). Pesquisadora associada do Grupo de Pesquisa e Cooperação Técnica FA-SA: Comunidade, Família e Saúde (FASA- ISC/UFBA) e professora colaboradora do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

Leny Alves Bomfim Trad:

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (1987) e doutorado em Ciencias Sociales y Salud - Universidad de Barcelona (1996). Pós-doutorado em Antropologia da Saúde na Universitat Lumière - Lyon 2 (2006). É professor associado IV do Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, onde coordena o Grupo de Pesquisa e Cooperação Técnica FA-SA: Comunidade, Família e Saúde. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Sociais e Saúde e Planejamento & Gestão, atuando principalmente nos seguintes temas: comunidade, família e saúde; avaliação qualitativa de programas e políticas de saúde; abordagem etnográfica em saúde; Experiência da enfermidade e itinerários terapêuticos com ênfase em doenças crônicas; Etnicidade e saúde. Possui Bolsa de Produtividade em Pesquisa nível PQ2 pelo CNPq.

Mariluce Karla Bomfim de Souza:

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2013- atual). Professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (2008-2013). Membro do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva da UFRB (GIPESC). Gestora de Extensão do Centro de Ciências da Saúde da UFRB (2011-2013).

Micheli Dantas Soares:

Graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia (1996), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2003). Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (2011). Professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Sociais e Saúde.

Suely Aires:

Suely Aires é professora de teoria e clínica psicanalítica (UFRB). Mestre e Doutora em Filosofia (Unicamp). Pesquisadora do Centro Outrarte. Membro do Colégio de Psicanálise da Bahia. Membro do GT de Filosofia e Psicanálise (ANPOF). Supervisora de práticas em psicanálise e saúde mental. Líder do Grupo de Pesquisa Psicanálise, Subjetividade e Cultura (CNPq). Coorganizadora das coletâneas “Linguagem e Gozo” (Mercado de Letras, 2007) e “Ensaio de Filosofia e Psicanálise” (Mercado de Letras, 2008).

Tamille Marins Santos Cerqueira:

Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- Centro de Ciências da Saúde- Santo Antonio de Jesus, Bahia. Participou do grupo de pesquisa como voluntária na área da saúde coletiva.

Willian Tito Maia Santos:

Possui Licenciatura e Formação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPb). Realizou Mestrado em Serviço Social na Universidade Federal da Paraíba e atualmente é doutorando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade de São Paulo/USP. É Professor Assistente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB) e desenvolve suas atividades de ensino, pesquisa e extensão na área das políticas públicas de Saúde e suas interfaces com a Psicologia, notadamente a inserção da psicologia na Atenção Básica do SUS. É atualmente Tutor do Programa de Educação pelo Trabalho na área da Saúde PET-Saúde/Saúde da Família e Redes de Atenção à Saúde e Coordenador do PET-Vigilância em Saúde, ambos ligados ao CCS/UFRB.

Este livro foi composto na tipologia Leitura Roman 1, em corpo 10.5/14, no formato 150 x 210mm, miolo impresso em papel Polém 80 gramas e capa no papel Supremo 250 gramas, no sistema Heidelberg Speedmaster SM 102 da Gráfica e Editora Regente Ltda.

2014