



Quésia Postigo Kamimura
Adriana Leonidas de Oliveira
Edson Aparecida Querido de Araújo Oliveira
ORGANIZADORES

SAÚDE

EM DIFERENTES CONTEXTOS
Trabalho, Educação, Cuidado, Economia e Gestão

**Quésia Postigo Kamimura
Adriana Leonidas de Oliveira
Edson Aparecida Araujo Querido de Oliveira**
Organizadores

SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS
Trabalho, Educação, Cuidado, Economia e Gestão



Taubaté/SP
2019

EXPEDIENTE

Administração Superior

- | Reitora: Profa. Dra. Nara Lucia Perondi Fortes
- | Vice-reitor: Prof. Dr. Jean Soldi Esteves
- | Pró-reitora de Extensão: Profa. Dra. Leticia Maria Pinto da Costa

edUNITAU

- | Diretor-Presidente: Profa. Dra. Nara Lucia Perondi Fortes

Conselho Editorial:

- | Presidente: Profa. Dra. Leticia Maria Pinto da Costa
- | Diretor Editorial: Prof. Dr. João Rangel Marcelo

Projeto Gráfico

- | NDG - Núcleo de Design Gráfico da Universidade de Taubaté
- | Coordenação: Alessandro Squarcini
- | Revisão: Dos autores
- | Impressão: Eletrônica (E-book)

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU
Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária
Maria Ap. L. de Souza – CRB-9087

K15s Kamimura, Quésia Postigo. [Org.].
Saúde em diferentes contextos: trabalho, educação, cuidado, economia e gestão / Quésia Postigo Kamimura (Org.), Adriana Leonidas de Oliveira (Org.), Edson Aparecida Araujo Querido de Oliveira – Taubaté/SP: EdUnitau, 2019.
e-book.

Formato: PDF
Requisitos do sistema: Adobe
Modo de acesso: Publico
ISBN : 978-85-9561-110-8

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. 3. Serviço de saúde – administração. 4. Qualidade de vida. 5. Desenvolvimento regional. I. Adriana Leonidas de Oliveira. II. Edson Aparecida Araujo Querido de Oliveira. III. Título.

CDD 614.4

Índice para catálogo sistemático

1. Política de saúde 614.4
2. Saúde pública 614
3. Serviço de saúde – administração 614

Copyright © by Editora da UNITAU, 2019

Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer sem autorização prévia do editor.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....07

CONTEXTOS DE SAÚDE NO TRABALHO

REFLEXÕES SOBRE QVT NO SETOR DE AVICULTURA10

Giovanna Borges Martins
Adriana Leonidas de Oliveira
Edson Aparecida Querido de Araújo Oliveira
Quésia Postigo Kamimura

A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM

DIFERENTES PROFISSIONAIS.....41

Janine Julieta Inocente
Nancy Julieta Inocente

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO NO SETOR DE GERIATRIA: Relações Entre Qualidade de Vida no Trabalho e Valorização do Profissional do Serviço de Geriatria de um Hospital Geral do Município de São Paulo.....58

Luciana Helena do Nascimento
Volnei Gonçalves Pedroso
Jaques Waisberg
Ana Maria Sanches
Mirian Shirassu
Claudia Carnevalle

AValiação DE QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL GERAL E A PERCEPÇÃO DESTES A RESPEITO DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE OFERECIDO PELA INSTITUIÇÃO.....93

Maria Geralda Viana Heleno
Gláucia Margonari Bechara
Katiane Holanda Fukamachi
Maitê Menegazzo Allegretti
Tais Mazzotti
Antonio de Pádua Serafim

CONTEXTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

EDUCAÇÃO OU ENSINO EM SAÚDE? VENCENDO

DESAFIOS!108

José Carlos Souza

Tânia Gisela Biberg-Salum

CARONA SOLIDÁRIA COMO ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO AMBIENTAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....119

Sandra Costa de Oliveira

Maria Cecília Focesi Pelicioni

Márcia Faria Westphal

CONTEXTOS DE CUIDADO EM SAÚDE

ESTERILIZAÇÃO FEMININA VOLUNTÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: Um estudo sobre o Planejamento Familiar na cidade de Taubaté –

São Paulo.....135

Paula Valente Braz

Adriana Leônidas Oliveira

Quésia Postigo Kamimura

Márcia Maria de Assis Lopes

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DEPENDÊNCIA DE DROGAS NA MODERNIDADE HIPER-LIGADA.....153

Manuel Morgado Rezende

Mônica Serrão Chife

Maria Geralda Viana Heleno

Míria Benincasa Gomes

REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CUIDADO AO PACIENTE PARA CIRURGIA BARIÁTRICA: Avaliação e Acompanhamento.....167

Michele de Oliveira Paula

Paulo Francisco de Castro

**SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL: Revisão Sistemática
Da Produção Brasileira Entre 2005 E 2015.....186**

Luziane Zacché Avellar
Kelly Guimarães Tristão
Bruna Ceruti Quintanilha

**PROGRAMA DE AUTOEFICÁCIA EM PESSOAS IDOSAS:
Implicações na Motivação e Qualidade de
Vida.....203**

Sheila Furtado
Teresa Medeiros

PESSOA IDOSA E BEM-ESTAR ESPIRITUAL.....220

Ana Lucia de Souza Barros Silva
Vera Lúcia Ignácio Molina

**CUIDADO E SENSIBILIDADE: IMPACTOS Afetivos Vividos
Pelas Cuidadoras De Idosos Na Saúde Pública.....263**

Roberta Elias Manna
Tania Maria José Aiello Vaisberg

**OLHARES E PERSPECTIVAS DO PROGRAMA
ACOMPANHANTE DE IDOSOS – PAI DO MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO: Um Modelo Em Construção De Política
Pública De Saúde Para Pessoa Idosa.....279**

Volnei Gonçalves Pedroso
Vitória Kedy Cornetta
Angélica Rosa dos Santos
Cassia Sampaio Moura
Regina Maria dos Santos Marinho

**THE RESILIENCE PROCESS OF FAMILIES IN A CONTEXT OF
SOCIAL VULNERABILITY: A Brazilian study.....306**

Jéssica Raquel Koschmieder
Adriana Leonidas de Oliveira.
Nancy Julieta Inocente.
Quésia Postigo Kamimura.
Ceneide Maria de Oliveira Cervený

CONTEXTOS DA ECONOMIA E GESTÃO EM SAÚDE

CALIDAD EN SALUD.....313

Jorge Francisco Ríos

INTERFEDERALISMO: Planejamento e Organização da Rede de Saúde PEBA.....329

Izadória Lopes Rêgo

Quésia Postigo Kamimura

Adriana Leonidas de Oliveira

José Luis Gomes da Silva

O PERFIL DAS DEMANDAS JUDICIAIS AJUIZADAS CONTRA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM IMPERATRIZ-MA.....348

Rayssa Gabrielle Pereira de Castro

Quésia Postigo Kamimura

Adriana Leônidas de Oliveira

Vitória Kedy Cornetta

A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL.....383

Márcia Vieira da Motta

Mônica Vieira da Mota Piacsek

Perfil socioeconômico das demandas por assistência farmacêutica na Região Metropolitana do Vale Paraíba e Litoral Norte do Estado de São Paulo.....417

Ronaldo Adriano de Carvalho

Quésia Postigo Kamimura

Adriana Leonidas Oliveira

Vitória Kedy Cornetta

APRESENTAÇÃO

A proposta de elaboração desta obra vem sendo desenvolvida ao longo dos últimos anos e resultou da reunião de pesquisas realizadas por professores de diferentes programas de pós-graduação, de diferentes áreas do conhecimento e de diferentes instituições de ensino superior, brasileiras e estrangeiras, em colaboração com seus respectivos orientados. As instituições aqui representadas, as quais nos dão imenso orgulho, são Universidade de Taubaté, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidade Metodista, Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita”, Universidade dos Açores de Portugal e Universidad Católica Argentina.

A obra “Saúde em diferentes Contextos”, está organizada em quatro eixos –Contextos de *Saúde e Trabalho*, Contextos de *Educação em Saúde*, Contextos dos *Cuidados em Saúde* e Contextos de *Economia e Gestão em Saúde*, que totalizam em 19 capítulos.

Permeiam como temáticas centrais tratadas ao longo dos textos - saúde, qualidade de vida e desenvolvimento - justificam a interdisciplinaridade presente nesta obra e alinham ao grupo de pesquisa CnpQ “Saúde, Qualidade de Vida e Desenvolvimento”, liderado pelas organizadoras.

A **saúde** é compreendida a partir do paradigma biopsicossocial, numa perspectiva positiva e multidimensional. Mais do que a ausência da doença, é concebida como um bem-estar integral, advindo da interação das dimensões biológica, psicológica e social.

A compreensão de **qualidade de vida** também advém de uma perspectiva que integra a subjetividade e a multidimensionalidade. Assim, uma boa qualidade de vida seria o resultado de uma complexa interação, percebida pelo indivíduo de forma positiva, entre fatores como: estado físico, estado psicológico, expectativas, crenças, valores, relações socioeconômicas e meio ambiente.

O **desenvolvimento** é concebido a partir de uma visão sistêmica, sob a ótica interdisciplinar, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos, históricos e ambientais como variáveis que o compõem.

Abordar os diferentes contextos em saúde vinculados à saúde e à qualidade de vida ao longo do ciclo do desenvolvimento foi o eixo norteador desta obra.

Nosso intuito, ao publicar esse livro, é contribuir para a reflexão de questões contemporâneas relevantes e estimular pesquisadores e profissionais de diferentes áreas a problematizar, investigar, diagnosticar e avaliar aspectos que possam efetivamente contribuir para a saúde, o desenvolvimento e consequente melhoria da qualidade de vida da população.

Desejamos a todos uma ótima leitura!

Quésia Postigo Kamimura
Adriana Leonidas de Oliveira

CONTEXTOS DE SAÚDE NO TRABALHO

REFLEXÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO NO SETOR DE AVICULTURA

Giovanna Borges Martins
Adriana Leonidas de Oliveira
Edson Aparecida Querido de Araújo Oliveira
Quésia Postigo Kamimura

INTRODUÇÃO

O trabalho no campo historicamente esteve associado a procedimentos rudimentares, baixa produtividade e precariedade das condições de vida e de trabalho. No entanto, essa percepção caricata do trabalho rural vem cedendo espaço a um novo modelo de empreendimentos rurais altamente produtivos que transformou não só o campo, mas toda a região onde a atividade agropecuária se insere com essas características, dando surgimento ao que Abramovay (2000) conceitua como cidades rurais.

As cidades rurais poderiam ser definidas como um complexo agroindustrial em que o rural e o urbano se fundem como um só território marcado pela organização de atividades urbanas e serviços especialmente voltados para suprir necessidades oriundas de atividades rurais.

Um exemplo de arranjo organizacional agroindustrial bem sucedido é a avicultura industrial brasileira, desenvolvida por meio de Integração Vertical, que pode ser definida como uma parceria contratual segundo a qual os avicultores (chamados de produtores integrados) se comprometem a entregar à agroindústria (denominada integradora) as aves que serão por ela beneficiadas em quantidade e padrão de qualidade por ela definidos. A agroindústria, por sua vez, fornece tecnologia, insumos e assistência técnica necessários à criação das aves, desde o projeto dos galpões até os procedimentos e rotinas de manejo (PAIVA, 2010; TEIXEIRA, 2012).

A produção de aves migrou da região Sul do Brasil para o sudoeste de Goiás, região sem tradição em pecuária avícola, e em menos de uma década de atividade, as aves goianas elevaram o Brasil ao posto

de maior produtor mundial de aves, segundo a *United States Department of Agriculture* – USDA (2014).

O avicultor integrado goiano é um empreendedor rural que explora a atividade como agronegócio e utiliza empregados para o trabalho no trato dos animais em si, encarregando-se apenas dos aspectos relacionados à gestão da atividade.

O objetivo do presente trabalho é refletir sobre a qualidade de vida no trabalho proporcionada aos trabalhadores da avicultura do sudoeste goiano, especialmente após a inserção de processos e tecnologias industriais na rotina laboral rural dos empregados do setor.

O trabalho aborda o tema sob a perspectiva do produtor integrado quanto à QVT de seus empregados, visando conferir um contraponto aos estudos sobre percepção de QVT, que geralmente analisam o tema sob a ótica do empregado.

O presente estudo pretende contribuir para as pesquisas contemporâneas sobre o trabalho rural, a produção em sistema de integração vertical e o papel do trabalho de qualidade para a promoção do desenvolvimento e da qualidade de vida no trabalho, partindo do pressuposto que é por meio do trabalho que se supre as necessidades humanas mais essenciais, como ressalta Sen (2010).

As próximas sessões corresponderão a uma breve contextualização teórica sobre os temas O Trabalho Como Meio de Desenvolvimento e Qualidade de Vida no Trabalho, seguida da explicação do método utilizado na pesquisa de campo e apresentação dos resultados alcançados, confrontados com o que preconiza a teoria.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O presente trabalho propõe uma reflexão sobre a Qualidade de Vida no Trabalho dentro da avicultura industrial em Sistema de Integração Vertical. Todavia, antes de abordar a Qualidade de Vida no Trabalho impõe-se uma breve análise do trabalho em si e seu papel para o desenvolvimento, inclusive com a definição da acepção de desenvolvimento adotada porque as demais discussões se desdobram dessa raiz.

2.1 O TRABALHO COMO MEIO DE DESENVOLVIMENTO

A importância do trabalho na vida das pessoas pode ser verificada na afirmação de Sen (2010) quando esse defende que ter um trabalho é mais importante que ter renda, porque a falta de renda pode ser suprida por programas e políticas sociais e de transferência de renda, mas os benefícios do trabalho não se restringem ao seu papel de instrumento de acesso a bens materiais, sendo importante para a saúde física e mental das pessoas e para o desenvolvimento da sociedade em que vivem.

Stiglitz, Sen e Fitoussi (2010), Sen (2010) advertem sobre o reducionismo que geralmente se faz com o papel do trabalho como mero meio de acesso a bens materiais, fruto da concepção clássica de que qualidade de vida se restringe a poder de compra. O trabalho é meio de emancipação das pessoas, não apenas porque lhes concede a possibilidade de adquirir bens, mas porque as capacita a serem agentes de seu próprio desenvolvimento, como ressaltam Stiglitz, Sen e Fitoussi (2009).

Todavia, nem sempre o trabalho significará desenvolvimento, pois muitas vezes o trabalho se reverte em riqueza econômica, mas não acarreta melhoria na qualidade de vida e bem-estar de uma população porque se opera em condições desumanas ou degradantes, como salientam Goulart e Sampaio (2004).

Atualmente, a racionalidade dos modelos de desenvolvimento centrados exclusivamente no crescimento econômico atualmente é cada vez menos aceita por pesquisadores de várias áreas, especialmente porque se dão com exclusão da maioria da população e, como resalta Akerman (2008) com um alto custo ambiental, social e econômico, gerando o que Sachs (2008) denomina “desdesenvolvimento”.

Em oposição ao modelo tradicional de desenvolvimento, surge o paradigma de desenvolvimento como qualidade de vida e bem-estar, que seja incluyente e sustentável e concilie interesses econômicos e aumento de produtividade com oportunidade de trabalho decente. Esse é o grande desafio da modernidade, como assevera Sachs (2008).

Todavia, o que se verifica é que os maiores níveis de crescimento econômico e melhoria de qualidade de vida da população ocorreram nas grandes economias que tiveram seu desenvolvimento fundado na centralidade do emprego e na proteção social do trabalho, como sustenta Delgado (2006).

A constatação de que as políticas de desenvolvimento devem se fundar na geração de empregos de qualidade e não somente de postos de

emprego já foi expressa nas publicações da Organização Internacional do Trabalho – OIT (2014) e da *European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions – EUROFOUND (2002)*.

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2012) defende que o trabalho é um importante espaço para o desenvolvimento humano, sendo ferramenta essencial para a construção da identidade subjetiva e social.

O trabalho de qualidade ou, na linguagem jurídica, o trabalho decente ou prestado com respeito ao Princípio da Dignidade Humana é fundamento do Estado Democrático de Direito e da ordem econômica, como estabelecem os artigos 1º, IV e 170, ambos da Constituição Federal (BRASIL, 1988)

Todavia, como denunciam Delgado (2006), Sachs (2008) e Pochmann (2010) apesar da inegável evolução da legislação brasileira no que concerne à proteção ao trabalho ainda existe precarização do trabalho, especialmente nas relações envolvendo trabalho rural.

Os empregados rurais somente passaram a ter garantidos alguns direitos trabalhistas e de seguridade social após 1960, mas sua inclusão no Regime Geral de Previdência Social ocorreu apenas com a Constituição Federal de 1988.

Pochmann (2010) e Delgado (2006) defendem que a falta de universalidade da lei trabalhista manteve a cultura de ausência de formalização e precariedade de vínculos trabalhistas rurais.

Apesar da existência de uma política consistente de erradicação do trabalho escravo no Brasil, a escravidão contemporânea ainda é uma realidade brasileira, especialmente evidenciada no trabalho rural, caracterizada por: “ausência de remuneração ou pagamento insuficiente, maus tratos e a humilhação dos trabalhadores e jornada exaustiva, condições precárias de trabalho, privação da liberdade e ausência de carteira assinada”, segundo relatório da OIT (2014, p. 27-28).

2.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A expressão Qualidade de Vida no Trabalho - QVT surgiu há mais de 40 anos, com os pesquisadores do Tavistock Institute, para se referir ao conjunto de elementos capazes de diminuir os aspectos penosos do trabalho, como esclarece Fernandes (1996).

Apesar de não haver um conceito unânime sobre QVT, a discussão quanto às ações práticas de Gestão de QVT se mantém atual

especialmente no que concerne à importância das ações capazes de eliminar ou reduzir os reflexos negativos do trabalho em época de globalização com exigências de eficiência, qualidade e produtividade e ritmos cada vez mais acelerados, típicos da economia globalizada, característica da sociedade contemporânea.

Para Limongi-França (1996), a ausência de uma uniformidade conceitual se deve ao fato de que definir Qualidade de Vida no Trabalho e eleger quais aspectos ou dimensões poderiam impactar na percepção de QVT pressupõe escolhas de bem-estar e, portanto, variam conforme aspectos subjetivos e conjunturas socioculturais e econômicas.

Uma vez que o trabalho é parte muito significativa na vida das pessoas, tão importante quanto as políticas de desenvolvimento da sociedade são as práticas empresariais que visam a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos trabalhadores, como ressaltam Oliveira e Limongi-França (2005).

Fernandes (1996) adverte que as pessoas são a base da qualidade, da produtividade e da competitividade das empresas e sem qualidade de vida no trabalho é impossível falar em qualidade de produto, pois só haverá produto de qualidade se quem o produziu teve qualidade de vida no trabalho.

No mesmo sentido, Limongi-França (2007, p. 52) lembra que “a produtividade é sempre o resultado do trabalho físico e mental dos trabalhadores e não das máquinas e instrumentos. Elas só potencializam o que as pessoas podem desenvolver”. Portanto, qualquer política de QVT somente terá legitimidade se visar o desenvolvimento do ser humano e se operar em seu benefício.

Mas, apesar do discurso empresarial frequentemente se referir a iniciativas e políticas de melhorias de condições de trabalho e aprimoramento de mão de obra, o que se verifica é que as mesmas possuem como objetivo a melhoria da qualidade do produto ou da produtividade e a não a melhoria da qualidade de vida no trabalho, como denunciam Leite Júnior, Chamon e Chamon (2011).

A lógica empresarial apresenta-se invertida, pois somente a melhoria da qualidade de vida no trabalho é capaz de elevar o comprometimento dos colaboradores com a empresa e esse, apesar de não ser isoladamente um fator determinante do sucesso empresarial, é essencial a ele, como salientam Albuquerque e Limongi-França (1998).

O empenho da equipe de trabalhadores é essencial para o aumento da produtividade. Desse modo, investir em programas de QVT

visando melhorias da qualidade de vida no trabalho reflete em maior produtividade, segundo Fernandes e Gutierrez (1988).

Para Honório e Marques (2001), as mudanças nas formas de trabalho representam uma possibilidade de maior valorização e capacitação do ser humano para os desafios que o futuro trará. Dentre dessa perspectiva, as políticas de QVT passam a ser uma importante ferramenta para o sucesso empresarial.

O dinamismo do mundo do trabalho faz com que o conceito de QVT e sua avaliação sejam um construto dinâmico que se altera conforme evoluem as práticas gerenciais e envolve organizações e empregados.

Os modelos clássicos de avaliação de QVT são o de Walton, de Hackman e Oldham, de Werther e Davis, e o de Westley. O Modelo de Qualidade de Vida no Trabalho de Nadler e Lawer se concentra na discussão de conceituação da QVT não possuindo cunho de avaliação de QVT, conforme ressaltam Pedroso (2010) e Goulart e Sampaio (2004).

O presente trabalho avalia QVT conforme o modelo de Walton. Por esse motivo, abordaremos apenas as características mais fundamentais dos outros modelos clássicos, além dos modelos propostos por Ana Cristina Limongi-França (Limongi-França); Eda Conte Fernandes (Fernandes); Tarcízio Rego Quirino e Odiva Silva Xavier (Quirino e Xavier), como forma de valorizar a pesquisa nacional

O modelo formulado por Hackman e Oldham (1980, apud CHANG JÚNIOR; ALBUQUERQUE, 2002) avalia os “estados psicológicos críticos”, a saber: conhecimento e resultado de seu trabalho, percepção da responsabilidade pelos resultados e percepção da significância do trabalho. Seu instrumento de avaliação engloba: variedade de habilidade; identidade da tarefa; significação da tarefa; autonomia e feedback (CHANG JÚNIOR; ALBUQUERQUE, 2002).

A fragilidade da avaliação consiste no fato de se restringir à motivação causada pelo ambiente e desprezar a percepção de satisfação do trabalhador com sua produtividade, absenteísmo ou turnover (FREITAS; SOUZA, 2009)

O modelo de Westley questiona a interação entre o trabalho, a qualidade de vida e o sistema de produção capitalista e avalia “quatro problemáticas-chave: insegurança (instabilidade no emprego), injustiça (desigualdade salarial), alienação (baixa autoestima) e anomia (carência de uma legislação trabalhista)” (PEDROSO; PILATTI, 2010, p. 200).

Os pontos frágeis do modelo de Westley seriam existir apenas um indicador para cada categoria avaliada e não contemplar posições

intermediárias entre a existência e a inexistência de qualidade de vida no trabalho. (PEDROSO; PILATTI, 2010).

O modelo de Werther e Davis avalia os aspectos organizacionais, ambientais e comportamentais de cada cargo (PEDROSO, 2010).

O modelo de Limongi-França (2007) defende que a criação de bem-estar aos trabalhadores é compatível com a otimização de lucros por parte das empresas e avalia o esforço empresarial para propiciar qualidade de vida no trabalho aos seus empregados e os níveis de satisfação dos trabalhadores com as políticas e ações para melhoria de QVT. As duas categorias abordam as dimensões: organizacional, biológica, psicológica e social (LIMONGI-FRANÇA, 1996, 2007; MEDEIROS; OLIVEIRA, 2008).

O modelo de Fernandes (1996), alia Auditoria Operacional e de Controle de Qualidade Total e avalia as condições de trabalho; saúde; moral; compensação; participação; comunicação; imagem da empresa; relacionamento chefe/subordinado: e organização do trabalho (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2008).

Quirino e Xavier (1987) desenvolveram o primeiro modelo brasileiro de avaliação de QVT, que analisa a qualidade de vida pela mensuração de duas dimensões, que os autores conceituam como objetiva e subjetiva (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2008).

A primeira se refere aos aspectos materiais do trabalho, e analisa as condições ambientais e os recursos técnicos e operacionais, enquanto a segunda dimensão mostra a percepção dos trabalhadores em relação à primeira, ou seja, sua satisfação com as características objetivas do trabalho (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2008).

2.2.1 MODELO DE WALTON

O modelo de avaliação de QVT formulado por Walton ainda é considerado o mais completo e mais utilizado para a realização de pesquisas de avaliação de QVT porque suas oito categorias avaliativas englobam aspectos distintos que repercutem na percepção de satisfação dos empregados e vão desde as necessidades básicas e secundárias do ser humano até a responsabilidade social das empresas e organizações (LIMONGI-FRANÇA, 1996; GOULART; SAMPAIO, 2004; PEDROSO; PILATTI, 2010).

Os critérios de Walton (1975, apud LIMONGI-FRANÇA, 1996) compreendem: compensação justa e adequada, condições de trabalho,

uso e desenvolvimento de capacidades, oportunidade de crescimento e segurança, integração social, constitucionalismo, trabalho e espaço total de vida e relevância social da vida no trabalho.

Quadro 1 - Categorias conceituais de Qualidade de Vida no Trabalho e seus indicadores

CRITÉRIOS	FERNANDES (1996)	LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES (2007)
1. Compensação justa e adequada	Equidade interna e externa / Justiça na compensação / Partilha dos ganhos de produtividade/ Proporcionalidade entre salários	Salário e remuneração / Jornada de Trabalho
2. Condições de trabalho	Jornada de trabalho razoável / Ambiente físico seguro e saudável / Ausência de insalubridade	Ambiente físico / Salubridade e conforto ambiental
3. Uso e desenvolvimento de capacidades	Autonomia / Autocontrole relativo / Qualidades múltiplas / Informação sobre o processo total do trabalho	Autonomia no trabalho / Estima (ser querido no trabalho) / Capacitação múltipla / Informações sobre o trabalho
4. Oportunidade de crescimento e segurança	Possibilidade de carreira / Crescimento pessoal / Perspectivas de avanço salarial / Segurança de emprego	Carreira / /Desenvolvimento pessoal /Estabilidade no emprego
5. Integração social na organização	Ausência de preconceitos / Igualdade / Mobilidade / Relacionamento Senso comunitário	Ausência de preconceito (diversidade) / Habilidade social / Valores comunitários
6. Constitucionalismo	Direitos de proteção do trabalhador / Privacidade pessoal / Liberdade de expressão / Direitos trabalhistas / Tratamento imparcial	Direitos garantidos / Privacidade na vida pessoal Imparcialidade /
7. O trabalho e o espaço total de vida	Papel balanceado no trabalho / Estabilidade de horários / Poucas mudanças geográficas / Tempo para lazer da família	Liberdade de expressão / Vida pessoal preservada Horários previsíveis

8. Relevância social do trabalho na vida	Imagem da empresa / Responsabilidade social da empresa / Responsabilidade pelos produtos / Práticas de emprego	Imagem da empresa junto à sociedade de / classificação / Responsabilidade social da empresa
--	--	---

Fonte: Walton (1973 apud FERNANDES, 1996, p.48; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2007)

No Quadro 1 os indicadores são abordados individualmente, conforme os indicadores de Fernandes (1996) e Limongi-França e Rodrigues (2007).

O instrumento de coleta de dados do presente trabalho foi elaborado com base nos indicadores definidos por Fernandes (1996) e Limongi-França e Rodrigues (2007) pelos seguintes motivos: Fernandes (1996) é a precursora das pesquisas de qualidade de vida no trabalho no Brasil e fez a primeira tradução do modelo de Walton para o português e Limongi-França e Rodrigues (2007) se situam entre os nomes de referência nas publicações científicas brasileiras em matéria de QVT. Além disso, os indicadores apontados pelos autores guardam similaridade e coerência lógica entre si, indicando a fidedignidade da tradução.

A seguir abordaremos sucintamente cada uma das categorias avaliativas ou critérios de avaliação propostos por Walton.

1. Compensação justa e adequada

Essa categoria avalia a satisfação do trabalhador com a remuneração recebida em relação ao trabalho por ele realizado e em relação a trabalhos de natureza similar realizado por outros dentro da empresa e no mercado de trabalho em geral (VIEIRA, 1996).

2. Condições de trabalho

Nessa categoria, são avaliadas as normas e condições de ordem física, química e biológica onde se desenvolve o trabalho que compõem o meio ambiente do trabalho e sua adequação às particularidades individuais dos trabalhadores, conforme definição de Oliveira (2010) e Kanikadan et al. (2005).

3. Uso e desenvolvimento de capacidades

Essa categoria avalia as oportunidades e possibilidades que o trabalhador possui de ampliar ou aplicar seus saberes, capacidades e potencialidades (FERNANDES, 1996; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

4. Oportunidade de crescimento e segurança

Essa categoria contempla a avaliação das possibilidades formação continuada e ascensão profissional sem preconceitos de qualquer natureza, conforme Fernandes (1996), Kanikadan et al. (2005) e Limongi-França e Rodrigues (2007).

5. Integração social na Organização

Esse critério avalia a percepção do trabalhador quanto ao sentimento de comunidade nas organizações (FERNANDES, 1996; KANIKADAN et al., 2005); LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

6. Constitucionalismo

Essa categoria engloba o respeito integral às normas e garantias laborais e de personalidade, compreendendo o direito à privacidade e liberdade de expressão (FERNANDES, 1996; KANIKADAN et al., 2005; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

7. Trabalho e espaço total de vida

Nesse critério são avaliados os impactos do trabalho na vida pessoal do indivíduo, especialmente quanto à proporção de tempo gasto com o trabalho em contrapartida com o tempo destinado à vida privada (FERNANDES, 1996; KANIKADAN et al., 2005; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

8. Relevância social do trabalho na vida

A última categoria avaliativa concerne à percepção da responsabilidade social e imagem que a organização, produtos ou serviços

desfrutam dentro da sociedade (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2007; KANIKADAN et al, 2005).

Uma vez definidos os conceitos básicos pertinentes à pesquisa, foi possível definir o caminho ou método mais apropriado para ao objeto de estudo.

3 MÉTODO

O estudo utilizou a técnica da pesquisa de campo com os produtores de aves em sistema de integração vertical no município de Mineiros (GO), com o objetivo de conhecer a opinião dos pesquisados em relação à QVT que proporcionam aos seus funcionários.

A população é formada por 115 avicultores: 12 deles trabalham em sistema de iniciação de perus; 69 em sistema de terminação de perus; e 34 em criação de frango de corte/chester. A amostra foi formada por acessibilidade e resultou em 42 pesquisados.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, de abordagem quantitativa, a coleta de dados foi realizada por meio de um questionário composto por 57 questões fechadas, das quais 16 se prestam a identificar a amostra, 5 investigam a percepção de possíveis impactos do trabalho em sistema de integração na QVT dos empregados.

As 36 questões restantes encontram-se organizadas em oito categorias, correspondentes aos critérios de avaliação de Walton e possuem alternativas de resposta elaboradas em uma escala tipo Likert de cinco pontos, variando de 0 a 4, em que **0** corresponde a muito insatisfeito; **1** equivale a insatisfeito; **2** é igual a nem satisfeito nem insatisfeito; **3** significa satisfeito; e **4** corresponde a muito satisfeito.

Os dados quantitativos foram tabulados e agrupados em nove categorias, sendo as oito primeiras correspondentes aos critérios de Walton e a 9ª categoria destinada a avaliar a percepção dos pesquisados em relação às peculiaridades da atividade e seus impactos na QVT de seus funcionários.

Os resultados da primeira etapa encontram-se representados por gráficos e tabelas, com apresentação de porcentagens e análise da percepção global dos pesquisados a partir da comparação do índice de favorabilidade de cada categoria.

O índice de favorabilidade foi obtido comparando-se o total de respostas que denotavam satisfação (satisfeito ou muito satisfeito) com o

total de respostas obtidas em cada categoria (n), que se considerou como equivalente a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o índice de favorabilidade da categoria.

A segunda etapa de pesquisa consistiu na aplicação de 12 entrevistas semiestruturadas, face a face, em uma subamostra composta por quatro avicultores de cada uma das modalidades de produção de aves.

A avaliação qualitativa foi realizada utilizando técnicas do método análise de conteúdo a partir das nove categorias previamente definidas ou, nas palavras de Moraes (1999), das nove “categorias apriorísticas”, visando avaliar respostas obtidas na primeira etapa e evidenciar eventuais contradições.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Se partirmos do pressuposto que os ideais de bem estar são altamente condicionados ao contexto em que se inserem, uma avaliação de qualidade de vida do trabalho deve contemplar preliminarmente a contextualização do objeto de estudo, motivo pelo qual iniciaremos a discussão dos resultados obtidos com a pesquisa de campo após a caracterização do cenário da pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DA PESQUISA

A produção avícola em sistema de integração vertical no município de Mineiros, Goiás é peculiar desde sua implantação, tanto em razão das particularidades do sistema de produção quanto em razão do perfil do produtor e essas peculiaridades que influenciam diretamente nas percepções de QVT.

4.1.1 AVICULTURA EM SISTEMA DE INTEGRAÇÃO VERTICAL E SUA INSTALAÇÃO NO MUNICÍPIO DE MINEIROS

A partir da década de 1960 o Brasil iniciou sua avicultura industrial e, em menos de quarenta anos, tornou-se o maior exportador mundial de frangos do mundo. O sucesso da avicultura brasileira se deve não somente à inovação genética e de processos, mas também, à inovação na organização da cadeia produtiva, notadamente marcada pela aproximação entre produtores e indústria por meio de um arranjo

organizacional denominado Integração Vertical ou Integração Contratual, segundo Farina e Zylbersztajn (1991).

A Integração é uma parceria entre produtores e agroindústria. Os produtores passam a ser chamados de “produtores integrados” e produzem as aves que a agroindústria “integradora” irá beneficiar. A integradora fornece todos os insumos, tecnologia e assistência técnica e os produtores integrados constroem a infraestrutura e fornecem a mão de obra para a produção das aves, segundo as exigências da agroindústria. (TEIXEIRA, 2012)

A agroindústria diminui seus custos de produção e garante matéria-prima em quantidade e qualidade desejadas e os produtores integrados, por seu turno, melhoram a qualidade das aves que produzem porque se beneficiam do aporte tecnológico que recebem da agroindústria e reduzem seu risco econômico porque o preço é pré-ajustado e a compra é garantida (FERNANDES FILHO; QUEIROZ, 2002).

A primeira parceria avícola em sistema de Integração Vertical no Brasil ocorreu em Concórdia – SC e os produtores integrados eram pequenos pecuaristas minifundiários, que exploravam a atividade em regime familiar. (FERNANDES FILHO; QUEIROZ, 2002).

Visando reduzir custos operacionais e, principalmente, firmar parceria com produtores rurais com perfil empreendedor, habilidade para uso de tecnologia e facilidade na obtenção de crédito bancário em decorrência do maior patrimônio a agroindústria optou por transferir toda a sua cadeia produtiva para o sudoeste goiano (FERNANDES FILHO; QUEIROZ, 2002).

O primeiro complexo avícola em sistema de integração vertical foi instalado no município de Rio Verde, Goiás, em 1996 e, em 2005, replicado no vizinho município de Mineiros, onde foi realizada a presente pesquisa (LINS; GOULART, 2013).

No município de Mineiros, a avicultura de corte ocorre em três modelos distintos: Sistema de Iniciação de Perus – SIP, Sistema de Terminação de Perus – STP e criação de frangos de corte.

Cada núcleo avícola de SIP possui dois barracões ou aviários; cada núcleo de STP possui três barracões ou aviários; e cada núcleo de frango/chester possui quatro barracões ou aviários.

Independentemente do sistema produtivo, todos os núcleos avícolas seguem as instruções de manejo e se utilizam tecnologia e insumos determinados e fornecidos pela agroindústria que, por meio de empregados, fiscaliza frequentemente cada etapa da produção.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DA PROPRIEDADE

A amostra foi identificada em relação ao gênero, idade, estado civil e nível de escolaridade e comparada ao perfil do produtor rural brasileiro, identificado em estudo realizado pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, o Sebrae (2013).

As propriedades foram avaliadas quanto ao tamanho e localização visando verificar o porte do produtor e confrontar os dados encontrados com as exigências de perfil de propriedade estabelecidas pela integradora.

Dentre os 42 pesquisados, 35 (83,33%) declararam ser do gênero masculino e sete (16,66%) do feminino.

Quanto à idade, a pesquisa verificou que dois pesquisados (5%) têm entre 25 e 34 anos; seis (15%) entre 35 e 44anos; 14 (35%) entre 45 e 54 anos; 15(37,5%) entre 55 a 64 anos; três (7,5%) entre 65 e 74 anos; e dois não responderam.

Dentre os pesquisados, 37 declararam ser casados, o que equivale a 88% da amostra, enquanto dois (4,8%) se declararam solteiros, dois (4,8%) se declararam divorciados e um (2,4%) declarou possuir outro estado civil.

A pesquisa demonstrou a grande predominância do gênero masculino na gestão das granjas e evidenciou que quase metade dos pesquisados tem 55 anos ou mais, confirma os dados do Sebrae (2013) que apontam que é no segmento de empreendedorismo rural que se verifica a maior discrepância de gênero e “maior proporção relativa de pessoas mais velhas, com 55 anos ou mais” (SEBRAE, 2013, p. 17).

Segundo o Sebrae (2013), 88% dos produtores rurais brasileiros são casados. Portanto, também nesse quesito o perfil da amostra é coincidente com o parâmetro brasileiro do setor.

No entanto, quanto ao nível de escolaridade, a pesquisa mostrou um perfil de produtor muito diferente do perfil nacional. De acordo com o Sebrae (2013), 52% dos empregadores rurais não possuem nenhuma instrução ou apenas nível fundamental incompleto; 10% concluíram o nível fundamental, totalizando 62% dos empregadores rurais. Outros 25% têm nível médio completo ou incompleto e 13% nível superior completo, incompleto ou pós-graduação.

Dos 42 pesquisados, 30 ou 71,42% da amostra declararam ter escolaridade igual ou superior ao nível médio completo, dos quais 10 (23,80%) têm nível médio completo; 15 (35,71%) nível superior completo;

dois (4,76%) pós-graduação; 10 (23,80%) têm nível fundamental completo ou incompleto; e dois (4,76%) nível médio incompleto.

Em relação às propriedades rurais, a pesquisa evidenciou sete (16,66%) pesquisados têm áreas de até 100 hectares; 16 (38,09%) deles têm entre 101 e 200 hectares; quatro (9,52%) possuem áreas entre 201 a 300 hectares; sete (16,66%) entre 301 a 400 hectares; três (7,14%) possuem propriedades rurais entre 401 a 500 hectares; dois (4,76%) entre 501 a 600 hectares; dois (4,76%) têm propriedade maior que 600 hectares; e um não respondeu à questão.

As propriedades de 11 (26,19%) pesquisados ficam entre 5 a 20 km da cidade; a de 18 (42,85%) entre 21 e 40 km da cidade; a de 14 (33,33%) entre 41 e 60 km da cidade.

Uma vez que o módulo rural de Mineiros é equivalente a 60 hectares, 64,28% das propriedades possui entre um e três módulos rurais, enquadrando-se como pequena propriedade rural, conforme o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA, 1980).

Os dados referentes ao tamanho e localização das propriedades rurais dos pesquisados corroboram com a informação prestada pelo *site* de notícias da empresa Perdigão (PERDIGÃO, 2007), no sentido de que o requisito exigido do avicultor integrado do município de Mineiros era possuir propriedade com, no mínimo, 60 hectares e localizada até 60 km da indústria.

A ausência de tradição local em avicultura alegada por Lins e Goulart (2013) ficou evidenciada, pois 31 pesquisados (73,8%) declararam que exercem a avicultura por um período de seis a oito anos, enquanto os outros 11 (26,19%) são avicultores há menos de cinco anos. Apesar de não atuarem com pecuária avícola, 28 pesquisados (68%) informaram exercício de atividade rural anterior à avicultura.

No que se refere à mão de obra utilizada no trabalho, dentre os 42 pesquisados, apenas 15 (35,71%) reportaram auxílio de familiares na atividade avícola, dos quais 11 (73,33%) mencionaram que apenas um familiar auxiliava na atividade.

As entrevistas aplicadas na subamostra evidenciaram que, com exceção de um entrevistado, o trabalho de familiares se restringe a atividades de administração ou em áreas específicas de suporte técnico.

Todos os pesquisados possuem empregados na atividade, sendo que 19(45,23%) contam com dois funcionários; três (7,14%) contam com três; 16 (38,09%) contam com quatro; dois (4,76%) contam com seis; um (2,38%) tem oito empregados; e um (2,38%) conta com seis empregados.

França e Fernandes Filho (2003, p.24) se referem aos avicultores goianos como indivíduos “melhor informados sobre o mercado, que buscam alternativas de melhor retorno do capital investido, e não simplesmente uma nova fonte de renda e usam predominantemente mão-de-obra assalariada nos aviários”, contrariamente ao que ocorria com o avicultor original catarinense que explorava a atividade em regime familiar, como ressaltam Fernandes Filho e Queiroz (2002).

4.6 AVALIAÇÃO DA PERSPECTIVA DO PRODUTOR INTEGRADO EM RELAÇÃO À QUALIDADE DE VIDA DE SEUS EMPREGADOS NO TRABALHO

A Tabela 1 traz o índice de favorabilidade de cada uma das categorias avaliativas de QVT segundo o modelo de Walton, organizadas conforme sua posição no *ranking* de favorabilidade.

Tabela 1 – Avaliação Global de Percepção de QVT

PERCEPÇÃO DE SATISFAÇÃO COM QVT			
CATEGORIA	TOTAL DE RESPOSTAS (N=1)	RESPOSTAS FAVORÁVEIS	ÍNDICE DE FAVORABILIDADE
5. Integração social na organização	159	126	0,79
8. Relevância social do trabalho na vida	203	158	0,77
3. Uso e desenvolvimento de capacidades	198	152	0,76
6. Constitucionalismo	159	122	0,76
1. Compensação justa e adequada	201	129	0,64
2. Condições de trabalho	243	150	0,61
4. Oportunidade de crescimento e segurança	160	85	0,53

7. O trabalho e o espaço total de vida	112	56	0,50
--	-----	----	------

Fonte: Dados da pesquisa de campo

A categoria em que houve maior percepção de satisfação dos trabalhadores a Categoria 5- Integração social na Organização. Dentre as 159 respostas obtidas nos questionamentos referentes à essa categoria, três (1,88%) mostram que os empregados estão muito insatisfeitos; 11 (6,91%) que estão insatisfeitos; 19 (11,94%) que não estão satisfeitos nem insatisfeitos; 110 (69,18%) denotam que estão satisfeitos; e 16 (10,06%) são no sentido de que os empregados estão muito satisfeitos quanto à integração social no trabalho, como se vê pela Tabela 2.

Tabela 2- Integração social no trabalho

INTEGRAÇÃO SOCIAL NO TRABALHO (N=159)		
Muito insatisfeito	3	1,88%
Insatisfeito	11	6,91%
Nem insatisfeito nem satisfeito	19	11,94%
Satisfeito	110	69,18%
Muito Satisfeito	16	10,06%

Fonte: Dados da pesquisa de campo

As respostas mais favoráveis se referiam à ausência de preconceitos e relacionamentos interpessoais com colegas de trabalho, o que se justifica pelo fato de que, com exceção do entrevistado 7, todos os outros pesquisados empregam cônjuges entre si. Os entrevistados, no entanto, reportaram percepção de insatisfação de seus empregados em maior ou menor grau quanto aos relacionamentos com terceiros, prestadores de serviço ou empregados diretos da agroindústria.

As questões que compõem a percepção de satisfação com a valorização de iniciativas e ideias dos funcionários também receberam pontuação elevada. Porém, as entrevistas contrariam essa perspectiva, pois o que se evidenciou foi que até mesmo os próprios entrevistados possuem pouca autonomia na gestão, em razão da ingerência por parte da integradora na gestão de manejo dentro das granjas.

O segundo maior índice de favorabilidade correspondeu à categoria 8 - Relevância social do trabalho na vida, como comprova a Tabela 3.

Tabela 3- Relevância social do trabalho na vida

RELEVÂNCIA SOCIAL DO TRABALHO NA VIDA (N=203)		
Muito insatisfeito	1	0,49%
Insatisfeito	2	0,98%
Nem insatisfeito nem satisfeito	42	20,68%
Satisfeito	138	67,98%
Muito Satisfeito	20	9,85%

Fonte: Dados da pesquisa de campo

A maior percepção de satisfação foi demonstrada em relação à responsabilidade pelos produtos que, conforme se apurou nas entrevistas, é atribuída a um trabalho de conscientização que inclui bonificações ou penalidades, conforme haja ou não atendimento de padrões de produtividade e qualidade das aves entregues.

As categorias 6- Constitucionalismo e 3- Uso e desenvolvimento de capacidades auferiram o terceiro maior índice de favorabilidade.

A Tabela 4 traz a avaliação global da percepção dos pesquisados quanto à satisfação de seus empregados em relação ao constitucionalismo.

Tabela 4- Constitucionalismo

CONSTITUCIONALISMO (N=159)		
Muito insatisfeito	2	1,25%
Insatisfeito	13	8,17%
Nem insatisfeito nem satisfeito	22	13,83%
Satisfeito	109	68,55%
Muito Satisfeito	13	8,17%

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Mesmo mencionando trabalho com excesso de jornada em 1/3 do período de cada lote, 76,72% os pesquisados acreditam que seus empregados estão satisfeitos com o respeito às normas trabalhistas, pois tinham prévio conhecimento da rotina de trabalho.

A satisfação percebida na Categoria 6, no entanto, é desconstruída quando contraposta aos resultados obtidos quanto à carga

e jornada de trabalho, integrantes da categoria 2- Condições de trabalho, especialmente no segmento de criação de frango e chester.

As entrevistas sugerem ainda que os programas de segurança são vistos pelos envolvidos no processo – produtores integrados, agroindústria integradora e trabalhadores- como mero requisito formal e legal a ser atendido, transparecendo que o rigor de fiscalização da agroindústria se restringe ao cumprimento dos procedimentos que envolvem biossegurança e saúde animal, não se aplicando aos programas de preservação da vida e saúde dos trabalhadores.

Uma análise superficial dos dados poderia concluir que a percepção de satisfação dos trabalhadores quanto ao constitucionalismo estaria dissociada da realidade. No entanto, é preciso sopesar a o contexto do trabalho rural no Brasil, cenário característico de informalidade e escravidão contemporânea.

Apesar de estarem longe da efetividade desejada, existem programas de prevenção de riscos ambientais, fornecimento de equipamentos de segurança coletiva e individual e treinamentos, além do fornecimento de moradia digna, fazendo com que as condições de trabalho encontradas no segmento estudado sejam em muito superiores às condições médias desfrutadas pelos trabalhadores rurais brasileiros.

A avaliação global da percepção dos pesquisados quanto à satisfação de seus empregados em relação ao uso de suas capacidades no trabalho retornou um índice de satisfação equivalente a 76,76%, como se verifica pela Tabela 5.

Tabela 5- Uso e desenvolvimento de capacidades

USO E DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES (N=198)		
Muito insatisfeito	5	2,52%
Insatisfeito	12	6,06%
Nem insatisfeito nem satisfeito	29	14,64%
Satisfeito	140	70,70%
Muito Satisfeito	12	6,06%

Fonte: Dados da pesquisa de campo

A etapa qualitativa, no entanto, identificou que o termo autonomia, foi reduzido à prática de atos de manejo para os quais os empregados receberam treinamento. A possibilidade de polivalência no

trabalho, por seu turno, ao invés de variedade de tarefas é entendida como acúmulo de funções.

Os menores índices de favorabilidade foram atribuídos às categorias 7- o trabalho e o espaço total de vida; categoria 4- oportunidade de crescimento e segurança; categoria 2 - condições de trabalho; e categoria 1- compensação justa e adequada.

A categoria 1 recebeu o quinto índice de favorabilidade e sua avaliação global encontra-se espelhada na Tabela 6.

Tabela 6 – Compensação justa e adequada

COMPENSAÇÃO JUSTA E ADEQUADA (n=201)		
Muito insatisfeito	4	1,99%
Insatisfeito	20	9,95%
Nem insatisfeito nem satisfeito	46	22,88%
Satisfeito	117	58,20%
Muito Satisfeito	12	5,97%

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Enquanto 11,94% dos pesquisados acreditam que seus funcionários apresentam insatisfação quanto à remuneração que recebem, 64,17% que acreditam que os empregados estão satisfeitos com a contraprestação recebida.

Nas entrevistas aplicadas à submaostra, identificou-se uma percepção de satisfação maior dos empregados associada aos benefícios que à remuneração em si. Todos os entrevistados concordam que a partilha dos resultados de produtividade é o componente de maior peso para a avaliação da categoria, mas discordam quanto à percepção de satisfação de seus trabalhadores em relação às bonificações recebidas, sob a alegação de falta de transparência no cálculo e conseqüente redução no valor das bonificações.

O antepenúltimo índice de favorabilidade foi atribuído à categoria 2 - condições de trabalho, cuja a avaliação global encontra-se espelhada na Tabela 7.

Tabela 7- Condições de trabalho

CONDIÇÕES DE TRABALHO (N=243)		
Muito insatisfeito	2	0,82%
Insatisfeito	31	12,75%
Nem insatisfeito nem satisfeito	60	24,69%
Satisfeito	139	57,20%
Muito Satisfeito	11	4,52%

Fonte: Dados da pesquisa de campo

A categoria possui como indicadores: a jornada e a carga de trabalho, as características da função, o ambiente, os equipamentos e ferramentas de trabalho.

Quanto às características da função, há que ser destacado o impacto positivo do uso de tecnologia evidenciado na etapa quantitativa e confirmado nas entrevistas.

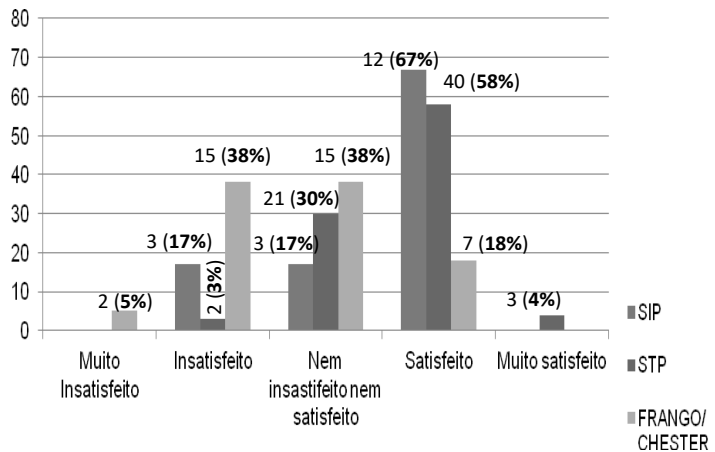
Quanto à salubridade do ambiente de trabalho, ficou evidenciado o fornecimento de treinamentos e equipamentos de proteção aos empregados. Todavia, as entrevistas revelaram o aspecto cultural de desconsideração do risco ocupacional e o desconhecimento dos entrevistados quanto à obrigatoriedade legal patronal quanto à fiscalização do cumprimento das políticas de prevenção de riscos ambientais no ambiente de trabalho.

Quanto ao indicador jornada e carga de trabalho, apesar da etapa quantitativa da pesquisa não sinalizar grande insatisfação com as condições de trabalho, as entrevistas deixaram clara a percepção de insatisfação dos trabalhadores com a jornada e carga de trabalho dos empregados no primeiro terço de cada ciclo de trabalho.

O impacto negativo da jornada e da carga de trabalho na percepção de satisfação dos empregados foi evidenciado especialmente junto do segmento de criação de frango e chester, provavelmente pelo fato de ser o modelo produtivo com maior número de barracões por núcleo avícola e contar com o mesmo número de trabalhadores.

Como se vê pelo Gráfico 1, apenas 17,94% das respostas dos produtores de frango e chester foram no sentido de percepção de satisfação dos empregados em relação à jornada e carga de trabalho, enquanto 43,58% das respostas apontam insatisfação ou muita insatisfação.

Gráfico 1- Cruzamento entre sistemas de produção e percepção de satisfação com jornada laboral



Fonte: Dados da pesquisa de campo

A categoria 4- oportunidade de crescimento e segurança, recebeu o penúltimo índice de favorabilidade em razão de não haver possibilidade de carreira, que se verifica pela alta incidência de respostas denotando indiferença.

Mesmo não havendo possibilidade de capacitação ou crescimento profissional em termos de carreira, a maioria dos entrevistados reporta crescimento econômico e acesso a bens materiais, em razão da remuneração muito superior à praticada em outros segmentos do trabalho rural.

A Tabela 8 traz a avaliação global da percepção dos pesquisados quanto à satisfação de seus empregados em relação à oportunidade de crescimento e segurança no trabalho.

Tabela 8- Oportunidade de crescimento e segurança

OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO E SEGURANÇA (N=160)		
Muito insatisfeito	4	2,50%
Insatisfeito	8	5,00%
Nem insatisfeito nem satisfeito	63	39,37%
Satisfeito	72	45,00%
Muito Satisfeito	13	8,12%

Fonte: Dados da pesquisa de campo

O pior índice de favorabilidade foi atribuído à categoria 7, que avalia o equilíbrio ou desequilíbrio entre o tempo dedicado à sua vida pessoal e ao trabalho.

A Tabela 9 traz a avaliação global da percepção dos pesquisados quanto à satisfação de seus empregados em relação ao trabalho e ao espaço total de vida.

Tabela 9- O trabalho e o espaço total de vida

O TRABALHO E O ESPAÇO TOTAL DE VIDA (N=112)		
Muito insatisfeito	5	4,46%
Insatisfeito	25	22,32%
Nem insatisfeito nem satisfeito	26	23,21%
Satisfeito	47	41,96%
Muito Satisfeito	9	8,03%

Fonte: Dados da pesquisa de campo

As questões quantitativas referentes ao indicador previsibilidade de horários revelaram uma percepção de satisfação equivalente a 66,66% das respostas.

Quanto à proporção de tempo de trabalho e descanso, as entrevistas confirmaram a percepção de satisfação obtida na etapa quantitativa.

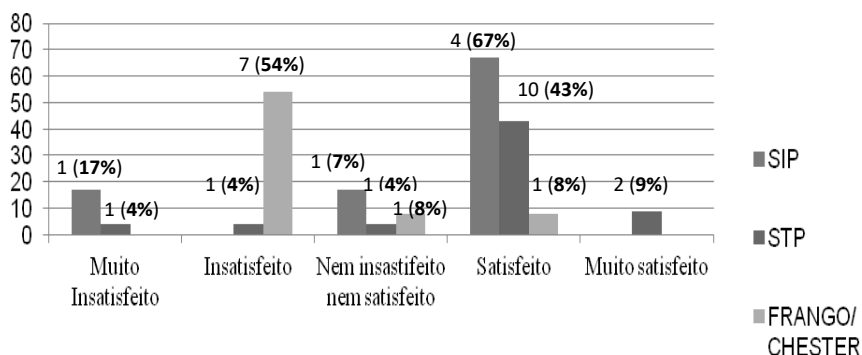
Os entrevistados apontam o tempo dedicado à vida pessoal a imprevisibilidade de horários e como principais fatores de comprometimento da qualidade de vida no trabalho:

“Porque a rotina da granja não permite isso. Ele vai ter o lazer dele quando ele for pra folga dele, porque senão é de segunda a segunda. Então querendo ou não ele é envolvido querendo ou não ele tem que ficar de olho lá” (Entrevistado 2).

“Você não tem hora de receber ração, você não tem hora de receber pintinho, o apanho passa a noite toda, quando vai pegar os frangos é à noite. Igual esse último lote agora nós ficamos três noites desalojando, foram três noites sem dormir, porque durante o dia tinha atividade também e é muito puxado. Não acontece sempre, mas acontece muito. É coisa que complica, você sai da rotina de trabalho, sai do horário... normalmente a rotina que eles estabelecem lá, né. Muda tudo. Já recebi reclamação por causa disso aí. Aí eles ficam muito insatisfeitos” (Entrevistado 6).

Na análise das perguntas referentes ao indicador previsibilidade de horários, verificou-se uma percepção insatisfação bem mais acentuada por parte dos produtores de frango, como se vê pelo Gráfico 2.

Gráfico 2- Cruzamento entre sistemas de produção e satisfação com previsibilidade de horários



Fonte: Dados da pesquisa de campo

Apenas 11,11% das respostas obtidas entre os produtores de frango denotam satisfação em relação à previsibilidade de horários, enquanto 77,77% indicam insatisfação ou muita insatisfação dos empregados, o que se mostra coerente com a alta percepção de insatisfação em relação à jornada de trabalho em relação aos demais sistemas produtivos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estabelecimento da cadeia produtiva avícola em Mineiros iniciou-se em 2005, por meio do arranjo organizacional denominado Integração Vertical, uma modalidade de parceria contratual entre produtores rurais, que passam a ser chamados “produtores integrados” e agroindústria, que recebe o nome de “agroindústria integradora.

O modelo de parceria instalado no município foi uma réplica do utilizado no município vizinho de Rio Verde, Goiás primeiro a receber a agroindústria que migrou todas as suas atividades do estado de Santa Catarina para Goiás.

A decisão de deslocalização da agroindústria foi motivada especialmente pela possibilidade de firmar parceria com um produtor integrado que tivesse perfil empreendedor e fosse capaz de custear as melhorias tecnológicas e implantar práticas de manejo industriais

necessárias ao fornecimento de aves com padrão de qualidade e em quantidade desejados pela indústria.

O trabalho nas granjas de produção de aves é realizado por meio de empregados e constitui-se como um novo modelo de trabalho rural, marcado pela sujeição à rotina típica do trabalho industrial, o que justifica a realização da presente pesquisa para conhecer o perfil sociodemográfico dos produtores integrados, sua percepção dos quanto à satisfação de seus empregados a Qualidade de Vida no Trabalho e repercussões do trabalho em sistema de integração na percepção de QVT dos funcionários.

A pesquisa identificou que a atividade é desenvolvida em pequenas propriedades rurais e a gestão das granjas é desempenhada predominantemente por produtores integrados do gênero masculino, casados e com idade igual ou superior a 55 anos, confirmando o perfil do produtor rural brasileiro.

Os produtores pesquisados divergem consideravelmente do perfil do produtor rural brasileiro por possuírem nível de escolaridade muito superior e explorarem a avicultura com racionalidade econômica utilização de mão-de-obra assalariada, sendo esse o fator determinante para a celeridade de assimilação da cultura industrial e uso de tecnologia.

A percepção dos pesquisados na fase quantitativa foi no sentido de que seus empregados estão satisfeitos com a qualidade de vida no trabalho, mas algumas de suas percepções não foram confirmadas na etapa qualitativa e outras se mostraram contraditórias.

A pesquisa evidenciou que a agroindústria integradora interfere diretamente até mesmo das pequenas rotinas e normas de manejo do trabalho e esse é um fator altamente impactante na qualidade de vida dos empregados, com efeitos positivos e negativos.

Dentre os principais efeitos positivos merecem menção a redução do tempo e carga de trabalho decorrente do uso de tecnologia e a existência de um ambiente de trabalho com habitação e condições de higiene e segurança muito superior às características do trabalho rural, mesmo que a eficácia dos procedimentos de segurança seja ameaçada pela falta de fiscalização no seu cumprimento.

A falta de transparência na política e critérios de premiações por parte da integradora e a falta de programação na entrega de insumos e alojamento ou retirada das aves foram fatores negativos que repercutem especialmente na percepção de satisfação dos empregados quanto à participação nos resultados e ao espaço que o trabalho ocupa em relação ao espaço total de vida e na possibilidade de lazer dos empregados.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo. **Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. (Texto para discussão; nº 702)

AKERMAN, M. Podemos falar de ambiente e saúde problematizando as conexões entre saúde e desenvolvimento? **R. RA'E GA**, Curitiba, n. 15, p.43-53, Editora UFPR, 2008.

ALBUQUERQUE, Lindolfo; LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. Estratégias de Recursos Humanos e Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho: O Stress e a Expansão do Conceito de Qualidade Total. **Revista de Administração**, São Paulo, v.33, n.2,p. 40-51, Abr./Jun., 1998.

CHANG JÚNIOR, J.; ALBUQUERQUE, L. G. Comprometimento Organizacional: Uma abordagem holística e simultânea dos determinantes envolvidos no processo. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 13-38, 2002.

DELGADO, M. G. **Capitalismo, trabalho e emprego**: entre o paradigma da destruição e os caminhos da reconstrução. São Paulo: LTr, 2006.

EUROPEAN FOUNDATION FOR IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS- EUROFOUND. **Quality of work and employment in Europe**: Issues and challenges. Dublin, 2002.

FARINA, Elizabeth Q.M.; ZYLBERSZTAJN, Décio. Relações tecnológicas e organização dos mercados do sistema agroindustrial de alimentos. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**, Brasília, v.8, n.1/3, p.9-27, 1991.

FERNANDES, Eda Conte, GUTIERREZ, Luiz Homero. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) uma experiência brasileira. **Revista de Administração**, São Paulo, v.23, n.4, p.29-38,Out./Dez., 1988.

FERNANDES, Eda. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. 5.ed.Salvador:Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES FILHO, José Flores; QUEIROZ, Antônio Marcos de. Transformações recentes na avicultura de corte brasileira: o caso do modelo de integração. In: XI Congresso Brasileiro de Economia e Sociologia Rural- SOBER, 2002, Passo Fundo -RS. **Anais...** XI Congresso Brasileiro de Economia e Sociologia Rural- SOBER Equidade e Eficiência na Agricultura Brasileira. BRASÍLIA-DF:SOBER, 2002. v. 1. p.1-16.

FONSECA JÚNIOR, Wilson Corrêa. Análise do conteúdo. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antônio. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p.280-304.

GOULART, Íris Barbosa; SAMPAIO, Jáder dos Reis. Qualidade de Vida no Trabalho: uma Análise da Experiência de Empresas Brasileiras. In: SAMPAIO, Jáder dos Reis (Org.). **Qualidade de Vida no Trabalho e Psicologia Social**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.25-47.

HONÓRIO, Luiz Carlos, MARQUES, Antônio Luiz. Reforma estrutural das telecomunicações no Brasil: um estudo sobre a qualidade de vida no trabalho em uma empresa de telefonia celular. **Revista de Administração**, São Paulo, v.36, n.2, p.57-66,Abr./Jun., 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA–IN CRA. **Instrução Normativa nº 20, de 28 de maio de 1980**. Estabelece o Módulo Fiscal de cada Município, previsto no Decreto nº84.685 de 06 de maio de 1980. Disponível em:
http://www.incra.gov.br/media/institucional/legislacao/atos_internos/instrucoes/instrucao_especial/IE20_280580.pdf . Acesso em 12 jul. 2015.

KANIKADAN, Andréa Yumi Sugishita et al. Gestão da Qualidade de Vida no Trabalho e Estratégia Empresarial: Estudo de Caso na Empresa X. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 6, n. 12, p. 19-32, Jul./Dez., 2005.

LEITE JÚNIOR, J.A.; CHAMON, E.M.; CHAMON, M.A. Um estudo de qualidade de vida no trabalho em um instituto de pesquisas. In: CHAMON, E. M. O. (Org.). **Qualidade de Vida no Trabalho**. Rio de Janeiro: Brasport, 2011, p. 26-48.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Indicadores empresariais de Qualidade de Vida no Trabalho**: Esforço empresarial e satisfação dos empregados no

ambiente de manufaturas com certificação ISO9000. 1996. 251 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. **Qualidade de Vida no Trabalho QVT**: Conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

LIMONGI, Ana Cristina; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LINS, Hoyêdo Nunes; GOULART, Gustavo Tannus. **O capital agroindustrial e seu espaço**: estudo sobre a investida da Perdigão no sudoeste de Goiás. Disponível em: <www.sep.org.br/upload/article/3000/3021.pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2014.

MEDEIROS, Jássio Pereira de; OLIVEIRA, José Arimatés de. Modelos de qualidade de vida no trabalho (qvt): elementos para uma síntese. **Interface**. Natal, v. 5, - n. 1, p. 123-139, jan./jun. 2008.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**. Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

OLIVEIRA, Patrícia Morilha de; LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. Avaliação da gestão de programas de qualidade de vida no trabalho. **RAE-eletrônica**, v. 4, n. 1, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2209&Secao=ARTIGOS&Volume=4&Numero=1&Ano=2005>. Acesso em: 11/ago/2014.

OLIVEIRA. Sebastião Geraldo de. **Proteção jurídica à saúde do trabalhador**. 5. Ed. São Paulo: Ltr, 2010.

Organização Internacional do Trabalho- OIT. **World ofworkreport2014**: Developing with jobs. Geneva, 2014.

PAIVA, Nunziata Stefania Valenza.. **Contratos Agroindustriais de Integração Econômica Vertical**. São Paulo: Juruá, 2010.

PEDROSO, Bruno. **Desenvolvimento do TQWL-42: um instrumento de avaliação da qualidade de vida no trabalho.** 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2010.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A. Revisão Literária dos Modelos Clássicos de Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho: um Debate Necessário. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G.L.; MONTEIRO, M.I. **Qualidade de Vida Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI.** Campinas: IPES, 2010, v.1, p.197-206

PERDIGÃO. **Perdigão inicia operações do Complexo Agroindustrial de Mineiros (GO)** Disponível em http://www.acionista.com.br/home/perdigao/200307_inicia_operacoes.htm. Acesso em 15 ago 2014.

POCHMANN, Marcio. **Desenvolvimento, trabalho e renda no Brasil: avanços recentes no emprego e na distribuição dos rendimentos.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Desarrollo humano en Chile.** Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo, 2012.

SACHS, I. **Desenvolvimento incluyente, sustentável sustentado.** Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS – SEBRAE. **Estudos e Pesquisas.** Empresários, potenciais empresários e produtores rurais no Brasil, 2013. Disponível em <http://observatorio.sebraego.com.br/empreendedorismo/perfil-empresarios-potenciais-empresarios-e-produtores-rurais-no-brasil>. Acesso em 06 jul. 2015.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

STIGLITZ, J.E.; SEN, A.; FITOUSSI, J.-P. **Mis-measuring our lives.** New York, USA: The New Press, 2010.

TEIXEIRA, L. M. A. **Avaliação da Equidade e Eficiência dos Contratos de Integração celebrados na Avicultura de Corte do Distrito Federal.** 2012. Dissertação (Mestrado em Agronegócios), Universidade de Brasília, 2012.

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE – USDA. **Livestock and poultry:** world markets and trade. Foreign agricultural service, out/2012. Disponível em
<<http://usda.mannlib.cornell.edu/MannUsda/viewDocumentInfo.do?documentID=1488>>Acesso em: 02 de setembro de 2014.

VIEIRA, Adriane. A Qualidade de vida no trabalho na gestão da qualidade total. **Revista de Negócios**, v. 2. n. 1, p 17-35, out./dez. , 1996.

A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM DIFERENTES PROFISSIONAIS

Janine Julieta Inocente
Nancy Julieta Inocente

INTRODUÇÃO

O termo *Burnout* é uma aglutinação de *burn* (queima) e *out* (exterior), consiste em uma consequência do estresse crônico que repercute física e emocionalmente no indivíduo, o qual passa a apresentar comportamento disfuncional, normalmente acompanhado de irritação e agressividade (INOCENTE, 2005).

Freudemberger utiliza a palavra *Burnout* pela primeira vez em 1974 e descreve a Síndrome como um conjunto de sintomas físicos e psicológicos sofridas por funcionários da saúde como resultado das condições de trabalho. Observou, ainda, que no trabalho desenvolvido em uma clínica de desintoxicação de dependentes de substâncias químicas na cidade de Nova York, Estados Unidos, após um ano, muitos dos funcionários sentiam-se exaustos, irritados e apresentavam um comportamento cínico com os pacientes. Foi Cristina Maslach quem divulgou e popularizou o conceito da síndrome no Congresso Anual da Associação Americana de Psicólogos em 1977 (INOCENTE, 2005; 2015).

A definição de *Burnout* proposta por Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) é a mais aceita e composta de três componentes: Esgotamento Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Pessoal. A Exaustão Emocional é caracterizada pela perda progressiva da energia, desgaste, cansaço e fadiga.

A Despersonalização é uma insensibilidade emocional, manifesta-se no desenvolvimento de comportamentos desadaptativos, impessoal para com os destinatários de trabalho, como clientes, pacientes e estudantes.

A Falta de Realização Pessoal é a tendência dos profissionais avaliarem-se negativamente e, conseqüentemente, os trabalhadores se sentem infelizes consigo mesmos, desmotivados e insatisfeitos no trabalho.

O Esgotamento Emocional é considerado o núcleo da síndrome e a primeira manifestação física, psíquica ou uma combinação das duas (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

PROCESSO EVOLUTIVO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Segundo Gil-Monte e Peiró (1997), o *Burnout* surge de maneira progressiva e contínua em uma sucessão de etapas com aumento progressivo de severidade. Murrau (2009) explica que o processo se desenvolve paulatinamente devido à utilização de estratégias de enfrentamentos disfuncionais em profissionais que tentam proteger-se e manejar as situações de estresse no trabalho.

No entanto, quanto à sequência do surgimento das dimensões do *Burnout*, os autores Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), Leiter e Maslach (1988), Lee e Ashfoth (1993), Gil-Monte, Peiró e Valcarcel (1995), discordam entre si.

a) Para Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983), a dimensão que melhor prediz o aparecimento do *burnout* é a despersonalização, seguido pela baixa realização pessoal e exaustão emocional.

b) Leiter e Maslach (1988), como resultado de fatores de estresse ocupacional, os trabalhadores desenvolvem sentimentos de exaustão emocional que depois influenciam no aparecimento de um comportamento típico de despersonalização e na diminuição da realização pessoal no trabalho. Tal manifestação desencadeia as consequências observáveis de *burnout* como: absenteísmo, rotatividade de trabalho, interrupções de trabalho mediadas pela despersonalização.

c) Lee e Ashfoth (1993) ressaltam que, tanto a despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho são uma consequência direta dos sentimentos de exaustão emocional.

e) Gil-Monte, Peiró e Valcarcel (1995) afirmam que o processo inicia-se com sentimentos de baixa auto-realização no trabalho e um alto nível de exaustão emocional, o que conduz à despersonalização.

Em uma tentativa de esclarecer melhor sobre a Síndrome de *Burnout*, Gil-Monte (2005) estabeleceu quatro dimensões e dois perfis. As quatro dimensões constituem em: 1) Ilusão pelo Trabalho, é o desejo do trabalhador em alcançar os objetivos da organização por ser uma fonte de prazer; 2) Desgaste Psíquico, é a ocorrência de esgotamento físico e emocional; 3) Indolência, é a manifestação de atitudes de indiferença e cinismo em relação ao clientes da organização; 4) Culpa, sentimentos de culpa são sintomas característicos de pessoas que desenvolvem o *Burnout*.

Quanto aos dois perfis na evolução do *burnout*, um deles tem como característica os trabalhadores que não desenvolvem sentimentos

de culpa intensa e podem ser adaptados no ambiente de trabalho, de modo que a síndrome não é incapacitante para o exercício da atividade laboral; embora seja deficiente para os usuários, pacientes, clientes e para organização. O outro tipo apresenta os sintomas intensificados, um maior envolvimento com o trabalho para diminuir a culpa, mas como as condições de trabalho não mudam, afeta a baixa realização pessoal, aumenta a exaustão emocional e a despersonalização aparece novamente, em um ciclo vicioso (GIL-MONTE,2005).

Os trabalhadores que podem ser vulneráveis ao *Burnout* são aqueles profissões que exercem um cuidado constante e direto para ajudar as pessoas, profissionais da saúde, professores, assistentes sociais, funcionários judiciais, trabalhadores bancários, árbitros e juízes desportivos, trabalhadores do turismo (GIL-MONTE; MORENO JIMENEZ, 2007).

Para Moreira et al, 2009, a síndrome é prevalente em profissionais expostos à tensão e estresse intensos, não ocorre somente em profissionais da saúde e educação mas também em policiais, contadores, corretores de bolsa, diretores ou executivos de empresas, controladores de tráfego aéreo, treinadores e desportistas.

Segundo Gautier (2003), os profissionais com fortes solicitações cognitivas, emocionais e afetivas são mais expostos ao *Burnout* (GAUTIER, 2003). Enquanto que, Golembiewski, Munzenrider e Carter (1983) reforçam que a síndrome de *Burnout* pode desenvolver-se em todos os tipos de profissionais, não só naqueles que trabalham em contato direto com os beneficiários do seu trabalho.

As características associadas ao trabalho e ao papel profissional colocam em valor a importância da interação no ambiente de trabalho. Com efeito, quanto mais essas interações são diretas, frequentes, de longa duração ou repetitivas, mais contribuem para o desenvolvimento de *Burnout* (GUERITAUULT-CHALVIN; COOPER, 2004).

Pines, Aronson e Kafry (1981) consideraram a Síndrome de *Burnout* derivada do tédio no trabalho e as respectivas consequências emocionais atreladas às características internas e externas do trabalho. As internas são derivadas da falta de variedade nas tarefas, a autonomia e a importância do sucesso; e, as externas são relativas ao ambiente de trabalho, relacionamentos interpessoais e de apoio social.

Por sua vez, Gómara (2014) entende a Síndrome de *Burnout* como o desgaste profissional, devido ao esgotamento físico, emocional e cognitivo, resultado do supercomprometimento profissional e às demandas emocionais do trabalho.

Um estudo de Maslach (1978) demonstrou que os profissionais da saúde possuem mais chances de desenvolverem o *Burnout* que outros trabalhadores, devido à interação constante com pessoas doentes, pois essas situações são normalmente muito carregadas de emoções. Além disso, os funcionários muitas vezes se queixam de não ser recompensados ou reconhecidos por seus esforços no trabalho.

FASES DO *BURNOUT*

Edlwich e Brodsky (1980) esclarecem que os trabalhadores podem vivenciar várias fases até chegar ao esgotamento, como: 1) Etapa de entusiasmo: o trabalhador experimenta sua profissão como algo emocionante com altas aspirações e os conflitos são interpretados como passíveis de solução; 2) Etapa de estagnação: inicia-se quando as expectativas sobre o trabalho e os objetivos são difíceis de alcançar; 3) Etapa de frustração: é o período de desilusão e começam as alterações físicas, emocionais e comportamentais; 4) Etapa de *Burnout*: é nesta fase que ocorre a exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho.

CONSEQUÊNCIA DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

O *Burnout* é um problema social de grande relevância (OMS, 1999; DIEHL; CARLOTTO, 2015), um risco para o trabalhador que pode ter como consequência a deterioração física ou mental (CARLOTTO et al., 2012) e, inclusive, a incapacidade total para o trabalho (CARLOTTO, 2010).

O interesse crescente em estudar a síndrome deve-se a três fatores: a) a preocupação com os serviços humanos como participantes do bem-estar individual e da comunidade; b) as exigências dos pacientes, usuários e estudantes com a área da saúde, social e a comunidade; c) ao conhecimento, por pesquisadores, dos efeitos prejudiciais do estresse sobre as pessoas e repercussões no ambiente de trabalho (PERLMAN; HARTMAN, 1982). Os indicadores clínicos individuais do *Burnout* e *consequências* para à organização são demonstrados no Quadro 1:

Quadro 1 - Indicadores clínicos de *Burnout* e consequências para a organização

Indicadores clínicos individuais de presença de Burnout

Psicossomáticos: cansaço, exaustão e mal-estar, deterioração da qualidade de vida, fadiga crônica e alterações funcionais em quase todos os sistemas do corpo (cardio-respiratório, digestivo e reprodutivo, nervoso. Sintomas: dores de cabeça, problemas de sono, úlceras, distúrbios gastrointestinais, perda de peso, dores musculares e dores, crise de hipertensão e asma)

Comportamentais: comportamento despersonalizado no relacionamento com clientes, absentismo laboral, excesso e abuso de barbitúricos, estimulantes e outras substâncias como: café, tabaco, álcool; alterações repentinas do humor, incapacidade de viver relaxadamente, incapacidade de concentração, superficialidade no contato com os outros, comportamentos de alto risco, aumento do comportamento hiperativo e agressivo.

Emocionais: predomina exaustão emocional, sintomas disfóricos, distanciamento emocional, como forma de auto-proteção, ansiedade, culpa, impaciência e irritabilidade, baixa tolerância à frustração, sentimento de solidão, sentimentos de alienação, sentimentos de impotência, confusão, tédio, experiências com baixa realização pessoal, sentimentos depressivos.

Atitudinais: atitudes de desconfiança, apatia, cinismo e ironia aos clientes da organização, hostilidade, suspeita e pequenas interações de verbalização.

Relações sociais e interpessoais: negativo em relação à vida em atitudes gerais, diminui a qualidade de vida dos funcionários, aumento dos problemas conjugais, familiares e na rede social extra-trabalho do sujeito (porque as interações são hostis, a comunicação é fraca e não verbalizada, ele tende ao isolamento.

Consequências para a organização

A síndrome manifesta-se numa deterioração da comunicação e relações interpessoais com indiferença ou frieza às pessoas com quem trabalha; diminuição da capacidade de trabalho, diminuição do compromisso, do desempenho e da eficácia no trabalho, aumento do absentismo e aumento de aposentadorias, abandono da organização, diminuição da qualidade dos serviços prestados aos clientes, surgimento sentimentos de desespero e indiferença em relação ao trabalho, aumento de reclamações de usuários ou de clientes.

Fonte: Inocente (2005).

MODELOS TEÓRICOS

Existem diferentes teorias que explicam a síndrome, conforme Inocente (2005) tendo como referencial diversos pesquisadores: 1) Clínica, estudo da síndrome quanto à etiologia, sintoma e tratamento de cuidadores que apresentavam estado de exaustão (FREUDENBERGER, 1974); 2) Sócio-psicológica, identificaram a sobrecarga no ambiente de trabalho, provocando o estresse no trabalhador (MALASCH, 1978); 3) Organizacional, ampliaram o modelo social-psicológico, enfatizando as características organizacionais, funcionamento da organização e seu ambiente cultural como geradoras de *Burnout* (CHERNISS, 1980; 1992); 4) Social-histórica: destacaram o impacto da sociedade, baseada em valores individuais mais do que comunitários no determinante do *Burnout* e, conseqüentemente, não favorecem as profissões voltadas para o atendimento de outras pessoas (SARASON, 1983).

PREVALÊNCIA

Em relação à população geral, pouco se sabe sobre a prevalência do *Burnout* (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007; FRANÇA et al., 2014). No Brasil, ainda faltam estudos que discriminem, de maneira precisa, a prevalência da síndrome em diferentes profissionais. Estudos nacionais e internacionais apresentam variações na prevalência, conforme a população estudada.

Inocente (2004) avaliou o *Burnout* em dentistas franceses, obtendo os seguintes resultados: Esgotamento Emocional (17,93%), Despersonalização (5,3%), Falta de Realização Pessoal (38,1%). Com a prevalência geral de 20,23% em dentistas franceses.

Inocente (2005) verificou a influência que os níveis de esforço-recompensa e de supercomprometimento no trabalho exercem na saúde mental de professores universitários com relação à vulnerabilidade ao desenvolvimento de *Burnout*, depressão e distúrbios do sono. Os seguintes resultados foram obtidos entre os professores universitários da amostra: Exaustão Emocional (98,4%); Falta de Realização Profissional (45,9%); e Despersonalização (59,2%). A prevalência geral da Síndrome foi de 67,83 em professores universitários.

O estudo desenvolvido por Vicentini (2008) teve como o objetivo identificar o reflexo da Cultura Organizacional na manifestação da Síndrome de *Burnout* em profissionais da área de saúde mental. Os resultados indicaram: níveis de Exaustão Emocional (20,99), de Despersonalização (7,77), e de Realização Profissional (33,11). A prevalência geral da síndrome foi de 20,62 (VICENTINI; INOCENTE, 2016).

Sartori, Cassandre e Vercesi (2008) verificaram a relação das condições e da organização do trabalho com os fatores de *Burnout* em policiais que trabalham em um Batalhão da PM. A Exaustão Emocional esteve presente em 37%, a Despersonalização em 44% e a Falta de Realização Pessoal em 60% dos policiais.

Rossi, Santos e Passos (2010) compararam os indicativos da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros de uma unidade da atenção básica e de setores fechados de um hospital. Os resultados demonstraram que 80% dos enfermeiros dos setores fechados de hospital apresentaram indicativo de *Burnout* e 20% apresentaram indicativo de ausência de *Burnout*. Dos entrevistados na unidade básica de saúde, constataram que 10% apresentaram indicativo de síndrome de *Burnout*, 20% apresentaram indicativo de tendência ao *Burnout* e 70% apresentaram indicativo de ausência de *Burnout*.

Fernandes (2011) estudou a relação entre a percepção do Clima Organizacional, com a Síndrome de *Burnout* e as Estratégias de Enfrentamento no Trabalho em funcionários de Instituto de Pesquisas do Vale do Paraíba Paulista. Os resultados indicaram: níveis de Exaustão Emocional - EE (19,2), Despersonalização - DE (8,4) e Realização Profissional - RP (30,3) sendo a prevalência geral de 19,3% (FERNANDES; BRITO; INOCENTE, 2012).

Barroso e Guerra (2013) avaliaram o *Burnout* e a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os resultados mostraram que 58,3% dos ACS apresentavam nível médio de *Burnout*.

Sousa (2016) investigou a relação entre a Saúde Organizacional e a Síndrome de *Burnout* em docentes da educação básica das escolas públicas municipais de São José dos Campos (SP). Em relação às dimensões que compõem a Síndrome de *Burnout* foram obtidos os seguintes resultados, quanto ao Esgotamento Emocional - (EE) 26,3%; a Despersonalização – (DE) 11,4%; e Realização Profissional – (RP) 28,2%. A prevalência geral da síndrome foi de 21,96% em docentes do ensino fundamental (SOUSA; INOCENTE, 2016).

Barros et al., (2016) investigaram a presença de *Burnout* entre os médicos intensivistas, além de possíveis preditores da síndrome. Os resultados indicam altos níveis de Esgotamento Emocional e Despersonalização, além de baixos níveis de Realização Pessoal. Observou-se que 42,6% dos participantes apresentavam diagnóstico positivo para a síndrome e os preditores identificados foram: trabalhar na UTI por necessidade, sentir-se sobrecarregado, vivenciar uma relação estressante com colegas de trabalho, além de não utilizar o horário livre para assistir TV ou para dormir.

BURNOUT e TRANSTORNOS MENTAIS

a) *Burnout* e Ansiedade

A ansiedade é uma preocupação excessiva, acompanhada de pelo menos três sintomas adicionais, de uma lista que inclui: inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (DSM-IV, APA, 2000). No estudo desenvolvido por Inocente (2004) com cirurgiões-dentistas franceses 37,14% da amostra apresentaram ansiedade. Ainda para a autora, essas pessoas são ansiosas e agitadas no trabalho, dando a impressão de que precisam obter sempre os melhores resultados, provocando sentimentos de inquietude e insegurança. A longo do tempo, tornam-se ineficazes no trabalho, elevando cada vez mais a ansiedade, tornando-os susceptíveis ao desenvolvimento do *Burnout*.

b) *Burnout* e Estresse

A palavra *estresse* vem do inglês *stress*. Inicialmente foi usada na física para traduzir o grau de deformidade sofrido por um material quando submetido a um esforço ou tensão. Foi o endocrinologista Hans Selye em 1926 que redefiniu esse conceito apresentando-o como esforço

de adaptação do organismo diante de situações consideradas ameaçadoras (SELYE, 1965).

O estresse se manifesta, de modo bastante semelhante, em todas as pessoas, com o aparecimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de estar de alerta. Ele pode ou não levar a um desgaste geral do organismo, dependendo de sua intensidade, tempo de duração, da vulnerabilidade do indivíduo e da habilidade de administrá-lo (LIPP; MALAGRIS, 1995).

O *Burnout* é considerado como uma das possíveis respostas para impacto cumulativo de estresse crônico no trabalho, podendo constituir-se na fase final deste processo. Contudo, devido ao fato de ser uma síndrome lenta, contagiosa, difícil de detectá-la, favorece a multiplicação da síndrome no ambiente de trabalho, desencadeando problemas internos na organização e baixo comprometimento do trabalhador (INOCENTE, 2005; FUNDACIÓN INTERNACIONAL ORP, 2016).

Buendia (2003) apresenta uma diferenciação importante sobre estresse e *Burnout*. Argumenta que há autores que consideram o *Burnout* como o estágio final de um longo processo de adaptação, enquanto que o estresse seria resultado de um processo mais curto. Outra diferença é que o *Burnout* está associado às atitudes negativas em relação aos clientes, ao trabalho e à organização, o que não ocorre com o estresse. O estresse pode ter efeitos positivos, denominado eustress e efeitos negativos, denominado distress, enquanto que o *Burnout* tem sempre efeito negativo. Ainda, o *Burnout* é entendido como um processo que envolve a interação de variáveis emocionais, como é o caso da Exaustão Emocional e Despersonalização; de variáveis cognitivas, como a Falta de Realização Pessoal no trabalho e problema comportamental, como ocorre na Despersonalização (BUENDIA, 2003).

c) *Burnout* e Depressão

Quanto à diferença *entre Burnout* e depressão, é um assunto bastante discutido. A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é a ocorrência de um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, em um período mínimo de duas semanas (DSM-IV, APA, 1995). França e Rodrigues (1996) acrescentam a depressão como sendo a quarta dimensão do *Burnout*. Baba, Galpein e Lituchy (1999) enfatizam que na área organizacional a sobrecarga de regras, conflitos de regras e falta de suporte social favoreceriam o estresse que geraria o *Burnout*, que, por sua vez, desencadearia a depressão.

d) *Burnout* e Suicídio

Ao analisar ideação suicida, tentativas de suicídio e aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, segundo Ramos, Tung e Hallak (2007), quatro fatores estão inter-relacionados que associam-se com a Síndrome de *Burnout* / depressão e esses, por sua vez, são associados com aumento da probabilidade de ideação suicida e tentativa de suicídio.

ASPECTOS LEGAIS RELACIONADOS A SINDROME DE BURNOUT

Nos Transtornos Mentais Relacionados com o Trabalho, o Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil publicou, no Decreto 3.048, de 12 de maio de 1999, artigo 337, o *Burnout* aparece como a Sensação de Estar Acabado (Síndrome de *Burn-Out* ou Síndrome de Esgotamento Profissional (CAMARGO; NEVES, 2004; INOCENTE, 2005).

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO AMBIENTE DE TRABALHO

Segundo Truchot (2004), é necessário estabelecer um diagnóstico preciso dos fatores do ambiente de trabalho que estão associados ao *Burnout*. Segundo a autora, as intervenções só têm sentido se são conhecidos os estressores que produzem o *Burnout* e o nível inicial de tensão. Esclarece que, usa-se de variados instrumentos, como: questionários, entrevistas, observações indiretas permitem determinar a frequência e o impacto dos fatores produtores de *Burnout*. Os programas são principalmente centrados no indivíduo, destina-se a aprender a lidar com o estresse, a adotar de estratégias de enfrentamento. A autora critica dizendo que normalmente, os fatores de trabalho são esquecidos, ignorando as causas situacionais. Contudo, fornecer uma formação em gestão do estresse parece menos custoso do que fazer mudanças organizacionais.

De forma semelhante, Murrau (2009), reforça a premissa de que a síndrome tem sua origem no ambiente de trabalho e não no trabalhador. Essa nuance é muito importante, quando operacionaliza-se a intervenção psicossocial para evitar a doença, visando a prevenção e promoção da saúde do trabalhador.

Por sua vez, Gil-Monte (2005) também recomenda intervenções sobre o sistema interpessoal e organizacional, por meio de programas que ofereçam apoio social no trabalho e treinamento em habilidades sociais.

Há três tipos de prevenção recomendadas no *Burnout*: primária, secundária e terciária. Com a primeira, procura-se prevenir o *Burnout* eliminando ou reduzindo suas fontes. A prevenção secundária refere-se às intervenções para aliviar o empregado de tensões, quando o *Burnout* já está instalado. A prevenção terciária se refere tratar os indivíduos com os variados sintomas da síndrome de *Burnout*. Não se trata mais de prevenção propriamente. Destina-se para aqueles que sofrem de um alto estado de esgotamento e devem ser apoiados em um nível médico ou psicológico. Para cada tipo de intervenção (primária, secundária e terciária), pode-se agir no indivíduo, sobre a interação indivíduo/organização ou sobre a organização. Por exemplo, pode-se prevenir o desenvolvimento do *burnout* oferecendo uma melhor formação, melhor clima organizacional e maior autonomia no trabalho (TRUCHOT, 2004).

Alguns estudos têm revelado o papel moderador de certos fatores que ocorrem no desempenho profissional, incluem: oferecer *feedback*, clareza na definição das tarefas, autonomia, oportunidades de promoção (HERNÁNDEZ, 2003). González e Jaureguibehe (2012) recomendam a supervisão como um método para auxiliar na melhoria das intervenções de profissionais, ajudando executar, aprender, questionar e avaliar as próprias ações.

Gómara (2014) apresenta a operacionalização da prevenção e tratamento no nível individual, social e organizacional para melhorar a qualidade de vida laboral. As estratégias individuais recomendadas são: fisiológicas, cognitivas e comportamentais .

a) Fisiológicas: visam controlar a ativação do organismo, orientadas para diminuir os níveis de ativação fisiológicas, produzidas pelo estresse, centrando-se nos componentes somáticos, como: técnicas de relaxamento, biofeedback e controle da respiração.

b) Cognitivas: o objetivo é melhorar a percepção, interpretação e a avaliação dos problemas laborais e os recursos do indivíduo. As técnicas mais usadas são: reestruturação cognitiva, dessensibilização sistemática e inoculação do estresse.

c) Comportamentais: enfocam sobre o comportamento e enfrentamento dos problemas laborais e entre as técnicas destacam-se: treinamento de habilidades sociais, treinamento assertivo, modelação encoberta, solução de problemas.

As estratégias de intervenção social: baseiam-se nas redes de apoio social que se manifestam como laços duradouros interpessoais

baseados na confiança mútua, compartilhamento de valores e assistência a caos de necessidades.

As estratégias de intervenção organizacional: utilizam de técnicas que se dirijam a redesenhar a organização por meio de fatores que aumentam a autonomia no trabalho; participação na tomada de decisões; definir com precisão o posto de trabalho, expectativas e promoção de cada trabalhador; flexibilidade de horários e implantação e treinamento com novas tecnologias.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevenção primária tem como alvo a modificação do ambiente de trabalho e, a prevenção secundária e terciária visam mais o indivíduo. Torna-se necessária a prevenção precoce do *Burnout*, identificando o problema para que a organização possa implementar mudanças precisas, antes da instalação da síndrome.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (DSM-IV- TR). 4ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BARROS, M.M.S.; ALMEIDA, S.P.; BARRETO, A.L.P.; FARO, S.R.S.; ARAÚJO, R.M.; FARO, A. Síndrome de *Burnout* em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. **Temas psicol.** vol.24 no.1 Ribeirão Preto mar. 2016.

BARROSO ,S.M.; GUERRA, A.R.P. *Burnout* e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG) **Cad. saúde colet.** vol.21 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2013.

BUENDÍA, J. **Riesgos psicosociales en la universidad.** El síndrome de burnout y el mobbing. Madrid: Fraternidad Muprespa, 2003.

CAMARGO, D.A.; NEVES, S.N.H. Transtornos Mentais, Saúde Mental e Trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol., III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CARLOTO, M. S. (2010). Síndrome de Burnout: diferenças segundo níveis de ensino. **Psico**, 41(4), 495-502, 2010.

EDELWICH, J.; BRODSKY, A. **Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions.** New York: Human Sciences Press, 1980.

FERNANDES, G.; BRITO, L.A.P.F. ; INOCENTE, N.J.I. **Clima Organizacional, a Síndrome de Burnout e as Estratégias de Enfrentamento no Trabalho em Funcionários de Instituto de Pesquisas do Vale do Paraíba Paulista.** Relatório Técnico-científico (projeto de pesquisa) - Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade de Taubaté. Orientação: Profa. Dra. Nancy Julieta Inocente, Departamento de Psicologia.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.R. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática.** São Paulo: Atlas, 1996.

FRANÇA, T.L.B.; OLIVEIRA, A.C.B.L.; LIMA, L.F.; MELO, J.K.F.; SILVA, R.A.R.. Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(10):3539-46, out., 2014.

FUNDACIÓN INTERNACIONAL. ORP, **journal** | Vol.5 | Barcelona, Febrero 2016.

FREUDENBERGER, H. J. **Staff burnout.** **Journal of Social Issues**, 30 (1), p. 159-163, 1974.

GIL-MONTE, P; PIERÓ, J.M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.** Madrid: Síntesis, 1997.

GIL-MONTE, P.; MORENO-JIMÉNEZ, B. **El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) grupos profesionales de riesgo.** Madrid: Pirámide, 2007.

GOLEMBIEWSKI, R. T., MUNZENRIDER, R.; CARTER, D. . Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis.

Journal of Applied Behavioral Science, 19(4), 461-481, 1983.

GÓMARA, E.A. **El Síndrome de Burnout en Trabajo Social.** Universidad De Valladolid, 2014.

GONZÁLEZ, J.D.; JAUREGIBEHERE, V. Trabajo social y Síndrome de Burnout: reflexiones sobre intervención profesional actual. **Documentos de Trabajo Social** · nº51 · I Electrónico 2173-8246, 2012.

GUERITAUULT-CHALVIN, V.; COOPER, C. Mieux comprendre le burnout professionnel et les nouvelles stratégies de prévention: un compte rendu de la littérature. **Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive**, 14, 2, 59-70, 2004.

HERNÁNDEZ, J.R.Estrés e Burnout em profissionais de la salud de los niveles primário y secundário de atención. **Rev. Cubana Salud Pública;** 29(2):103-10, 2003.

INOCENTE, J.J. L'épuisement professionnel chez les chirurgiens dentistes; stress et symptomatologie anxio-depressive. **Bordeaux, 2004: Master 2 Recherche – Université Victor Segalen, 2004.**

INOCENTE, N. J. **Síndrome de *Burnout* em professores universitários do Vale do Paraíba (SP)**. 248f. Tese de Doutorado. Pós-Graduação em Ciências Médicas, área de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas – UNICAMP, (2005).

INOCENTE, N. J.. Serviço social e a Síndrome de Burnout. In: SARITA, Amaro. (Org.). **Dicionário Crítico de Serviço social**. 1ed. Rio de Janeiro: Autografia, 2015, v. 1, p. 25-35.

DIEHL, L.; CARLOTTO, M.S. Conhecimento de professores sobre a Síndrome de Burnout: Processo, fatores de risco e consequências. **Psicologia em estudo**, 19(4) 741-752, 2014.

LEE, R. T.; ASHFORTH, B. E. A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. **Journal of Organizational Behavior**, 14(1), 3-20, 1993.

LEITER, M.P.; MASLACHC. (1988) . The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. **Journal of Organizational Behavior**, 9, 297-308, 1988.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Psicologia do Trabalho**: psicossomática, valores e práticas organizacionais. São Paulo: Saraiva 2008.

LIPP, M.N.; MALAGRIS, L.N. Manejo do estresse. In: RANGÉ, B. (org.). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**: pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas: Psy, 1995.

MARRAU, M.C. El Síndrome de quemarse el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. **Fundamentos en Humanidades**, Año X, número 1, p. 167-177, 2009.

MASLACH, C; LEITER M. P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas, SP: Papirus, 1999.

MASLACH C.; SCHAUFELI W.B., LEITER M.P. Job burnout. **Annu Rev Psychol**, 52:397-422, 2001.

MASLACH, C. Entendendo o Burnout. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2007.

MOREIRA, D. S. ; MAGNAGO, R.F.; SAKAE, T.M.; LIBERALI MAGAJEWSKI, R.L. Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. **Cad Saude Pública**. v.25, n. 7, p. 1559-68. Jul. 2009.

PERLMAN, B.; HARTMAN, E.A. Burnout: Summary and future research. **Human Relations**, 35, 283-305, 1982.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. La prevention premaire des troubles mentaux, neurologiques et psychosociux. Genève: OMS, 1999.

PINES A; ARONSON E; KAFRY D. **Burnout**: from tedium to personal growth. Nova York: Free Press; 1981.

RAMOS T. T.; TUNG T. C.; HALLAK, J.E. El Síndrome de Burnout y los Transtornos Psiquiátricos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 34 (5):223-233, 2007.

ROSSI, S.S.; SANTOS, P.G.; PASSO, J.P. A Síndrome de Burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. **R. pesq.: cuid. fundam.** online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):381-384.

SARTORI, L.F.; CASSANDRE, M.P.; VERCES, C. *Burnout* em Policiais: a Relação entre o Trabalho e o Sofrimento. **XXXII Encontro da ANANPAD**. Rio de Janeiro, 6 a 10 de outubro de 2008.

SOUZA, S.S.V. **Saúde Organizacional e Síndrome de *Burnout* em Docentes da Educação Básica da Rede Municipal de São José dos Campos (SP)**. Relatório Técnico-científico (projeto de pesquisa) - Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade de Taubaté. Orientação: Profa. Dra. Nancy Julieta Inocente, Departamento de Psicologia.

TRIGO, T.R.; TENG, C.T. HALLAK, J.E.C. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. **Rev psiquiatr clín (São Paulo)**. v.34 n.5 São Paulo, 2007.

TRUCHOT, D. **Épuisement professionnel et Burnout**: concepts, modèles et interventions. Dunod: Paris, 2004.

VICENTINI, J.M. ;**Cultura Organizacional e a Manifestação de Burnout em profissionais de Saúde Mental**. Relatório Técnico-científico (projeto de pesquisa) - Programa de Pós-graduação em Administração, Universidade de Taubaté. Orientação: Profa. Dra. Nancy Julieta Inocente, Departamento de Psicologia, 2016.

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO NO SETOR DE GERIATRIA: relações entre qualidade de vida no trabalho e valorização do profissional do serviço de geriatria de um Hospital Geral do Município de São Paulo

Volnei Gonçalves Pedroso
Luciana Helena do Nascimento
Jaques Waisberg
Ana Maria Sanches
Mirian Shirassu
Claudia Carnevalle

1 INTRODUÇÃO

A descoberta e a conquista do trabalho traçaram para a humanidade rumos concretos para a construção da sociedade. Em seus primórdios a sociedade primitiva era voltada para sobrevivência, bem-estar e desenvolvimento da espécie. Atualmente uma sociedade difusa que mescla prosperidade ao bem material, deixando de lado muitas vezes o bem social e cultural, este transmitido igualmente através de gerações, tal qual as conquistas materiais tecnológicas.

Cria-se na sociedade primitiva a forma coletiva de sobrevivência, transformando-as em comunidades e posteriormente em tribos. Foram estas tribos que formaram nações e que em profusão espalharam sua cultura através de gerações, seja pela transmissão de conhecimento, seja pela opressão de dominadores.

Esta opressão do dominador ao dominado é o objeto do escarnio da tortura, esta cultivada através do *tripalium*, palavra de origem latina que significa três paus, erguidos na execução das sevícias aos que se recusassem o domínio e o subjugo da escravidão. Curiosamente é desta denominação que surge a palavra trabalho, portanto, tendo como referência a tortura e a escravidão.

As sociedades aprenderam com o trabalho a progredir e criar mecanismos para nos tornarmos a espécie dominante, fosse ele impositivo ou natural. Segundo Lessi (2012), conforme cita no curso com tema “As perspectivas do Movimento Sindical, na transformação da Sociedade”, a sociedade se transforma em volta do sistema produtivo, tendo como mola mestra o trabalho. Foi este trabalho que transformou

toda a sociedade, espalhando sua prosperidade e desenvolvimento por meio das suas práticas, conceitos e ideologias.

Com o avanço no campo social do trabalho, a figura do *tripalium* muda significativamente sua contextualização, o sistema impositivo dominador é substituído pelo poder do capital, capaz de criar fontes produtoras de mais capital. A sociedade embora movida pelo emprego e produção, é ainda movida pelo sistema impositivo agora chamado de capitalismo.

A sociedade atual, globalizada, vivendo sem as amarras somente do capital produtivo, gerou um desacerto referencial sobre o bem maior que é a sobrevivência da espécie, delegando à qualidade de vida, apenas mais uma das suas vertentes, de modo pouco significativo em detrimento à produção e acúmulo de capital.

A QVT (Qualidade de Vida no Trabalho) nos dias atuais é ter emprego com dignidade, saúde e bem-estar social. Este novo modelo de qualidade de vida tem implicações em toda sociedade. Grandes corporações obtiveram capital maior que muitos países, e empregam sua força de mercado na exploração da força do trabalho.

No serviço público, a QVT ainda caminha em passos lentos, talvez pela falta de compreensão da sua abrangência, ou mesmo pela deficiência dos mecanismos de proteção ao trabalho. Embora as leis trabalhistas vigentes tenham em seu escopo mecanismos de proteção ao trabalho e a promoção da qualidade de vida, os serviços públicos regidos por sistemas próprios não se submetem a elas, dificultando dessa forma sua implantação. A Lei Complementar 432 de 18 de dezembro de 1985, do Governo do estado de São Paulo, tem no seu artigo 10º:

Artigo 10 — Compete à Administração Centralizada e Autárquica promover a melhoria das condições de trabalho, através de medidas de engenharia de segurança e medicina do trabalho, definidas em regulamento. Parágrafo único — As condições especiais de trabalho serão definidas e disciplinadas na forma estabelecida em regulamento. (SÃO PAULO, 1985).

Embora previsto em lei, tal artigo nunca foi regulamentado, tampouco as condições especiais de trabalho, denotando a falta de

sensibilidade referente ao aprimoramento das ofertas de serviços relacionados à melhoria da QVT.

O Ministério do Meio Ambiente tem em seu portal uma referência sobre a importância da qualidade de vida no trabalho:

A qualidade de vida no ambiente de trabalho visa facilitar e satisfazer as necessidades do trabalhador ao desenvolver suas atividades na organização através de ações para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A administração pública deve buscar permanentemente uma melhor Qualidade de Vida no Trabalho promovendo ações para o desenvolvimento pessoal e profissional de seus servidores. Para tanto, as instituições públicas devem desenvolver e implantar programas específicos que envolvam o grau de satisfação da pessoa com o ambiente de trabalho, melhoramento das condições ambientais gerais, promoção da saúde e segurança, integração social e desenvolvimento das capacidades humanas, entre outros fatores.

A qualidade de vida no ambiente de trabalho tem como objetivo o pleno desenvolvimento do trabalhador para execução das atividades laborativas, utilizando para tanto os mecanismos de desenvolvimento pessoal, profissional e social disponibilizados. Estes mecanismos envolvem o uso e desenvolvimento de sua capacidade técnica, cognitiva e emocional, o aproveitamento de suas habilidades, autonomia do uso de suas capacidades, a compreensão do trabalho, envolvendo seus mecanismos e sua engenharia na produção, a integração profissional e social dentro da instituição. A eliminação de mecanismos segregadores como racismo, exclusão de minorias, sexo entre outros devem ser considerados, além da preservação das relações interpessoais, evitando-se o assédio moral e sexual. A qualidade de vida no trabalho implica além de tudo no cumprimento da legislação vigente no cerne da segurança e saúde ocupacional.

Para desfrutar de uma vida de bem-estar físico e psicológico, a população necessita viver com dignidade o que pressupõe direitos sociais

assegurados, como saúde, educação, moradia, saneamento básico, lazer, emprego e salários dignos. Tais direitos devem ser garantidos pelo Estado e complementados no trabalho para os trabalhadores, considerando que estes passam a maior parte de suas vidas trabalhando.

Segundo Marziale e Dantas no artigo “Qualidade de Vida no Trabalho”:

QVT é a satisfação e o bem-estar do trabalhador durante a execução de sua tarefa. Na maioria das vezes, emprega-se o termo para descrever diversas dimensões básicas da tarefa e outras que não dependem diretamente da tarefa, mas podem motivar e satisfazer em diferentes níveis e visam, sobretudo, a melhorar a qualidade dos serviços e a produtividade. (MARZIALE; DANTAS, 2011, p. 457).

Porém, há que se ressaltar também que, para se ter qualidade de vida adequada, precisamos considerar uma questão primordial que é a saúde, sua falta traz consequências negativas, daí a importância de implantar no trabalho programas de qualidade de vida e de prevenção de doenças e promoção da saúde. Assim, pode-se intervir e traçar estratégias em busca de soluções, como citam as autoras Marziale e Dantas em “Qualidade de Vida no Trabalho”:

Adoção de programas de qualidade de vida no trabalho e promoção da saúde faz com que o indivíduo tenha mais resistência ao estresse, mais estabilidade emocional, mais motivação, mais eficiência no trabalho, melhora na autoimagem e no relacionamento com os outros. Por outro lado, as empresas são beneficiadas com a força de trabalho mais saudável, com menos absenteísmo/rotatividade, menos número de acidentes, menor custo de saúde assistencial, mais produtividade, melhor imagem e melhor ambiente de trabalho. (MARZIALE; DANTAS, 2011, p. 457).

Em 1946 a OMS (Organização Mundial de Saúde) conceituou saúde, como sendo: “O estado de perfeito bem-estar biológico, psicológico e social e não apenas a ausência de doença”, conforme consta no artigo “Promoção da Saúde: Desenvolvimento e Princípios” da revista Avaliação de Projetos na Lógica da Promoção da Saúde na Secretaria do estado de São Paulo”. (ANDRADE; ANDRE; WESTPHAL, 2014).

Para melhor compreender o que é a promoção da saúde, citamos o autor Marco Antônio de Moraes, no artigo publicado da revista acima citada: “A promoção da saúde é uma rica estratégia que contribui para a construção de ações que possibilitem responder às determinações sociais de saúde” (MORAES, 2014).

Assim, pode-se depreender que a Promoção da Saúde é um processo de conscientização que possibilita uma comunidade atuar para melhorar a qualidade de vida e da saúde, a fim de atingir o bem-estar físico, mental e social de todos.

Nesse sentido, ao tratar do tema Saúde e Qualidade de Vida do Trabalhador, consideramos de fundamental importância aprofundar a análise e discussão das condições de trabalho do profissional que cuida de idosos.

A revolução da tecnologia da informação vem impondo ao mundo do trabalho transformações fantásticas e exige das organizações, cada vez mais, adaptarem-se à chamada “Sociedade do Conhecimento” (SILVEIRA, 2004). Essa transformação, como constata Silveira, tem causado grande impacto na sociedade atual: globalização da economia e da informação; mudanças na forma de gerir as organizações; alterações significativas na organização do trabalho e nas relações de trabalho. Ao mesmo tempo, essa transformação, provoca mudanças que atingem diretamente a vida dos trabalhadores, interferindo na saúde dos mesmos e até mesmo na forma de se relacionarem. Essa situação exige das organizações novos métodos de gerenciamento, principalmente no que se refere às condições de trabalho e às relações interpessoais no trabalho. Por isso, os gestores precisam buscar adequações, mudanças estruturais e de paradigmas como o da implantação de qualificação e capacitação no trabalho, principalmente, em se tratando de um trabalho que exige total dedicação daqueles que cuidam de idosos, objetivando as condições de trabalho dos funcionários do serviço em questão e da sua capacidade produtiva: afinal, a qualidade de vida no trabalho afeta diretamente a vida dos trabalhadores, bem como a dos pacientes e, conseqüentemente, os

resultados das organizações, que nesse particular é o cumprimento da missão do serviço de saúde.

Segundo Marziale e Dantas (2011, p. 456), não há apenas um conceito sobre qualidade de vida conforme o livro *Gestão de Enfermagem: Ferramentas para Prática Segura*, no artigo “Qualidade de Vida no Trabalho” reconhecem que “Não há único conceito sobre qualidade de vida, mas há certo consenso entre as pessoas quando associam qualidade de vida e bem-estar e a satisfação com os vários aspectos da vida humana”.

Os autores afirmam ainda que:

QVT tem um conceito cercado por sentimentos pessoais sobre várias dimensões do trabalho, como forma de pensar os indivíduos, a organização do trabalho, o interesse pelo bem-estar dos trabalhadores e a produtividade da empresa. (MARZIALE; DANTAS, 2011, p. 456).

A autora Ana Cristina Limongi-França em seu livro “Qualidade de Vida no Trabalho - QVT”, ressaltam que:

Embora, historicamente, QVT esteja mais associada a questões de saúde e segurança no trabalho, seu conceito passa a sinalizar a emergência de habilidades, atitudes e conhecimentos em outros fatores, abrangendo agora associações com produtividade, legitimidade, experiências, competências gerenciais e mesmo integração social. (LIMONGI-FRANÇA, 2009, p. 175).

Para as organizações públicas é de fundamental importância investir no bem-estar dos funcionários, tendo em vista a grande influência das inovações tecnológicas no mundo do trabalho: afinal, surgem equipamentos modernos que requerem maior especialização dos funcionários; há maior integração e controle do serviço público: a população passa a exigir cada vez mais eficiência dos trabalhadores nos serviços públicos; enfim, há a necessidade dessas organizações se

adequarem à nova realidade para prestarem um bom atendimento ao público. Para Limongi-França:

A competência em QVT está associada a questões de saúde, lazer e nutrição – nessa ordem. Também estão contidas nessa nova competência as habilidades relacionadas a responsabilidade social e relações de trabalho, as quais são interfaces psicossocial e organizacional (altamente associadas como relevantes à QVT. (LIMONGI-FRANÇA, 2009, p. 178).

A presente pesquisa dedica-se à qualidade de vida no serviço de geriatria por considerarmos que é um tema que exige profunda reflexão, pois, trata da qualidade de vida dos trabalhadores no serviço público que têm, entre outras atividades, a de prestar serviços para melhorar a vida das pessoas que requerem cuidados especiais.

O desenvolvimento das atividades num ambiente com boas condições de trabalho, com pessoas permanentemente qualificadas, valorizadas e motivadas, numa salutar relação interpessoal, abre caminhos para uma percepção desses trabalhadores de que é possível prestarem serviços ao público de forma mais feliz e conquistar o reconhecimento e a respeitabilidade da comunidade onde atuam.

Em se tratando do profissional de saúde que cuida de idosos, é de fundamental importância, a questão da saúde e qualidade de vida, pois trata-se de uma profissão que vem exigindo cada vez mais dos profissionais habilitados à medida que a população está envelhecendo, e, cuja habilidade requer o cuidado de idosos que na maioria das vezes, não conseguem realizar nem mesmo as tarefas mais simples. Entrevistado por Menezes na Revista “Faz Muito Bem”, Alexandre Kalache destaca ao tratar do assunto Cultura do Cuidado:

É preciso reconhecer que o mais velho, que venha a ter um problema de saúde cognitivo precisa de uma cultura diferente. Não é paternalizar, nem infantilizá-lo. Ele precisa de uma cultura do cuidado: além da prevenção e do tratamento. Uma cultura do cuidado para acompanhar a revolução da longevidade.

Você previu tudo que tinha de ser previsto, você tratou tudo que tinha de ser tratado. Você reabilitou tudo que podia ser reabilitado. Mas vai ter muita gente que vai ficar com sequela de um derrame, Alzheimer, uma fratura grave mal resolvida, que vai ficar dependente e vai precisar de cuidado. Espero que isso aconteça cada vez mais tarde. Mas, vai existir. Porque hoje o grupo da população que mais cresce no Brasil são os que tem 85 anos ou mais (MENEZES, 2013).

Assim, consideramos que é exigido do profissional da área de saúde que cuida de idosos, ainda maior dedicação e satisfação no trabalho: afinal, o que é mais importante na relação interpessoal é o olhar coletivo e social, visando maior integração humana, por meio da humanização das ações.

“A satisfação no trabalho tem sido longamente estudada por meio de diferentes perspectivas [...]” Freeman (1978 *apud* COUTO, 2012). O autor apresenta na sua ótica, enquanto economista, que a satisfação no trabalho se prende essencialmente como um problema de salários, eficiência e indicadores macro e microeconômicos.

Para O’Driscoll e Beehr (2000) existe uma associação significativa entre satisfação no trabalho e saúde mental, quanto maior for a satisfação no trabalho menor será o número de queixas de saúde. Segundo os autores, a insatisfação tem várias vertentes, mas, está mais relacionada à incerteza, aos conflitos de papéis no contexto do trabalho e às pressões no ambiente de trabalho.

1.1 Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde

A evolução da ciência do trabalho foi até o fim da década passada o elemento chave para mudança social e a compreensão humana voltada para a estruturação social. Desde os primórdios, o homem, cuja capacidade de transformar seu meio, tem se utilizado da capacidade de produção para evoluir e criar uma sociedade e modelos de sociedade sofreram modificações ao longo da existência humana. O homem tem a capacidade de transformar suas ferramentas de trabalho a cada nova geração. Estas transformações incluem não apenas aquelas palpáveis e materiais, mas principalmente as ideológicas. Leis e normas são

elementos transformadores, constituições anexam em seus arcabouços jurídicos a proteção à sociedade e ao trabalho. Com a globalização e o acesso imediato à informação, esses paradigmas vão se transformar.

A Constituição Federal preconiza que todos os cidadãos são iguais perante a lei independente da classe social a qual pertence e também no que diz respeito à raça, gênero, credo religioso, etc. (BRASIL, 1988).

Segundo o professor Jaime Pinsky:

Cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar do destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito a educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice plena é ter direitos civis e políticos sociais. (PINSKY, 2005, p.9).

Essa afirmativa coloca todo cidadão em iguais condições tanto nos seus direitos quanto aos deveres. Por conseguinte, nenhum cidadão é melhor que o outro. Um bom exemplo é o direito ao voto, pois não existe maior ou menor valor do voto e votar é igual para todos, pobres, ricos, homens, mulheres.

Sendo assim, a sociedade tem que ser igualitária, com direitos e oportunidades iguais para todos, em relação à saúde, educação, trabalho, moradia, saneamento básico, esportes, etc. O Estado deve, como gestor, promover ações sociais ao alcance de todos os cidadãos o que possibilita melhorias de qualidade de vida da sociedade em geral.

Considera-se que a excelência no serviço público requer condições dignas de trabalho dos servidores públicos. Para tanto, há que se criar um ambiente que propicie tais condições. Nesse sentido a Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprovou a convenção que trata do trabalho decente, da qual o Brasil é signatário – atualmente sua regulamentação está em discussão nos órgãos competentes. A OIT define o trabalho decente como uma condição fundamental para superar a pobreza com a diminuição das desigualdades sociais. Para a OIT, a definição de trabalho decente se apoia em quatro pilares:

[...] o respeito aos direitos no trabalho (em especial aqueles definidos como fundamentais pela Declaração Relativa aos Direitos e Princípios Fundamentais no Trabalho e seu seguimento adotada em 1998: (i) liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; (ii) eliminação de todas as formas de trabalho forçado; (iii) abolição efetiva do trabalho infantil; (iv) eliminação de todas as formas de discriminação em matéria de emprego e ocupação), a promoção do emprego produtivo e de qualidade, a extensão da proteção social e o fortalecimento do diálogo social. (O QUE..., [20--]).

Contudo, não há um bom convívio social no trabalho sem que o trabalhador goze de uma boa saúde; afinal, é impossível dissociar o trabalho da condição psíquica e física saudável. Esta é condição essencial para que se alcance resultados satisfatório do trabalho com qualidade de vida. Segundo Dejours, a organização do trabalho e suas relações sociais são fundamentais no seu aprimoramento:

A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora. (DEJOURS, 1992, p.28).

Novos conceitos de administração pública, incluindo a melhoria da qualidade de serviço prestado, destreza e resolubilidade vêm sendo gradativamente implantados, gerando conflitos entre gestores e servidores, estes na maioria das vezes incapazes de compreender os sistemas cibernéticos. A adequação ao sistema, quando empregado com determinantes compreensíveis está agregando aos usuários e profissionais a melhoria na qualidade de vida. Segundo Wisner (1987), as

malhas cibernéticas quando implantadas e incorporadas ao sistema produtivo geram a possibilidade de abrandar os choques entre produtividade e produção, agregando qualidade ao serviço e produto. Ainda há um choque entre a adequação aos sistemas produtivos controlados e os trabalhadores, pela falta de compreensão de todo o sistema. As novas conceituações objetivam a melhoria da qualidade do serviço e facilitar o acesso às informações, mas devem ser compreendidas para sua empregabilidade.

Atualmente, a globalização da economia e os modernos modos de produção ocasionam aos profissionais uma submissão de contínua tensão, não só no ambiente de trabalho, como também na vida em geral. Há, assim, uma ampla área da vida moderna onde se misturam os estressores do trabalho e da vida cotidiana. A manutenção da família, as exigências culturais etc., é bem possível que todos esses novos desafios superem os limites adaptativos levando ao estresse e às doenças psíquicas.

As condições inadequadas no trabalho, somadas aos baixos salários, falta de perspectivas de carreira, descaso em relação à saúde do trabalhador e de estímulo no trabalho, jornadas inadequadas e extenuantes, tudo isso têm causado frequente absenteísmo e alcoolismo nas instituições. Vale salientar também que os riscos não se resumem a biológicos ou físicos. Sabe-se que os profissionais que atuam no período noturno são mais vulneráveis às doenças cardiovasculares o que tem provocado repercussão social preocupante.

Abaixo, destacam-se algumas NR's (Normas Regulamentadoras) que fazem parte da proteção ao trabalhador no seu ambiente de trabalho:

NR nº 05 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho.

NR nº 07 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

NR nº 09 - Programas de Prevenção de Riscos Ambientais.

NR nº 10 - Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade.

NR nº 12 – Segurança no Trabalho em Máquinas e Equipamentos.

NR nº 15 - Atividades e Operações Insalubres.

NR nº 16 - Atividades e Operações Perigosas.

NR nº 17 - Ergonomia.

NR nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919, com o advento do Tratado de Versalhes destaca os pontos fundamentais para proteção da saúde do trabalhador, assim descreve:

Objetivando uniformizar as questões trabalhistas, a superação das condições subumanas do trabalho e o desenvolvimento econômico, adota seis convenções destinadas à proteção da saúde e à integridade física dos trabalhadores (limitação da jornada de trabalho, proteção à maternidade, trabalho noturno para mulheres, idade mínima para admissão de crianças e o trabalho noturno para menores). (PINHEIRO, 2012, p.13)

No ano de 2000, a ONU (Organização das Nações Unidas), com apoio de 191 nações, ao analisar os maiores problemas mundiais, adotou como lema: “Juntos, nós podemos mudar a nossa rua, a nossa comunidade, a nossa cidade, o nosso país” e, nesse sentido, estabeleceu oito ODM (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio), quais sejam:

- 1 - Acabar com a fome e a miséria.
- 2 - Oferecer educação básica de qualidade para todos.
- 3 - Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres.
- 4 - Reduzir a mortalidade infantil.
- 5 - Melhorar a saúde das gestantes.
- 6 - Combater a Aids, a malária e outras doenças.
- 7 - Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente.
- 8 - Estabelecer parcerias para o desenvolvimento.

O presente capítulo tem como objetivo geral contribuir para a qualidade de vida no trabalho para profissionais do setor de geriatria em um Hospital Geral no município de São Paulo. E como objetivos específicos, descrever a qualidade de vida entre funcionários que trabalham com pacientes idosos e os fatores que podem influenciar a qualidade de vida no trabalho.

Trata-se de estudo descritivo, tipo corte transversal, realizado no serviço de geriatria de um hospital geral no município de São Paulo. Uma amostra não probabilística foi formada por 31 funcionários de um total de 57, com idade entre 23 a 63 anos, residentes em São Paulo e de forma voluntária participaram dos grupos focais para a realização da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Ao término destas, buscou-se cumprir com os planos já elaborados para a estrutura da pesquisa. Foram realizados três Grupos Focais, distribuídos em dez, nove e sete participantes, respectivamente, nas funções de enfermeiros, médicos, psicólogas, oficial administrativo, nutricionistas, fonoaudiólogos, serviço social, servidores da administração, auxiliar de serviço, especialistas em geriatria, farmacêuticos, assistente social. Ainda, os Grupos Focais foram orientados, de forma a construir debates dinâmicos, com base no roteiro pré-definido de perguntas voltadas para as funções do setor de Geriatria, assegurando aos participantes agirem de maneira flexível ao discutirem os assuntos vinculados ao roteiro, à medida que iam sendo abordados. Foram analisadas as falas, gestos de cada participante individualmente e coletivamente e o clima relacional do grupo. O relatório produzido constante deste documento corresponde às gravações dos grupos focais, as quais foram analisadas e comparadas para obter uma visão geral sobre os temas discutidos em comum.

Segundo os autores, Fernando e Ana Maria Lefevre:

O DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) consiste num conjunto de instrumentos destinados a recuperar e dar a luz às RS (Representação Social), mormente as que aparecem sob a forma verbal de textos escritos e falados, apresentando tais representações sobre a forma de painéis de depoimentos coletivos. (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M., 2012).

Para os autores:

A proposta do DSC busca entender a “fala direta” para a dimensão subjetiva das representações sociais, dimensão vista tradicionalmente como incapaz de se auto expressar, condenada a permanecer eternamente com uma terceira pessoa “de

quem se fala”, necessitando por isso, para ser veiculada, de um “tutor” (o pesquisador, ou seja, de um sujeito a ela exterior, o sujeito impessoal da Teoria). (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M., 2012).

2 SAÚDE DO TRABALHADOR

A política de saúde do trabalhador no Brasil começou a ser desenhada após a promulgação da Constituição Federal, no artigo 196, o qual garante 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 e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A proteção à saúde do trabalhador fundamenta-se, constitucionalmente, na tutela “da vida com dignidade”, e tem como objetivo primordial a redução do risco de doença, como exemplifica o art. 7º, inciso XXII, e também o art. 200, inciso VIII, que protege o meio ambiente do trabalho, além do art. 193, que determina que “a ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem - estar e a justiça social. (PINHEIRO, 2012, p. 14).

A relação entre trabalho e doença tem registro desde o início da história da humanidade e são relatadas em várias obras. Em 1700 foi publicado o livro “As doenças dos trabalhadores”, escrito pelo médico italiano Bernardino Ramazzini. Nesta obra ele relacionou cinquenta e quatro profissões e registrou os problemas de saúde que as acompanham, ressaltando a importância de relacionar a ocupação dos pacientes com a sintomatologia apresentada. (OLIVEIRA; FITIPALDI; ESPER, 2011, p. 349).

Em 1830, surge em uma fábrica têxtil, o primeiro serviço de medicina do trabalho, com o médico Roberto Baker.

OLIVEIRA; FITIPALDI; ESPER destacam:

Em 1950, a comissão da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu de forma ampla, os objetivos da saúde ocupacional. Em julho de 1953, esta Comissão adotou a recomendação 97 sobre a proteção à saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho e determinou em junho de 1959, a recomendação 112 com a denominação Recomendação para os Serviços de Saúde Ocupacional.

No ano de 1970, o Brasil era campeão mundial em acidentes de trabalho. Somente em 1972 o Governo Federal editou a Portaria Nº 3.237, que tornou obrigatória a existência de serviços médicos, de higiene e de segurança em todas as empresas com mais de cem trabalhadores. (OLIVEIRA; FITIPALDI; ESPER, 2011, p. 349).

No Brasil, os primeiros serviços médicos para os trabalhadores foram criados pelas empresas com o objetivo de prestar assistência médica curativa sem um caráter preventivo, como preconizava a OIT.

Atualmente, a importância da segurança do trabalho é imensurável e, felizmente, a implantação de práticas seguras no trabalho vem crescendo nas empresas. A saúde do trabalhador é deveras importante e hoje é difícil encontrar um funcionário que nunca tenha passado por alguma palestra sobre prevenção de acidentes de trabalho.

As empresas têm investido em segurança do trabalho por uma questão de qualidade de vida, pois o trabalhador saudável tem alta produtividade e melhora os resultados da empresa. Estudos sobre a saúde do trabalhador mostram que um ambiente melhor iluminado, sem barulho, e com móveis confortáveis contribuem diretamente para um melhor rendimento do trabalhador. Além disso, no Brasil e no mundo, o estresse e os acidentes de trabalho são duas das maiores causas de licença do empregado:

Em 22 de dezembro de 1977, foi publicada a Lei Nº 6.514 que altera o Capítulo V da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)

relativo à Segurança e a medicina do trabalho (MTE, 1977). Essa deu origem à Portaria n. 3.214 do MTE, depois deu origem à de 8 de junho de 1978, que publicou as normas regulamentadoras relativas à segurança e medicina do trabalho. (OLIVEIRA; FITIPALDI; ESPER, 2011, p. 350).

A saúde do trabalhador está relacionada ao conjunto de atividades que se destinam, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Fatores, tais como, detectar, conhecer, pesquisar e analisar são determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho em seus aspectos tecnológico, social, organizacional, psicológico e epidemiológico e, tem como finalidade planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

Os condicionantes relacionados aos processos e a mecânica do trabalho, segundo Wisner devem considerar três vertentes práticas:

- ✓ a segurança dos trabalhadores e dos componentes mecânicos (equipamentos);
- ✓ a eficiência do processo de produção;
- ✓ bem estar e a qualidade disponibilizada aos trabalhadores nas situações de trabalho (WISNER,1989)

Segundo a Política de Saúde e Segurança do Trabalhador, entende-se por trabalhadores os homens ou mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, sejam no mercado de trabalho formal ou informal da economia, inclusive os que trabalham ou trabalharam como assalariados, domésticos, avulsos, rurais, autônomos, temporários, servidores públicos, cooperativados e empregadores, proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros, e que precisam ter a proteção e qualidade de vida.

Ao se tratar de saúde do trabalhador é importante destacar o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) que foi criado em 27/07/1972, no momento que o Brasil era o campeão mundial em acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, regulamentado pela Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978, de Norma Regulamentadora - NR-4, artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O SESMT foi um modelo 100% brasileiro. Embora a implementação do SESMT pelas empresas tenha enfrentado muitas dificuldades, tanto pela falta de profissionais especializados, quanto pela rejeição por parte dos empregadores e trabalhadores, ao longo do tempo foi havendo um acúmulo de experiências e hoje já somos referências para vários países nesse quesito. O seu objetivo é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

Diante da situação crítica que o País se encontrava, o governo precisava adotar uma medida de impacto para reverter o quadro de acidentes no local de trabalho. Havia também uma pressão externa da Organização Internacional do Trabalho (OIT), e como alternativa foi instituído a criação do SESMT:

O modelo da "Saúde Ocupacional"; é aquele que caracteriza o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) das empresas, normalmente denominado de: Departamento Médico; Departamento de Segurança Industrial; Serviço de Saúde Ocupacional; Setor Médico; Medicina do Trabalho; Segurança do Trabalho; Outros. (PINHEIRO, 2012, p. 10).

O SESMT também impulsionou a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) e o seu objetivo que é "observar e relatar as condições de risco nos ambientes de trabalho e solicitar medidas para reduzir até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos [...]" (O QUE..., [20--]), sua missão é a preservação da saúde e integridade física dos trabalhadores.

A realidade atual faz com que o profissional especializado tenha que agregar as ações de segurança ao negócio da empresa. Afinal, se a empresa não investe em segurança e saúde, isso acaba refletindo negativamente no seu produto. É necessário, portanto, dar atenção à

prevenção, e é justamente neste momento que entra o profissional especializado com seu conhecimento técnico.

3 A PESSOA IDOSA

Ao longo da história, o cuidado com pessoas idosas vem tomando uma proporção muito grande no acolhimento. Antes o cuidado com o idoso só era realizado nas dependências do espaço privado dos seus lares e a cuidadora oficial era normalmente a esposa ou a filha. Mas no decorrer do tempo o Estado e as instituições privadas passaram a dividir essa responsabilidade pelo cuidado dos idosos ao oferecer várias modalidades de assistência. Instituições como asilos, associações beneficentes e outros locais que as pessoas se sentem protegidas e cuidadas contra danos de qualquer natureza também foram aumentando cada vez mais.

Salienta-se que, segundo a legislação, é dever da família, da comunidade e do Estado o cuidado com as pessoas idosas. Por isso, temos a Rede de Atenção à Saúde do Idoso que é composta por serviços que integram a rede do SUS (Sistema Único de Saúde), com o objetivo e a missão na manutenção e recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa e na melhoria da qualidade de vida.

Em 1999, por meio das políticas públicas de saúde que se tornaram obrigatórias, os hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS permitiram a presença de acompanhantes de pacientes acima de 60 anos de idade. Nesse ano também foi publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso. Em 2006 foi aprovado o Pacto pela Saúde da Pessoa Idosa que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros e a promoção de um envelhecimento saudável.

No XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde cujo tema foi "Diretrizes para o Cuidado de Idosos no SUS", foi relatado que: Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações sobre o envelhecimento ativo como diretriz para a política de saúde baseada em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. (CONASEMS, 2014).

Os serviços de saúde e o atendimento integral à população e o acesso da população ocorre, de preferência, pela rede básica de saúde, e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados e que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município.

Importante citar como referência o Dr. Alexandre Kalache, médico gerontologista e pesquisador em saúde pública, estudioso do envelhecimento há mais de trinta anos, reconhecido como um dos maiores conhecedores sobre o envelhecimento, ao afirmar que o Brasil, antes dito como um país jovem, hoje é um país que está envelhecendo rapidamente. Kalache; Veras; Ramos (1987) em artigo “O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo.” afirma que o Brasil é um país de “jovens de cabelos brancos”.

Kalache participou do projeto mundial “Cidade Amiga do Idoso” que visava estimular o envelhecimento ativo ao aperfeiçoar a oportunidade para a saúde e segurança, aumentando a qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Segundo ele, em 2050 o mundo terá dois bilhões de idosos segundo estimativas da OMS (Organização Mundial da Saúde). Mais de 80% deles estarão vivendo em países como o Brasil. Aqui o percentual de pessoas idosas irá de 9% a 18% em apenas 17 anos, a partir de 2005 a 2022.

Segundo a World Health Organization “ativo refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A população idosa no Brasil irá triplicar nas próximas quatro décadas e o rápido ritmo de envelhecimento afetará todos os aspectos da sociedade - desde a seguridade social e assistência de saúde até o planejamento urbano, oportunidades educacionais e o mercado de trabalho - com tempo limitado para ajustes. Além disso, países mais ricos ainda estão lutando para resolver essas questões. Assim, soluções terão que ser desenvolvidas de dentro da sociedade brasileira. Certamente, a experiência de outros países precisa ser observada -

particularmente as de outros países em desenvolvimento que também experimentam um rápido envelhecimento populacional, mas as soluções planejadas precisam ser coerentes com a história individual do país, com a sua cultura, recursos e valores. (GRAGNOLATI et al., 2011).

Para envelhecer bem, com saúde e qualidade de vida é preciso ter hábitos que façam o indivíduo se sentir bem, que tragam boas consequências, como usar o humor para lidar com situações de estresse, definir objetivos de vida e fazer com que a pessoa sinta que tem controle sobre sua própria vida: esse é o grande desafio do século XXI.

A Lei Federal no. 10.741/2003 no art. 1º instituiu o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Consignou ainda como dever do Estado e direito do cidadão ao tripé da Seguridade Social, sendo que a saúde e a previdência foram consideradas como políticas públicas. Contudo, foi somente pela pressão popular dos trabalhadores que suas regulamentações começaram a ser desenhadas. O Estatuto afirma que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, e assegura todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003). O parágrafo 3º do Estatuto do Idoso reitera que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003).

Normalmente, saúde e qualidade de vida são dois temas muito relacionados, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, o que é fundamental para que um indivíduo tenha uma boa saúde. Mas não significa apenas saúde física e mental e, sim, que as pessoas estejam bem consigo mesmas, com a vida, com as pessoas que

as cercam. Portanto, ter qualidade de vida é estar em equilíbrio consigo mesmo e com o mundo.

Vale apenas citar, como referência, o Projeto Mundial Cidade Amiga do Idoso, desenvolvido pelo médico Alexandre Kalache em parceria com Luise Plouffe, da sede da Organização Mundial de Saúde em Genebra, na Suíça. Este Projeto já foi implementado em 33 cidades no mundo, das quais citamos: Amnan, Jordânia; Londres, Inglaterra; Cidade do México, México; Shangha, China; Tóquio, Japão; Rio de Janeiro, Brasil. Este projeto tem o foco no envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, segurança, aumentando a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Questionar o crescimento da urbanização nos municípios é uma importante questão a ser enfrentada pela sociedade no século XXI. Na prática a cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades.

Lançado em 2012, o programa São Paulo Amigo do Idoso, baseado no projeto acima, propõe o envolvimento de toda sociedade ao unir iniciativas dos cidadãos de todas as idades, de entidades e órgãos públicos e privados, para a criação de uma comunidade verdadeiramente amiga do idoso.

A Secretaria de Desenvolvimento Social atua em quatro frentes: Fundo Estadual do Idoso, Implantação de Centros Dia e Centros de Convivência, Cartão Amigo do Idoso e Selo Amigo do Idoso (municípios e empresas). Esse projeto tem como base inserir o idoso cada vez mais na sociedade e sua meta é que a sociedade tenha outros olhos para os nossos idosos. O projeto tem, ainda, a missão de garantir uma cidade acessível a todos, com serviços de transporte para que os idosos possam se locomover em ônibus, vans e metrô, sem nenhum tipo de constrangimento; permissão do embarque e desembarque sem degraus para o conforto e segurança de quem utiliza bengala ou cadeira de rodas; campanha educativa de trânsito para respeitar o pedestre; faixa rebaixada para auxiliar as pessoas na travessia e tempo suficiente na travessia de idosos; pontos de ônibus com abrigo e tantos outros serviços que garantam maior qualidade de vida para os nossos idosos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

O objetivo central é identificar sentimentos, percepções, atitudes e ideias dos participantes a respeito de determinado assunto. Os resultados foram tabulados e feita a análise do discurso das práticas do sujeito coletivo, levando-se em consideração as divergências e convergências dos discursos dos sujeitos e a subjetividade que há nos mesmos, confrontando-os com o referencial teórico.

A análise do resultado dos Grupos Focais apontou que os discursos dos participantes foram satisfatórios para responder a questão proposta comprovando ou não a hipótese levantada.

A análise dos dados coletados foi com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo que operacionalmente, segue os seguintes passos: expressões-chave de cada discurso individualmente, as quais se constituem em segmentos contínuos ou descontínuos do discurso e revelam o principal do conteúdo discursivo; identificação da ideia central de cada uma dessas expressões-chave, ou seja, o que os participantes querem efetivamente expressar; identificação das ideias semelhantes ou complementares; e por fim reunião das expressões-chave referentes às ideias semelhantes ou complementares em um discurso do sujeito coletivo. (MENEZES, 2013)

No quadro 1 a seguir, verifica-se no que diz respeito à ideia central 1:

O Discurso do Sujeito Coletivo de trabalhadores do setor de geriatria expressa como avalia a sua saúde, com destaque ao comprometimento da saúde pelas condições e sobrecarga de trabalho: no entanto, apesar destas variáveis serem consideradas fundamentais para a manutenção da saúde e para uma qualidade de vida no trabalho adequada, os participantes percebem o quanto é gratificante o trabalho com os idosos, assim como, com os familiares dos mesmos. Além disso, observa-se que os funcionários refletiram a respeito da sua missão enquanto profissional e a satisfação em trabalhar com o que gostam e se sentem realizados, conforme ideia central 2.

As questões propostas e as respectivas ideias centrais foram:

Quadro 1: Ideias Centrais e Discurso do Sujeito Coletivo dos profissionais da área de Geriatria em resposta a questão: Como vocês avaliam sua saúde hoje?

Ideia central: 1
“Saúde comprometida pelas condições e sobrecarga de trabalho e salário”
Discurso do Sujeito Coletivo
Vem constantemente sendo agravada pelas condições de trabalho que nós temos aqui. Um volume muito grande de atendimento em condições muito precárias, com poucos funcionários [...]. Porque tem uma hora que o seu corpo fala... O corpo grita e fala “pelo amor de Deus para um pouco”! Demanda cada vez mais crescente, pressão dos idosos por acolhimento, pressão dos idosos por tratamento melhor [...] Por estresse, por cansaço... [...] Tá bem cansativo! Mas o que dificultou [...] e que hoje na saúde interfere: o sono não a falta dele porque eu tenho muito, o problema é que eu não consigo dormir [...] a gente dava conta de quase todos os locais, como ela mesma falou, a questão do salário... a gente perdeu muitos dos nossos profissionais por conta disso. [...] obriga-se a fazer o plantão porque se não você não tem uma renda.
Ideia central: 2
“Saúde física adequada e a satisfação pelo atendimento ao idoso”
Discurso do Sujeito Coletivo
A minha saúde, graças a Deus eu estou bem, [...] Saúde física eu acho que tudo bem porque nada gritou e eu também não fui ao médico. Se é para sacrificar alguém que sacrifica a gente né. Porque o paciente já idoso, se desloca de longe, sua consulta está marcada com mais outros três pacientes. Então é melhor sacrificar a gente nesse momento do que sacrificar o paciente. E o paciente não tem culpa disso tudo? Então a gente faz o máximo que pode para conseguir atender bem e num tempo hábil. Aqui na geriatria também tem a questão do psicológico, do cuidador, aquele que está com o idoso, que a gente tem que trabalhar bastante. Mas a gente tem trabalhado naquele projeto que a gente tem “Integralidade” que orienta e que dá curso. ” A gente se doa, a gente entende que nós somos da saúde, o paciente em primeiro lugar. Aqui na geriatria, além de nós de enfermagem fazermos a nossa profissão, cuidar do paciente, a gente também tem de cuidar do emocional da família, Às vezes você acaba cuidando dos dois, dando atenção para o paciente e cuidando da família emocionalmente. Os pacientes todos dependem da gente. Não tenho problema de fazer o que gosto.

Na área da saúde, vários estudos apontam que a realização de plantões basicamente noturnos pode comprometer significativamente o estado de saúde dos profissionais principalmente na área da enfermagem. Esta informação corrobora com o DSC (Quadro 1 – Ideia central 1 e 2),

onde se destaca o problema da realização dos plantões para obter um melhor salário, acarretando, assim, sobrecarga de trabalho bem como levando ao cansaço e estresse.

Somado a isso, fica caracterizado também que o que afeta sobremaneira as condições de saúde é a demanda cada vez maior do atendimento aos idosos devido ao envelhecimento da população usuária do hospital.

A sobrecarga de trabalho tem entre outras causas, a falta de funcionários que se demitem em busca de salários melhores, seja no setor público ou privado. Na ótica do economista Freeman (1978 *apud* COUTO, 2012) “a satisfação no trabalho se prende essencialmente como um problema de salários, eficiência e indicadores macro e microeconômicos”. Entretanto, pôde-se constatar neste DSC que o reconhecimento do trabalho tanto pelos colegas de mesma hierarquia e de hierarquia superior, e, principalmente, pelos pacientes atendidos trazem muita satisfação para aqueles que prestam serviço de atendimento. (MENEZES, 2013).

De modo geral observa-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo que são os profissionais mais novos que buscam outras oportunidades, enquanto os mais antigos buscam por meio de plantões melhor remuneração. (MENEZES, 2013). Situação que lhes proporcionam melhores rendimentos, mas, por outro lado, pode interferir nas condições de saúde desses trabalhadores. Contudo, ficou claro que os problemas levantados não interferem no bom atendimento ao idoso. Nesse sentido, Rodrigues (1991) aborda estudos do sociólogo Eric Trist para tentar compreender a relação existente entre indivíduo, trabalho e organização, sua equipe observou que um dos aspectos fundamentais é a realização do indivíduo no trabalho.

Embora o trabalho seja cansativo, revela um Discurso do Sujeito Coletivo do referido Quadro 1 com avaliação positiva, sem interferência direta na saúde física. (MENEZES, 2013). Os trabalhadores procuram sempre atender bem, e com afetividade e respeito aos idosos porque são conscientes que as dificuldades no ambiente de trabalho não devem interferir no atendimento aos pacientes idosos. O setor de geriatria conta com profissionais especializados, o que contribui para melhorar o atendimento aos idosos. É importante ressaltar que os funcionários têm em mente que a essência do seu trabalho é o bom atendimento. Os profissionais gostam do que fazem e tem a preocupação de atender bem os idosos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”, citado por Marziale e Dantas (2011, p. 455) no livro *Gestão de Enfermagem: ferramenta para prática segura*.

Quadro 2: Ideias centrais e Discurso do Sujeito Coletivo dos profissionais da área de Geriatria em resposta a questão: Como é que vocês estão vendo a qualidade de vida no trabalho?

Ideia central: 1
“A qualidade de vida no trabalho relacionada com a questão da condição de trabalho”
Discurso do Sujeito Coletivo
Eu acho que depende do setor, essa parte eu acho que é bem diversificada porque lá na psicologia se for comparar quando a gente andou há 12 anos atrás como agora, nós estamos no primeiro mundo. Nós temos computador na sala, tá super tranquilo. Tem a secretária que faz o agendamento. Nós também podemos fazer o agendamento de dentro da sala, imprimir a folha... Isso está anos luz do que nós vimos há anos atrás. Mas é isso, esse tipo de coisa não chegou em todos os setores. Tem cama no hospital inteiro, pra gente não tem cama novas, só tem as mais antigas que não abaixam, que não dá pra gente levar o paciente pro chuveiro. Pra gente conseguir estimular o paciente, nada favorece. A gente tem o esforço físico... o esforço na coluna. A gente tem muitos funcionários com problemas na coluna que estão afastados por conta disso. Então, na falta deles quem é sobrecarregado somos nós. A questão dos equipamentos precisa muito”.
Ideia central: 2
“Qualidade de vida no trabalho comprometida por conta dos conflitos, trabalho desgastante, falta de incentivo, cobrança, falta de valorização, sobrecarga de trabalho”
Discurso do Sujeito Coletivo
Valorização, da pressão, de cobranças, tanto da chefia quanto pelo trabalho... funcionários ficam sobrecarregados pra executar, tudo isso gera um desgaste e gera uma piora na qualidade de vida aqui dentro. Principalmente a gente não consegue ter um tempo de descanso que a gente consiga descontrair. Você está constantemente lidando com conflitos familiares. A motivação, eu acho que é mais principal do que os recursos humanos, se você não tem um funcionário motivado, então não fica. Precisamos ter algum incentivo para melhorar. Eu acho que a grande diferença para uma empresa privada, então quando você tem uma escassez de recursos humanos, a pessoa consegue puxar essas pessoas, então eu vou contratar um funcionário temporário pra substituir aquela pessoa. Aqui se

alguém não tá naquele dia pra fazer aquela função, os outros funcionários ficam sobrecarregados pra executar aquilo. Eles teriam que dar condições boas de trabalho pros próprios funcionários dar o retorno, Percebo que é o trabalho desgastante, porque quando saio de férias tudo melhora. Precisamos ter algum incentivo para melhorar aqui, não sei dizer o que pode fazer para melhorar, mas precisa mudar alguma coisa.
Ideia central: 3
“Realização profissional e satisfação diferenciada da qualidade de vida no trabalho por cuidar de idosos”
Discurso do Sujeito Coletivo
Para mim é um prazer trabalhar no que gosto, lidar com pessoas, lidar com idosos, então o peso do cansaço fica menor. A minha qualidade de vida aqui na geriatria? A vida é dura, mais algumas pessoas, tornam a vida mais pesada. Temos que mudar também, tentar fazer a vida mais leve. Talvez a minha qualidade de vida pode melhorar, mas tenho que mudar também os meus hábitos. Eu acho que a gratidão que eles têm com a gente. Muitas vezes nós fazemos a nossa obrigação e eles ficam muito agradecidos. É aquela coisa de trazer o conforto para quem está com sofrimento, é bem gratificante. Mesmo para os acompanhantes porque as jornadas deles são tão difíceis[...] o que é um simples sorriso, um pouco de conforto para eles, ficam super felizes. Eles entendem também e sabem que você está fazendo o máximo por eles. É bem gratificante quando eles têm altas e olham pra você e dizem "Muito obrigado por tudo. Você tratou muito bem a minha avó, a minha mãe... muito obrigado mesmo!". E é bem legal isso, a gente se sente bem legal com isso. É bem gratificante quando eles têm altas e olham pra você e dizem "Muito obrigado por tudo. Eu acho que o sofrimento maior que tenho visto é a saída dos profissionais. Eu particularmente, estou muito feliz com o meu trabalho aqui, eu gosto e tenho vínculo aqui. Eu acho que é o atendimento melhor ao idoso. Eu digo isso porque meus pais estiveram na geriatria e os dois foram muito bem atendidos pelos médicos da geriatria. E hoje a gente tem visto [...] idosos que não casaram, não tem amigos, irmãos faleceram, então não tem nenhuma rede de amigos que eles possam contar e o hospital acaba fazendo esse papel.

O que se pode depreender no discurso do Sujeito Coletivo do Quadro 2 é que algumas áreas do hospital estão muito bem equipadas, principalmente quando se compara com a situação do passado. Fatores relacionados à ergonomia e suas consequências sobre a saúde ocupacional foram os mais citados como comprometedores da qualidade de vida no trabalho.

Como bem afirma Limongi-França “Qualidade de Vida no Trabalho é o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho”. (LIMONGI-FRANÇA, 2009, p.175). Para

Chiavenato, “Qualidade de vida no trabalho é um conceito que se refere aos aspectos da experiência do trabalho, como estilo de gerência”. (CHIAVENATO, 1999, p.9).

Na ideia central 2 (Quadro 2), pôde-se identificar no Discurso do Sujeito Coletivo que um dos fatores que comprometem a qualidade de vida no trabalho é a pressão da chefia pelo cumprimento das atividades, que na maioria dos casos é sobrecarregado por escassez de recursos humanos. (MENEZES, 2013).

Ressalta-se para esta questão do Discurso do Sujeito Coletivo (Quadro 2 – Questão central 3) o aspecto revelador a respeito da realização profissional e do nível de satisfação nos serviços prestados pelos funcionários. Apesar dos vários apontamentos dos participantes em relação ao desgaste físico e mental, sobrecarga de trabalho, stress, e tantos outros fatores, tudo isso é minimizado pelo respeito, gratidão e carinho, que os idosos, familiares e cuidadores demonstram aos profissionais. Pelos relatos, o que contribui para os funcionários, de forma significativa e torna o trabalho mais “suave” e gratificante é a qualidade das relações interpessoais com os idosos, com o reconhecimento dos mesmos pelos serviços e disponibilidade de equipe multiprofissional especializada no tema (MENEZES, 2013).

Neste sentido, o DSC possibilita evidenciar que os funcionários possuem uma percepção positiva das diversas variáveis relacionadas a dimensão do atendimento ao idoso. Isto remete a uma concepção mais ampla da qualidade de vida no trabalho. Em se tratando de serviço de saúde, em especial aos cuidados no atendimento ao idoso, as relações interpessoais estabelecidas no processo de atendimento, demonstram significativos resultados na qualidade de vida relacionado à saúde do trabalhador que vão além daqueles conquistados por meio de procedimentos e protocolos, exigidos por normas ou legislações.

Assim, corroborando com Dejours (1993, p. 45) o “[...] tema qualidade de vida, engloba estado físico e habilidades funcionais, estado psicológico e bem-estar interações sociais e tantos outros aspectos que leva o indivíduo a interagir com o mundo”.

Quadro 3: Ideia central 1 e Discurso do Sujeito Coletivo dos profissionais da área de Geriatria em resposta a questão: Como é a relação de vocês entre a chefia e companheiros de trabalho?

Ideia central: 1

“Integração da equipe e formação multiprofissional na contribuição da qualidade de vida no trabalho”

Discurso do Sujeito Coletivo
Aqui na geriatria... aqui é interdisciplinar, então assim, a gente sente que há o respeito entre os profissionais. A geriatria conseguiu ter o maior número de profissionais: tem assistente social, hoje não tem psicólogo, mas até dois anos atrás tinha psicólogo, não teve assistente social ano passado, mas esse ano já tem. Então tem fases de mudanças, mas eu acho que é o único setor do hospital que consegue manter uma equipe dentro do setor. A relação não tem problema, pelo contrário, os médicos são muito bons e os companheiros também. Eu acho que dá para fazer um trabalho de qualidade, dá pra fazer interdisciplinar e multiprofissional. [...]. E a maior parte das pessoas que estão envolvidas, por exemplo, especialistas da área de gerontologia estão muito ligados por que trabalham em outros lugares. A gente acaba acumulando funções que nem sempre são as nossas. A gente passou por uma parte conflituosa quando juntaram as duas enfermarias porque aqui [...] porque muitos não pensavam do mesmo jeito, não caminhavam do mesmo jeito então... a equipe não estava acostumada com o tipo de paciente que a gente trouxe, eles tinham pacientes da geriatria aqui, mas eles não estavam acostumados com o número de pacientes. Mas isso melhorou muito. Foi uma fase de adaptação mesmo. Mas no geral, as equipes de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, enfermagem, e mesmo a equipe médica, a gente procura trabalhar junto”.
Ideia central: 2
“A importância da valorização da chefia e o perfil do paciente na contribuição da qualidade de vida no trabalho”
Discurso do Sujeito Coletivo
A chefia que é excepcional nos dá apoio e que nos incentiva. Mas eu acho que a geriatria tem um perfil diferenciado mesmo porque é direto com os idosos. A equipe de geriatria é muito legal, todo mundo se dá muito bem, se ajudam, mas tem muita coisa que nos prejudica muito. Mas mesmo assim a equipe se dá bem. Não tem problema com a chefia, eles escutam, querem saber como estão as coisas, querem opinião, sugestão, mas infelizmente não podem fazer muita coisa. O pessoal é bem camarada mesmo e a gente fica contente que a pessoa tenha conseguido a alguma coisa melhor. Eu acho que é gerontologia tem essa proposta de ensino, e aqui de aprimoramento já deve ter uns 16 anos, tem a residência... Então eu acho que durante esse tempo foi construído todo um trabalho.

Destaca-se na primeira Ideia do Discurso do Sujeito Coletivo (Quadro 3 – Ideia central 1 2) o respeito e a integração entre os profissionais, assim como, devido ao perfil do paciente proporcionar a necessidade de diversos tipos de profissionais, o setor privilegia a composição multiprofissional e intersetorial promovendo assim, maior

qualidade no atendimento ao paciente como no aprendizado geral da equipe.

Observa-se ainda, no DSC a valorização dos funcionários pela chefia e o perfil do paciente contribui na qualidade de vida relacionado a saúde dos funcionários. Além disso, a relação interpessoal entre a chefia e companheiros de trabalho demonstra ser muito boa, independentemente do cargo ou função exercida pelo funcionário. Há grande respeito entre os profissionais e destes com a chefia proporcionando apoio e incentivo a todos. Fica evidenciado no Discurso do Sujeito Coletivo que o perfil diferenciado com relação a integração efetiva dos funcionários está diretamente relacionado a qualidade das relações interpessoais com idosos, some-se a isso, o fato da área de geriatria ter uma equipe multiprofissional e ensino voltado ao aprimoramento e promovendo uma maior especialização nos cuidados dos idosos.

Portanto, pode-se afirmar que essa boa relação possibilita desenvolver um trabalho de qualidade, interdisciplinar e multiprofissional, o que contribui significativamente para o ambiente salutar e conseqüentemente para uma boa qualidade de vida relacionado à saúde.

5 CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente estudo foi possível identificar que a qualidade de vida no trabalho dos funcionários relacionado à saúde do setor de geriatria, segundo as respostas dos participantes analisadas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo está adequada tendo em vista a organização do trabalho, o relacionamento interpessoal da equipe e especificamente quanto ao trabalho com os idosos os quais lhes permitem momentos únicos de convivência, aprendizado e respeito ao trabalho que realizam.

No entanto, destacam-se outras variáveis que devem ser observadas com vistas à qualidade de vida no trabalho, tais como: a revisão de processos de trabalho, a re-significação do trabalho, a apropriação das tarefas e a gestão participativa e interdisciplinar.

Ao analisar o conteúdo dos discursos identificou-se que no setor de Geriatria do Hospital, objeto de nosso estudo, a qualidade de vida dos funcionários em relação ao ambiente de trabalho é adequado e produtivo e isto se deve, principalmente, pelo relacionamento respeitoso e profissional entre os mesmos, exercido em condições de liberdade,

equidade e segurança, sem quaisquer formas de discriminação, e capaz de garantir uma vida digna a todas às pessoas que vivem de seu trabalho. Porém, fica evidente o estresse de funcionários em alguns setores causado pelo problema do acúmulo de serviço, gerado basicamente pela quantidade de funcionários aquém da necessidade para o atendimento do idoso e, também pela necessidade de realizar plantões para complemento salarial. Situação esta que tem causado problemas de saúde física e psicológica. Os Funcionários estão conscientes do papel que exercem de atendimento aos idosos e não medem esforços para atendê-los bem, mesmo enfrentando o reduzido número de funcionário para atendimento. Contudo, a dedicação daqueles funcionários comprova que são geridos por profissionais competentes e trabalham numa equipe solidária.

Neste sentido os resultados obtidos podem nortear ações estratégicas de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) para a área da geriatria, na medida em que indica possíveis associações entre a QVRS como condição de trabalho, valorização do profissional e organização do trabalho à luz da humanização do atendimento à pessoa idosa. Além disso, é fundamental a realização de novos estudos bem como a discussão de práticas que requeiram tecnologias leves e específicas a respeito da relação dos profissionais e clientes idosos para o aprimoramento da qualidade do atendimento, bem como garantir a qualidade de vida no trabalho dos envolvidos. Assim para se conquistar a harmonia nas relações de trabalho, verticais e horizontais, há que se ter uma liderança competente e eficaz para manter a equipe coesa e motivada, conforme identificado no setor de geriatria, considerando ainda esforços dos funcionários na missão institucional para maximizar objetivos na sua totalidade.

Com destaque ao Discurso do Sujeito Coletivo observa-se que a valorização dos funcionários pela chefia e o perfil do paciente contribuem na qualidade de vida em relação à saúde dos funcionários. A relação interpessoal entre a chefia e companheiros de trabalho demonstra ser muito boa, independentemente do cargo ou função exercida pelo funcionário, contudo, como já mencionado anteriormente, a escassez de funcionários provoca a sobrecarga de trabalho, tendo como consequência a pressão da chefia para cumprimento das atividades. Fica evidenciado no Discurso do Sujeito Coletivo que o perfil diferenciado com relação à integração efetiva dos funcionários está diretamente relacionado a qualidade das relações interpessoais com idosos, some-se a isso, o fato da área de geriatria ter uma equipe multiprofissional e ensino voltado ao

aprimoramento, promovendo uma maior especialização nos cuidados dos idosos.

O método do Discurso do Sujeito Coletivo possibilitou organizar e tabular os dados coletados, qualiquantitativos de natureza verbal, obtidos por depoimentos.

Portanto, o resultado da pesquisa comprova nossa hipótese de que a boa relação de trabalho possibilita desenvolver o trabalho de qualidade, interdisciplinar e multiprofissional, o que contribui significativamente para o ambiente salutar e consequentemente para uma boa qualidade de vida relacionado a saúde do trabalhador atingindo a missão do setor de geriatria.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Elisabete Agrela de; ANDRE, Lucia Marcia; WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde: desenvolvimento e princípios. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MORAES, M.A. (Org.). **Avaliação de projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis, 2014, p.25-55. (Saúde em Debate; 248)

BRASIL. Constituição de República Federativa do Brasil de 1988.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

Acesso em: 13 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal no. 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso

em: 13 fev. 2017.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 14. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 09.

CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS: PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 30.

Anais eletrônico...Brasília: All Type Assessoria, 2014. Disponível em:

<http://subpav.org/download/prot/Modelo_de_Atencao_Integral_saude_da_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

COUTO, M.J.B.L.F. **Autoeficácia e satisfação no trabalho em técnicos de diagnóstico e terapêutica**. Dissertação (Mestrado) - Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Porto, 2012. 59f. Disponível em: <http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3102/1/DM_MariaCouto_2012.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

DEJOURS, C. **Épistémologie concrète et ergonomie**. In: DANIELLOU, F. (Org.). *L'ergonomie en quête de ses principes: débats épistémologiques*. Paris: Octares Edition, 1996. p. 201-217.

DEJOURS, C. **Loucura no trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992. 168p. Desktop.

DEJOURS, C. **Travail, usure mental**: de la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail. ed. ampliada. Paris: Bayard, 1993.

Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0188.pdf>>.

Acesso em: 12 fev. 2017.

GRAGNOLATI, M. et al. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**:

implicações de um envelhecimento populacional sobre crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas e prestação de serviços. 2011. Disponível em:

<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf>.

Acesso em: 13 fev. 2017.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista da Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, 1987.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2. ed. Brasília: Liberlivro, 2012. v. 1000. 224p.

LESSI, L.S. **Assédio moral**: o moderno *tripallium* do trabalho. CEAESP – Centro Avançado de Estudos na Gestão Pública e Privada. 2012.

Disponível em:

<http://www.sindicatouniao.org.br/pdf/assedio_moral.pdf>. Acesso em:

14 fev. 2017.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Qualidade de vida no trabalho – QVT**: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas S.A. 2009.

MARZIALE, M.H. P.; DANTAS, R.A. Qualidade de vida no trabalho: saúde e segurança em serviços de saúde. In: HARADA, Maria de Jesus C. S.; CUNHA, I.C.K.O. (Org.). **Gestão de Enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011. p. 455- 461.

MENEZES, Lina. Alexandre Kalache: gerontolescência. **Faz muito bem**, nov. 2013. Seção Longividade. Disponível em: <<http://fazmuitobem.com/alexandre-kalache-gerontolescencia/>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

MORAES, M.A. **Apresentação**. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MORAES, M.A. (Org.). **Avaliação de projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis, 2014. p.17-19. (Saúde em Debate; 248).

O QUE é CIPA?. In: CIPA – COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES. [20--]. Disponível em: <<http://www2.cdp.com.br/Cipa/index.html>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

O QUE é trabalho decente. In: OIT - ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. [20--]. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/content/o-que-e-trabalho-decente>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

O'DRISCOLL, M.P.; BEEHR, T.A. Moderating effects of perceived control and need for clarity on the relationship between role stressors and employee affective reactions. **Journal Soc Psychol**, v. 140, n.2, p.151-159, abr. 2000.

ODMS: 8 jeitos de mudar o mundo [Internet]. In: SELO SOCIAL. [20--]. Disponível em: <<http://www.selosocial.com/odms>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

OLIVEIRA, I.M.; FITIPALDI, E.O.; ESPER. E.S. Saúde e segurança em serviços de saúde. In: HARADA, M. J.C.S.(Org.) CUNHA, I.C.K.O. (Org.). **Gestão em Enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2011. p.349-357.

PINHEIRO, C.S. **Introdução à segurança do trabalho**. Instituto de Formação, 2012. (Cursos Técnicos Profissionalizantes).

PINSKY, J. **História da cidadania**. São Paulo: Contexto, 2005.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. **Qualidade de vida no ambiente de trabalho**. In: MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Brasília, [20--]. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/a3p/eixos-tematicos/qualidade-de-vida-no-ambiente-de-trabalho?tmpl=component&print=1>>. Acesso em: 6 fev. 2017.

RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Fortaleza: UNIFOR, 1991.

SÃO PAULO. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Lei complementar 432 de 18 de dezembro de 1985**. Dispõe sobre a concessão de adicional de insalubridade aos funcionários e servidores da Administração Centralizada e das Autarquias do Estado e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1985/lei.complementar-432-18.12.1985.html>>. Acesso em: 21 abr. 2016.

SILVEIRA, Erledes Elias da. **A capacidade das universidades corporativas de pensar o indivíduo como sujeito**. 2004. 208f. Dissertação (Mestrado) – Faculdades Integradas Hebraico Brasileira Renascença, São Paulo, 2004.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**: ergonomia, método e técnica. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE UM HOSPITAL GERAL E A PERCEÇÃO DESTES A RESPEITO DE UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE OFERECIDO PELA INSTITUIÇÃO

Maria Geralda Viana Heleno
Gláucia Margonari Bechara
Katiane Holanda Fukamachi
Maitê Menegazzo Allegretti
Tais Mazzotti
Antonio de Pádua Serafim

INTRODUÇÃO

O interesse em estudar e avaliar qualidade de vida (QV) tem aumentado muito nos últimos anos. Tal fato parece estar relacionado à importância do conceito de QV em função da relação com fatores determinantes da saúde, da doença e de promoção da saúde. Portanto, inclui a valorização de parâmetros mais amplos que o controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A avaliação da QV abrange uma variedade de condições analisadas a partir da percepção do indivíduo de seus sentimentos e comportamentos (MACEDO, et al., 2009). Trata-se de um termo multidimensional que abrange a construção de domínios, tais como a saúde em geral, capacidade física, bem-estar emocional, cognitivo, bem-estar social, sexual e espiritual (HARRIS, et al., 2009). A QV, assim, é definida como a compreensão das pessoas sobre sua vida, que inclui tanto a cultura, os valores como expectativas e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O que se tem de fato é que aplicação do conceito de qualidade de vida na área da saúde representa uma importante ferramenta tanto do ponto de vista teórico-metodológico como da prática clínica (SEIDL; ZANON, 2004). Sendo assim, este conceito implica na consolidação da mudança de uma posição biomédica para um modelo ecológico da saúde.

Portanto, justifica-se pesquisas de avaliação da QV de profissionais da área da saúde, tendo em vista que esta pode ser uma estratégia interessante para avaliar a percepção das condições de saúde e doença destes trabalhadores.

Visto isto, destaca-se que os profissionais de saúde estão submetidos a vários riscos, nos casos dos trabalhadores de instituições

hospitalares há consenso de que o trabalho pode ser fator de doença (BENERI; SANTOS; LUNARDI, 2001; ELIAS; NAVARRO, 2006). Esses profissionais da saúde lidam com situações de tensão, o que necessariamente impõe a necessidade de suporte para a manutenção da saúde. Os riscos ocupacionais percebidos por estes profissionais, incluem: o ritmo acelerado no trabalho, manutenção de posturas inadequadas, esforço físico que produz fadiga, trabalho isolado, temperatura inadequada e excesso de ruído (SAVOLDI, 2006).

Os problemas de saúde e condições de trabalho tendem a associar-se com o comprometimento da QV dos profissionais (SAVOLDI, 2006). Por isso, observa-se a necessidade de intervenção de uma equipe para criar programas que melhorem a QV (FARIAS, 2004). Um estudo (GUEDES, 2000) que investigou auxiliares de enfermagem ressaltou que as condições de trabalho são inadequadas e recomendou a promoção de medidas para melhorar a condição dos trabalhadores.

Entretanto uma variável de importante impacto nesta população é a alta rotatividade dos profissionais da área da saúde, fato prejudicial ao trabalhador, ao paciente e a instituição (SOUZA,2003; IWAMOTO; ANSELM, 2006).

Por outro lado, as questões ligadas ao ambiente saudável de trabalho tendem a resultar desenvolvimento social e econômico (CASAS; KLIJN,2006). E para a sustentação deste ambiente saudável, deve-se utilizar estratégias que envolvam todos os participantes. Para esses autores, ambientes saudáveis corroboram o desenvolvimento pessoal, familiar e social e que a boa saúde é um bem muito valorizado. Nesta mesma perspectiva, outros estudos também têm enfatizado que o trabalho em condições saudáveis, promove o bem-estar, melhoram as relações humanas, a produtividade como também a QV dos profissionais de enfermagem (OLER, et al., 2005).

A questão da qualidade de vida relacionada ao contexto do trabalho tem sido objeto de alguns estudos. E, especialmente, realizados com grupos de trabalhadores da área da saúde utilizando-se o instrumento Whoqol-Bref. Um estudo (PASCHOA; ZANEI; WHITADER, 2007) que avaliou 126 trabalhadores de enfermagem, em nove unidades de Terapia Intensiva por meio do Whoqol-Bref, mostrou que a qualidade de vida dos trabalhadores em todas as dimensões é relativamente baixa, principalmente nos domínios físico e meio ambiente. Em outro estudo (KLUTCHCOVSKY et al., 2007) que avaliou a QV de 169 agentes comunitários de saúde, encontrou-se uma avaliação positiva tanto para

qualidade de vida geral, quanto para os domínios relações sociais, físico e psicológico e na faixa intermediária para o domínio meio ambiente.

Diante do exposto, considera-se a importância da avaliação da qualidade de vida como facilitador de planejamento de ações de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a QV e fazer a caracterização socioeconômica e demográfica de profissionais de um hospital geral, e a percepção destes a respeito de um programa de Promoção de Saúde oferecido pela instituição.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e, também, com dados qualitativos. Estes obtidos por meio da análise de conteúdo das respostas dadas sobre um programa institucional de promoção de saúde. A análise de conteúdo segundo Bardin (2002) é um método empírico, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para a realização da análise da comunicação. Esta produz por inferência conhecimentos a respeito do discurso do sujeito. Para a análise dos dados quantitativos utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 14. Foram avaliados 216 trabalhadores dos vários Setores da Unidade hospitalar (Administrativo, Recepção, Higienização, Serviços Gerais, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Saúde e Técnico de Nível Superior). Todos os profissionais do hospital foram convidados a participar do estudo, exceto médicos. A amostra foi composta por 216 funcionários, 85% de adesão dos colaboradores do hospital número significativo considerando que a participação foi voluntária e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual. A coleta abrangeu o período de 2011 a 2013. O Estudo foi realizado no Hospital Santo Helena, situado na cidade de Santo André. O Departamento de Promoção de Saúde desenvolveu um programa de promoção de saúde para seus colaboradores. Este programa é composto por um conjunto de atividades que podem ser usufruídas pelo funcionário, geralmente, durante o seu período de trabalho na instituição. São atividades promovidas por educadores físicos, fisioterapeutas, médicos, músicos, nutricionistas e psicólogos. Os atendimentos são individuais, grupais, dentro do hospital e na comunidade. No hospital são oferecidos: ginástica laboral; aulas de música e coral; acupuntura; atendimento médico, fisioterapêutico, nutricional e psicológico e na comunidade são feitos eventos para a promoção de saúde como caminhadas e palestras.

Os dados sobre o programa de promoção de saúde e dificuldades no trabalho foram obtidos por meio da análise de conteúdo das respostas dadas. A análise de conteúdo (SCHMIDT; DANTAS, 2006) é um método empírico, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para a realização da análise da comunicação. Esta produz por inferência conhecimentos a respeito do discurso do sujeito.

Instrumentos

- *Whoqol-Bref*: Avaliação de Qualidade de Vida da OMS.
Este instrumento consta de 26 questões divididas em quatro domínios: **Físico** (Dor e desconforto; Energia e fadiga; Sono e repouso; Mobilidade, Atividades da vida cotidiana; Dependência de medicação ou de tratamento; Capacidade de trabalho); **Psicológico** (Sentimentos positivos; Pensar, aprender, memória e concentração; Auto-estima; Imagem corporal e aparência; Sentimentos negativos; Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais); **Relações sociais** (Relações pessoais; Suporte (Apoio) social; Atividade sexual) e **Meio ambiente** (Segurança física e proteção; Ambiente no lar; Recursos financeiros; Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; Participação em, e oportunidades de recreação/lazer; Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima; Transporte).
- Questionário de classificação socioeconômica – Abipeme
Este instrumento foi preconizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas – ABEP e desenvolvido pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado* com o objetivo de categorizar a população segundo padrões de consumo para classificação socioeconômica por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico, além do nível de escolaridade do chefe de família.

*Abipeme – Critério Padrão de classificação Econômica Brasil, ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/classificacaobrasil.pdf> e Abipeme. 25.07.2013
- Questionário sobre características sócio-demográficas e profissionais
Trata-se de um questionário criado para esta pesquisa e incluiu as seguintes variáveis: gênero, escolaridade, jornada de trabalho,

função, situação sócio econômico, tempo de trabalho e QV. Estas foram analisadas no SPSS. Quanto aos dados qualitativos utilizou-se análise de conteúdo por meio de categorias previamente estabelecidas. As categorias utilizadas foram: (1) você conhece o Programa Institucional de Promoção de Saúde *de Bem com a Vida*? (2) Participa de alguma atividade? Se *sim*, qual? Se *não*, por quê? (3) Descreva de forma breve sua função e as dificuldades encontradas para exercê-la.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, no período de junho de 2011 a agosto de 2012. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, nos termos das Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde Protocolo Nº 186131 de 23/06/2008, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Para a análise dos dados quantitativos utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 14. A ANOVA foi utilizada para comparar média dos resultados da qualidade de vida global e dos domínios da qualidade de vida para cada função. Também foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson (*r*) para verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis (QV e dos domínios). O nível de significância foi de 5% em todos os testes. Quanto aos dados qualitativos utilizou-se análise de conteúdo por meio de categorias previamente estabelecidas. As categorias utilizadas foram: (1) Você conhece o Programa Institucional de Promoção de Saúde *de Bem com a Vida*? (2) Participa de alguma atividade? Se *sim*, qual? Se *não*, por quê? (3) Descreva de forma breve sua função e as dificuldades encontradas para exercê-la.

RESULTADOS

A média de idade foi de 30,9±7,6 anos, destes 71,6% são mulheres (SPINDOLA; SANTOS, 2003) e 28,4% homens. Em relação ao estado civil 47,9% casados, 45,10% solteiros e 6,4% viúvos ou divorciados e 53,50% tinham filhos. Quanto à escolaridade 51,2% dos funcionários já concluíram ou ainda estão cursando o ensino superior, 45,6% cursaram até o ensino médio e técnico, 2,8% cursaram até o ensino fundamental, 0,4% são analfabetos e 92,6% têm o interesse em continuar os estudos.

Quanto ao vínculo empregatício 72,10% não possuem outro vínculo. Os dados demonstram a boa qualificação dos funcionários no requisito escolaridade. Além disso, 72,10% dedicam-se exclusivamente ao hospital. Com relação à função observaram-se sete diferentes categorias. Houve o predomínio dos auxiliares de enfermagem sendo 37,7% da amostra. Recepcionistas eram 18,10%, 14,90% funcionários da administração, técnico de nível superior 9,8%, na função de higienização 7,90%, técnicos da saúde 7,4% e serviços gerais 4,20%. A situação econômica dos participantes revelou o predomínio na classe C (51,60%), a classe D representou 30,70%, a classe E representou 10,20% e a classe B 1,5%.

Quanto ao tempo de trabalho houve o predomínio de até 02 anos sendo 46,8% da amostra. A análise mais detalhada mostrou que considerando os 100 funcionários que trabalham no hospital até 02 anos, 60 deles estão no hospital há menos de 01 ano e a maior rotatividade está centrada no setor da recepção, em seguida da enfermagem e por último do setor administrativo. Observou-se que dos 39 recepcionistas entrevistados 19 (48%) estavam no cargo há menos de 01 ano, dos 32 da administração eram 11 (34%) e dos 81 auxiliares de enfermagem eram 21 (26%). Estes dados mostram a alta rotatividade de funcionários.

A Tabela 1 mostra os valores obtidos para a correlação entre a QV e os domínios. Houve uma correlação significativa com a qualidade de vida global, embora de baixa magnitude.

Tabela 1 – Coeficiente de Correlação de Pearson entre os domínios e a qualidade de vida global

Domínios	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
QV Global	0,457**	0,578**	0,366**	0,443**
Físico		0,549**	0,391**	0,534**
Psicológico			0,570**	0,566**
Relações Sociais				0,482**

**p<0,05

Fonte: Dados da pesquisa de campo

A tabela 2 expressa os resultados das comparações das médias dos dom1 (físico), dom2 (psicológico), dom3 (relações sociais) e da QV Global. As médias mais baixas foram expressas pelos profissionais de recepção e auxiliar de enfermagem e no domínio3 o pessoal de higienização. Os resultados por indivíduos mostram que no domínio1 profissionais que trabalham no setor de recepção apresenta os números

mais baixos e no domínio2 e domínio3 são os auxiliares de enfermagem. Embora tenhamos médias baixas em algumas categorias, este dado não se configurou em diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 2 – Média dos resultados da qualidade de vida global e dos domínios da qualidade de vida 1(físico), 2(psicológico) e 3(relações sociais) e da QV Global para cada função

Funções	Média±DP Dom1	Média±DP Dom2	Média±DP Dom3
Administrativo	16,07±2,01	15,86±1,7	15,9±1,75
Auxiliar de Enfermagem	14,88±3,19	14,70±2,8	15,1±3,10
Higienização	15,18±3,02	15,11±2,39	14,6±2,56
Recepção	14,6±2,67	14,85±3,01	16,01±2,7
Serviços Gerais	16,04±1,1	16,01±1,4	16,03±1,2
Técnico da Saúde	16,02±2,1	15,90±1,8	16,01±1,6
Técnico Superior	16,02±2,3	16,5±2,2	16,10±3,7

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Nota: Para todas as comparações o $p > 0,05$

A tabela 3 mostra que no domínio4 houve uma diferença significativa entre as funções. Os funcionários de Nível Superior estão mais bem posicionados do que as outras funções exceto Serviços Gerais. Comparando-se com os funcionários da Recepção e Higienização a diferença é de máxima significância ($< 0,001$).

Tabela 3 - Coeficiente de Correlação de Pearson dos domínios e a qualidade de vida global entre as diversas funções do hospital.

(I) Categorias dos cargos no Hospital	(J) Categorias dos cargos no Hospital	Diferenças nas Médias (I-J)	Significância
Técnico Nível Superior	Administrativo	1, 75149*	0, 017
	Auxiliar de Enfermagem	1, 58907*	0, 011
	Higienização	2, 77171*	<0, 001
	Recepcionista	2, 21062*	<0, 001
	Técnico da Saúde	2, 15774*	0, 010

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Considerando a análise do nível sócio econômico (Abipeme) e os domínios (tabela 4), os dados demonstraram que no domínio 4 os funcionários da classe C estão bem quando comparados aos da Classe E. Resultado semelhante foi observado em relação aos funcionários da classe B em relação aos domínios 1,2 e 3 quando comparados aos funcionários dos outros níveis sócio econômicos.

Tabela 4 – Diferenças entre Níveis sócio econômico no Domínio4 (Meio-ambiente)

(I) ABIPEME	(J) ABIPEME	Diferença Média (I-J)	Significância
03	05	1, 60401	0, 002

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Para a análise qualitativa utilizou-se a análise de conteúdo por meio da qual se estabeleceu previamente categorias criadas a partir de um estudo piloto. As questões foram: (1) Você conhece o Programa de Promoção de Saúde *de Bem com a Vida*? (2) Participa de alguma atividade? Se *sim*, qual? Se *não*, por quê? (3) Descreva de forma breve sua função e as dificuldades encontradas para executá-la (4).

Dos 226 colaboradores da instituição hospitalar 16% não conheciam o Programa de Promoção da Saúde de Bem com a Vida desenvolvida no Hospital. Dos 84% que tinham informações sobre o programa, apenas 45,60%, ou seja, mais da metade (54,40%) não tinha qualquer participação ativa no programa. Dos serviços e atividades colocados a disposição dos colaboradores da instituição hospitalar a que conta com mais participantes é a ginástica laboral. Em seguida temos nutrição, psicologia e música. O principal motivo para 58,20% dos profissionais que os impede de participar é a falta de tempo e o fato de não conhecerem o programa.

Quanto às dificuldades encontradas no trabalho os colaboradores indicaram a falta de funcionários, excesso de trabalho, alta rotatividade dos funcionários, dificuldades de comunicação, falta de apoio ao funcionário, dificuldades de adaptação, estrutura física inadequada, inexistência de plano de carreira e desvio de função.

DISCUSSÃO

De uma maneira geral, os estudos sobre qualidade de vida de profissionais da saúde estão centrados na enfermagem e poucos são os estudos que envolvem outros profissionais da saúde em ambiente hospitalar.³⁻⁶⁻⁷

Analisando as características da população estudada observou-se o predomínio do gênero feminino fato que parece estar relacionado a transformações sociais com consequências no aumento da participação da mulher no mercado de trabalho (ALVES et al., 2009).

A avaliação da QV mostrou que embora não tenha havido diferenças significantes, a maioria das médias nos domínios 1e 2 para todas as funções do hospital foram baixas, dados estes corroborados por outro estudo.²⁰ Além disso, os dados mostraram que há alta rotatividade dos funcionários corroborando apontamentos (SOUZA,2003; ELLIAS; NAVARRO, 2006). Este fenômeno ocorre principalmente no setor da recepção e auxiliares de enfermagem, que possuem as médias mais baixas no domínio físico - capacidade de trabalho e psicológico – sentimentos e autoestima, respectivamente. E mais ainda, a correlação entre os domínios da qualidade de vida e as funções mostrou que no domínio4 os técnicos de nível superior expressam sentir-se melhor em relação aos da Recepção e Higienização, como também em relação aos auxiliares de enfermagem. Este domínio está relacionado a recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais e oportunidades de recreação/lazer. Também,

a análise dos dados mostrou que quanto melhor o nível sócio econômico melhor o domínio⁴.

Estes resultados sugerem que tanto os funcionários da recepção quanto os auxiliares de enfermagem apresentam prejuízos em sua qualidade de vida, uma vez que as maiores queixas foram em relação às condições desfavoráveis de trabalho, dados estes que também corroboram outros estudos (ELIAS; NAVARRO, 2006). Esta associação de fatores negativos nos leva a reconhecer que estes profissionais apresentam prejuízos de ordem bio-psico-social e mostra a necessidade de atenção a saúde.

Partindo do princípio de as instituições hospitalares em sua essência acabam não sendo instituições promotoras de saúde para seus funcionários se faz necessário o cuidado especial para minimizar os efeitos nocivos no trabalho hospitalar. Neste sentido recomenda-se a implantação de programas de promoção de saúde como ressaltam alguns autores (FARIAS, 2004; GUEDES, 2000; BACHES, LUNARDI FILHO, LUNARDI, 2006).

Na análise realizada para verificar a avaliação dos funcionários sobre o Programa de Promoção de Saúde de Bem com a Vida desenvolvido pelo Hospital, mostrou que após um ano de início mais da metade dos funcionários não participavam ou desconheciam. O principal motivo que, segundo os funcionários, os impedia de participar do Programa de Promoção da saúde era a falta de tempo e o fato de não conhecerem o programa. Quanto às dificuldades encontradas no trabalho os colaboradores indicaram a falta de funcionários, excesso de trabalho, alta rotatividade dos funcionários, dificuldades de comunicação, falta de apoio ao funcionário, dificuldades de adaptação, estrutura física inadequada, desvio de função e inexistência de plano de carreira. O processo de inserção da promoção de saúde, humanização, deve ser o resultado de um conjunto de medidas tomadas a partir de várias percepções da realidade hospitalar, incluindo a percepção dos funcionários (BACHES, LUNARDI FILHO, LUNARDI, 2006). No entanto, destaca-se também, a necessidade uma melhor comunicação e divulgação, o que possivelmente se traduziria em uma maior participação dos funcionários, visto que neste estudo, verificamos um número significativo de funcionários que desconheciam o programa desenvolvido pelo hospital.

As questões de os funcionários não poderem usufruir de um Programa de Promoção de Saúde e ao mesmo tempo apresentarem tantas queixas nos leva a refletir sobre a prevenção de doenças.

CONCLUSÃO

Do que foi estudado depreende-se que os programas de promoção de saúde são eficazes para as pessoas que possuem boa qualidade de vida e eficácia adaptativa. Profissionais sem suprimentos básicos carecem de programas preventivos terciários e secundários. Sendo assim, para a efetiva eficácia das atividades de promoção de saúde, que não devem deixar de existir e que são muito importantes, é necessária atenção, também, às queixas dos colaboradores. A instituição precisa deixar claro o interesse pela QV do colaborador. Um programa específico centrado na questão do trabalhador com atenção às queixas diretamente relacionadas ao setor de Recursos Humanos poderia de forma mais eficaz melhorar a condição de trabalho e em decorrência a qualidade de vida destas pessoas.

Sabe-se da complexidade destas questões e do número de fatores envolvidos, mas um programa de promoção de saúde é viável quando um programa de prevenção secundária ou terciária já estiver em curso.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.L.A.et al. Qualidade de Vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Rev saúde pública**. v.43, n.1, p.154-60, 2009.

ANSEMI, M.L.; DUARTE, G.G.; ANGERAMI, E.L.S. "Sobrevivência" no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Rev latinoam enferm**. v.9, n.4, p.13-18, 2001.

BACHES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.K.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**. v.40, n.2, p. 221-7, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BENERI, R. L.; SANTOS, L. R.; LUNARDI, V. L. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Rev bras enferm**. v.54, n.1, p. 108-18, 2001.

CASAS, S. B.; KLIJN, T.P. Promoción de La salud y um entorno laboral saludable. **Rev lat am enfermagem**. v.14, n.1, p.136-41, 2006.

ELLIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev latinoam enferm**. v. 14, n.4, p.517-25, 2006.

FARIAS, S. N. P. **Qualidade de vida no trabalho**: um enfoque para enfermagem em Centro Municipal de Saúde. 199f. Dissertação. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2004.

GUEDES, E. M. **Distúrbios osteomusculares e o trabalho de Enfermagem hospitalar**: estudo com auxiliares de enfermagem em unidade de ortopedia.179f. Dissertação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000

HARRIS, K. et al. Patients' and health care professionals' evaluation of health-related quality of life issues in bone metastases. **Eur J Cancer**. v.45, n.14, p.2510-8, 2009.

IWAMOTO, H. H.; ANSEMI, M. L. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais. **Rev gaúcha enferm.**v.27, n.3, p. 443-53, 2006.

KLUTCHCOVSKY, A.C.G.C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sócio-demográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Ver psiquiatr Rio Gde Sul.** v.29, n.2, p.176-183, 2007.

MACEDO, P. C. M. et al. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. **Rev bras psiquiatr.** v.31, n.2, p.119-24, 2009.

OLER, F. G. et al. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. **Arq ciênc saúde.** v.12, n.2, p.102-10, 2005.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITADER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta paul enferm.** v.20, n.3, p.305-10, 2007.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev bras educ fís esp.** v.26, n.2, p.241-50, 2012.

SAVOLDI, N. A. M. **Condição de trabalho e saúde dos trabalhadores de enfermagem da UTI pediátrica.** 136f. Dissertação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2004.

SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev lat am enfermagem.** v.14, n.1, p.54-60, 2006.

SEIDL, E.M.F.; ZANON, C. M. L. Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad saúde pública.** v.20, n.2, p.580-8, 2004.

SOUZA, S. R. R. K. **A rotatividade e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem: um enfoque da ergonomia.** Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina.2003.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.S. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem **Rev lat am enfermagem**. v.11, n.5, p.593-600, 2003.

The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment **Psychol Med**. n.28, p.551-8, 1998.

CONTEXTOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

EDUCAÇÃO OU ENSINO EM SAÚDE? VENCENDO DESAFIOS!

José Carlos Souza

Tânia Gisela Biberg-Salum

Educação em saúde ou educação na saúde? Educação ou ensino na saúde? A complexidade do tema e as angústias a ele relacionadas já têm início no título da questão e, não raro, são ignoradas nos debates entre grupos que pretendem discorrer ou trabalhar sob este enfoque. Para aqueles envolvidos com a trajetória da formação de profissionais da saúde torna-se imperioso o domínio do conhecimento semântico no que tange a esse tema, pois este alicerçará o que daí se pretende construir.

A literatura é profícua em produções abordando estes conceitos, no entanto, ainda muito há que se debater com o intuito de consolidar os eixos norteadores para a extrapolação dos caminhos a serem seguidos. O Glossário Temático do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) traz definições para o verbete educação em saúde que abarcam a concepção de construir, junto à população, conhecimento capaz de promover a autonomia quanto ao autocuidado, movimento este que tramita a partir de um processo educativo pelas práticas as quais possam, em adição, potencializar o exercício do controle social. Quanto à educação na saúde, esta mesma fonte a define como, para além da produção, também a sistematização de conhecimentos, quer seja por meio de práticas de ensino, diretrizes didáticas e/ou orientações, envolvidos na formação e no desenvolvimento de atores que atuarão em saúde.

Em assim sendo, ao longo deste capítulo serão discutidos alguns conceitos e posições epistemológicas a respeito destes temas; abordar-se-ão, também, questões históricas, socioeconômicas, teóricas, práticas e pedagógicas, no intuito de elucidar percepções construídas e promover reflexão acerca daquelas que, eventualmente, poderão emergir.

Quando se pensa que o sistema de saúde ora em voga no Brasil pressupõe uma construção democrática, sustentada pelos pilares da universalidade, equidade e integralidade, imagina-se que, para a manutenção e aplicabilidade destes aspectos, torna-se necessária a participação otimizada de todos os atores envolvidos neste processo de produção da saúde, entendendo-o de forma ampliada, com extrapolação da dimensão biologicista e sustentado pelas esferas sociais, políticas e

culturais. Além disso, propõe-se considerar a integralidade como a possibilidade de atender as necessidades de saúde dos indivíduos e do coletivo, tanto nos âmbitos da promoção desta quanto nos aspectos curativos e de prevenção das doenças. Este pensamento contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, sendo que esta característica deve ser inerente ao trabalho de todos os profissionais envolvidos.

Ao encontro destas perspectivas surge a proposta de Educação em Saúde, que se constitui em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde e/ou um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que ao compreenderem-se os determinantes envolvidos no processo saúde-doença adquirem-se subsídios para a incorporação de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005). Cabe lembrar que, de tais práticas de educação, podem emanar a promoção em saúde, inicialmente citada por Henry Sigerist, no Canadá, em 1945 (PEREIRA *apud* SÍCOLI, 2003) e a transformação social, daí que pretende reduzir as desigualdades e a pobreza (ROUQUAYROL *et al.*, 2013). Na transição do século XIX para o XX surgiram práticas de educação e saúde as quais tinham como base aspectos de higiene. Estas tinham caráter biologicista, normativo e individualista, responsabilizando o sujeito como mantenedor da sua saúde.

Historicamente tergiversando, na abordagem evolutiva dos conceitos relacionados à Educação em saúde, surgiu, em 1919, nos EUA, a concepção do termo Educação Sanitária, a qual estava associada à saúde pública e visava à prevenção de doenças, mediante a transmissão do conhecimento. No Brasil esta veio representada pelas campanhas sanitárias no combate a epidemias. Em sua abordagem, no entanto, estas práticas não levaram em consideração as questões políticas e sociais que tinham implicação relativa às condições de vida e de trabalho para a saúde, sendo que estas predominaram no campo da educação em saúde durante as décadas seguintes, podendo, inclusive, ser encontrados ainda hoje (ALVES, 2005). Na década de 1960, também nos EUA, surge a Medicina Comunitária, apesar de, há duas décadas anteriores os cenários já terem iniciado um processo de transformação. Esta mudança direcionava à participação da comunidade o fator propulsor da solução dos problemas da saúde, sendo que o foco de responsabilidade relativo às intercorrências no processo saúde-doença foi direcionado para esta mesma comunidade em detrimento do enfoque no indivíduo (PIRES-

ALVES, 2010). Em contrapartida aos caminhos que vinham se delineando, algumas reformas foram desencadeadas nesse período, precipitadas por movimentos sociais que reuniam intelectuais e populares, sendo que estes promoveram a Reforma Sanitária, no cerne da qual se valorizava, para além dos aspectos biomédicos do processo saúde-doença, as dimensões socioeconômicas envolvidas. Este Movimento da Reforma Sanitária culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a inclusão da saúde como direito para todos na Constituição Federal de 1988, a qual levou à criação do Sistema Único de Saúde a partir de 1990 (DE PAULA, 2015).

Este novo modelo de atenção a saúde nasceu voltado para a promoção da saúde e prevenção das doenças, além da valorização da integralidade no atendimento, fatores estes que levaram a uma difusão dos pressupostos da educação popular em saúde, a qual está centrada em atores capazes de estabelecer uma relação dialógica. Em consequência a isto, modelos tradicionais de educação em saúde, apoiados em pilares biologicistas, individualistas e normativos mostraram-se ineficazes para atingir seus propósitos e, portanto, houve a necessidade de novos modelos serem adotados para o desenvolvimento de tais práticas.

Desta teorização e, pela observação reflexiva das práticas vividas é possível depreender-se que, contemporaneamente subsistem, ainda, dois modelos de educação em saúde: o modelo tradicional e o dialógico. O primeiro, hegemônico, vem focalizando a doença e a intervenção curativa; está sedimentado em base biologicista do processo saúde-doença, aposta em mudanças de comportamentos do indivíduo e na prevenção das doenças. Tem como estratégia uma prática educativa em saúde que inclui orientações verticalizadas que estabelecem quais são os comportamentos que devem ser empregados para a perpetuação da saúde, além de ser uma atitude paternalista. Em assim sendo, este modelo deixa de considerar os comportamentos dos indivíduos e da comunidade que são orientados pelas representações sociais envolvidas no processo saúde-doença, fato este que se configura como uma das principais fragilidades deste modelo.

Em contrapartida, como o próprio nome diz, o modelo dialógico estabelece voz aos dois polos de atores envolvidos nestas práticas, incluindo as percepções dos integrantes da comunidade quanto às suas crenças, valores e condições sociais, despertando o interesse destes para a tomada de decisão e envolvimento dos mesmos nas ações a serem desencadeadas, visando à participação para a busca da autonomia e responsabilização do indivíduo e desenvolvendo práticas emancipatórias

por meio da ressignificação dos conceitos associados ao processo saúde-doença.

Sabidamente existe uma interface hipertrofiada entre saúde e educação. No que concerne à educação em saúde, pensa-se em formas do homem reunir recursos para intervir e transformar uma realidade almejando alcançar saúde como um direito socialmente conquistado, por meio de ações individuais e/ou coletivas. Ainda, em se tratando deste binômio, cabe considerar o potencial de transformação do papel desempenhado pelos trabalhadores da saúde, os quais atuam, também, como educadores junto à população. Portanto, para a formação, tanto na graduação quanto na pós-graduação destes trabalhadores, torna-se de primordial importância o domínio das concepções teóricas, metodológicas, políticas e sociais envolvidas na consolidação dos pressupostos que amalgamam as práticas emancipatórias direcionadas à saúde.

Neste contexto emerge a concepção de educação ou ensino na saúde. No já citado Glossário Temático do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), *educação na saúde* vem conceituada como a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. Cabe ressaltar, no entanto, que o termo *ensino na saúde* não é citado.

Ao longo da história esta produção do conhecimento vem sofrendo contundentes modificações por seus aspectos metodológicos ou, de forma mais expressiva, por seus aspectos ideológicos. Remetendo-nos aos primórdios, cabe lembrar que o ato de ensinar é tão antigo quanto à humanidade, que o Dicionário Aurélio (2010) traz o verbete ensinar com o significado de “transmitir conhecimento sobre alguma coisa a alguém”, além de apresentar dezenas de sinônimos para este, dentre os quais: aconselhar, habilitar, preparar, educar, doutrinar, orientar, exemplar, repreender, demonstrar e outros. Em apoio a estes conceitos, classicamente se sabe que a formação dos profissionais da área da saúde tem sido sustentada pelas metodologias tradicionais, que destacam o professor como o transmissor de conteúdos e o discente como aquele que deve reproduzi-los sem sequer tecer críticas ou reflexões. Em contraposição a esse contexto, a abordagem pedagógica a partir de metodologias ativas tem sido proposta, no intuito de buscar a fundamentação da autonomia nas práticas discentes, para que estes sejam capazes de gerenciar e governar seu próprio processo de formação (MITRE, 2008).

Ao encontro destas proposições, no campo de ensino da medicina, transformações vêm acontecendo ao longo das últimas décadas. Há um século, o modelo biomédico sustentava-se no ensino em nível hospitalar, de cunho curativista, disciplinar e era voltado para as especializações e subespecializações. Nas últimas décadas, a introdução das metodologias ativas de aprendizagem, dentre elas a Aprendizagem Baseada em Problemas, alavancou outras transformações curriculares, destacando uma formação voltada para a comunidade, com enfoque para a Atenção Básica, centrada no aluno, de tal feita que o protagonista do processo ensino-aprendizagem passa a ser ele próprio. Estas propõem um currículo integrado, com o desaparecimento das disciplinas ou departamentos, os docentes formam uma equipe multidisciplinar, a qual é capaz de ensinar e ser exemplo de profissionalismo e ética; a avaliação do discente já não é mais meramente cognitiva, mas sim, contínua, processual, sistematizada e reguladora.

Disto posto, depreende-se que tanto a educação como a saúde são processos amplos, complexos, interativos e dinâmicos. Ambos envolvem grupamentos sociais e não apenas individualidades. Cabe aqui fazer um recorte dizendo que a globalização e o avanço das tecnologias podem ter motivado certo distanciamento dos contatos humanos, modificados a partir da influência das redes sociais virtuais. Por outro lado, tem-se visto uma amplitude maior do controle social sobre o funcionamento das redes de ensino e de saúde. Quando bem estruturados, estes sistemas podem convergir para uma formação consistente, de um futuro profissional da área da saúde cada vez mais crítico e com a capacidade de ser um agente de transformação social.

No efervescer das mudanças que vêm ocorrendo, questionamentos são trazidos à tona, expressando incertezas em certos momentos, porém definindo trajetórias em outros: que tipo de profissional queremos formar? O propósito desta formação deve a quem servir? Permeando as práticas de educação dos profissionais acima citados, o conceito ampliado de saúde vem sendo proposto desde a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Este considera, em sentido amplo, que a saúde é a resultante das condições de organização social e de produção, ilustradas pelas condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde e estas podem ser geradoras de grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986).

Para a consolidação e disseminação dos conceitos ora entendidos como suficientes para nortear as ações no campo da saúde, importantes movimentos de mudanças nas práticas de educação e formação em saúde têm sido propagados. São as mais diferentes frentes engajadas na busca de mudanças significativas que possam adequar a formação dos profissionais que estarão dedicados ao cuidado da saúde da população. Capitaneados por propostas advindas de órgãos governamentais as instituições de ensino superior e técnico promovem alterações em seus currículos, assim como políticas públicas são instauradas visando esse propósito. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde norteiam o desenho destes currículos e programas como o Aprender SUS, a Política Nacional de Educação Permanente e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde são implantados. Estes movimentos prezam por um ensino em saúde permanente para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor.

O incentivo para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no ensino de graduação das profissões da saúde tem como enfoque a adesão aos novos referenciais para a educação superior no desenvolvimento de currículos integrados, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início do curso, trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar (BRASIL, 2004a). Para Almeida (2007), a aprovação das DCN dos cursos da área da saúde foi decorrente da mobilização dos educadores desta área e das tendências internacionais propondo inovações na formação dos profissionais da saúde, além de ter vindo para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando que os profissionais de saúde deveriam ter uma formação voltada para a integralidade dos cuidados aos indivíduos e coletividade, apoiada, para além de outras competências, em um perfil humanista, crítico e reflexivo.

Vale lembrar que, para que seja obtido êxito nos processos de aprendizagem destes profissionais, esses devem envolver o uso de estratégias adequadas. O processo de educação de adultos, público alvo das ações educativas na saúde, deve propor desafios a serem superados por estes que partam das suas necessidades de saber, com o reconhecimento de que são estes os sujeitos do processo, valorizando as suas experiências anteriores para que seja mantida acesa a chama da motivação na busca do aprender (CHOTGUI, 2005).

Em atendimento às demandas requeridas para a formação dos profissionais da saúde, Ceccime Feurwerker (2004) elaboraram um ensaio apresentando um conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde abordando o ensino, gestão, atenção e controle social. Este propõe a extrapolação do domínio tecnocientífico para uma organização da educação em esferas interativas e de ação na realidade capazes de provocar modificações pautadas em aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, validadas por atos permanentes de reavaliação.

Na esfera governamental, incentivos e propostas no que tange à implementação da política educadora para o SUS apontam para uma aproximação das instituições formadoras com o sistema de saúde. Políticas voltadas para a educação permanente e certificação dos hospitais escola surgiram desde meados de 2003. Recentemente, a proposta do Aprender SUS veio para fortalecer as relações estabelecidas entre instituições de educação e governo, tecendo uma rede de co-operação entre estas (BRASIL, 2004b).

No entanto, não é fácil mudar! No que concerne às mudanças na educação médica, várias críticas têm sido tecidas e expressam uma inadequação tanto no papel dos docentes, dos próprios graduandos quanto dos projetos pedagógicos adotados. Aos olhos de alguns autores (KOIFMAN, 1998; FEUERWERKER, 2002) os docentes envolvidos na formação médica, a despeito dos anseios por modificações, continuam a ensinar como sabem, resistindo, quer de forma consciente ou não, à adoção de novas práticas e/ou novas metodologias de ensino-aprendizagem. Paralelo a estes fatos, cumpre questionar o papel da docência como atividade complementar e não primordial na vida profissional do médico. Por outro lado, as Escolas Médicas, em não raras vezes, ao eleger um candidato a professor, priorizam o conhecimento técnico destes profissionais em detrimento do conhecimento do saber pedagógico e valorizam sobremaneira as atividades de pesquisa, desvalorizando aquelas do ensino (COSTA, 2007).

Acompanhando o pensamento de Briani, que em um estudo de 2001 relatou que a intensa produção científica relacionada a novas metodologias de ensino que estavam sendo apresentadas levariam ao argumento de que “verdadeiras revoluções” estariam ocorrendo no ensino médico, vemos a conclusão de que, em não poucas vezes, a admissão destas foi feita de forma acrítica e descontextualizada para a maioria das estruturas universitárias locais, fato este que justificaria a

dificuldade em se perceber a concretização e consolidação de mudanças que outrora teriam sido propostas.

Nas concepções mais ampliadas que a discussão do presente tema trazem ainda é pertinente a referência aos aspectos da gestão e da economia em saúde, enquanto estas estão, indissociavelmente, arraigadas ao processo da educação. A evolução histórica das políticas sanitárias brasileiras está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade. Em assim sendo, observa-se que nos últimos anos tem havido uma tendência à reorganização das práticas tanto “na área pública (buscando qualidade da atenção, efetividade e diminuição de custos para garantir atenção universal) como na área privada (buscando efetividade e diminuição de custos para garantir lucratividade). Há uma tendência em todas as sociedades ao incentivo à atenção domiciliar e à ambulatorização dos cuidados – com o crescimento de uma atenção de menor custo, praticada por equipes menores – além de restrições e críticas quanto ao uso intensivo das tecnologias e das especialidades” (BRASIL, 2004b, p. 17).

No enlace final destas considerações, os conceitos essenciais de educação em saúde e educação na saúde devem ser distinguidos, tendo em vista serem práticas fundamentais no campo da saúde. Por um lado, a primeira caminha ao encontro do empoderamento da comunidade pela aquisição de conhecimentos necessários para o desenvolvimento de autonomia no cuidar da própria saúde. Pelo outro, a segunda pretende empoderar os profissionais da saúde para que sejam agentes transformadores das realidades individuais e coletivas no que tange às necessidades de saúde. Porém, não se pode minimizar a intrincada conexão existente entre as duas, as quais estabelecem um binômio, geram interfaces e são, tantas vezes, interdependentes. Finalizando com o pensamento de Ruiz-Moreno (2005), que lembra que “a saúde e educação constituem práticas socialmente produzidas em tempos e espaços históricos definidos”. Além disso, para Mendes e Viana, citados por Ruiz-Moreno *et al.* (2005, p. 195), a “educação influencia e é influenciada pelas condições de saúde...e estão em uma relação dialética contribuindo para a integralidade do ser humano”.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.

Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 maio 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-3283200500010000>.

ALMEIDA, M. J. *et al.* Implantação das diretrizes curriculares nacionais na graduação em medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, maio/ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e o curso de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRIANI, M. C. O ensino médico no Brasil está mudando. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 73-7, set./dez. 2001.

CARDOSO DE MELO, J. A. Educação e as práticas de saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Trabalho, educação e saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. 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, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

CHOTGUIS, J. **Andragogia**: arte e ciência na aprendizagem do adulto. Curitiba, PR: NEAD–Universidade Federal do Paraná, 2005.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, jan./abr. 2007.

DE PAULA, S. H. B. Construção histórica de modelos de intervenção em saúde. In: BASTOS DE PAULA, Sílvia Helena. **Memórias e história da atenção básica do estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015. p. 13-33. (Temas em Saúde Coletiva, 17). Disponível em: <www.researchgate.net>. Acesso em: 6 maio 2016.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: o dicionário da Língua Portuguesa. 8. ed. Curitiba, PR: Positivo, 2010. 895p. ISBN 978-85-385-4240-7.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM; 2002.

KOIFMAN L. A teoria de currículo e a discussão do ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 37-47, 1998.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. D.; MEIRELLES, C. D. A. B.; PINTO-PORTO, C.; HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, mar./abr. 2008.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2000.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: FIDELIS, C.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 153-171. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=160>>.

ROUQUAYROL, M. A. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

RUIZ-MORENO, L.; ROMAÑA, M. A.; BATISTA, S. H.; MARTINS, M. A. Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 195-204, 2005.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). **Autogestão em saúde no Brasil**. São Paulo: Unidas, 2005.
ZUCCHI, P.; FERRAZ, M. B. **Economia e gestão em saúde**. São Paulo: Manole, 2010.

CARONA SOLIDÁRIA COMO ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO AMBIENTAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Solidarity Carpool as a strategy for Environmental Education and Health Promotion

Sandra Costa de Oliveira

Maria Cecilia Focesi Pelicioni

Márcia Faria Westphal

INTRODUÇÃO

No início do século XXI, as vendas de veículos aumentaram muito, principalmente os do tipo *flex-fuel*, que permitem o uso de gasolina e de etanol derivado da cana-de-açúcar. Atualmente, já correspondem a 80% da produção no país. A facilidade em adquirir um automóvel, até então um dos bens mais caros e cobiçados pela população, assim como a redução dos Impostos de Produtos Industrializados (IPI) incentivada pelo Governo fizeram com que crescesse o número de automóveis nas ruas.

Hoje, porém, a realidade é outra. O automóvel continua sendo um bem caro e cobiçado, porém as transformações que têm ocorrido entre 2014 e 2016, motivadas por uma crise política e econômica no país, não permitem a aquisição de maneira tão fácil como antes.

Mesmo assim, segundo Westphal e Oliveira (2015), nos últimos anos, o aumento no número de veículos automotores no Brasil foi 10 vezes maior do que o aumento da sua população: enquanto a população aumentou em 12,2% numa década, o aumento do número de veículos motorizados foi de 138,6%.

De acordo com o Relatório do Observatório das Metrôpoles (2013), que utilizou-se dos dados disponibilizados pelo Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), o país terminou o ano de 2012 com mais de 50,2 milhões de automóveis e 19,9 milhões de motos. A taxa de motorização no país (para cada 100 habitantes) passou de 14,2, em 2001, para 22,7, em 2011. Nas quinze principais regiões metropolitanas, essa mesma taxa atingiu 30,4 automóveis para cada 100 habitantes (INCT, 2013).

Os veículos são os principais responsáveis pela emissão de material particulado lançado na atmosfera, uma mistura de partículas líquidas e sólidas em suspensão no ar, cuja composição e tamanho dependem das fontes de emissão. Essas partículas podem ser divididas em dois grupos: partículas grandes *coarse mode*, com diâmetro entre 2,5 e 30µg emitidas através de combustões descontroladas, dispersão mecânica do solo ou outros materiais da crosta terrestre (pólenes, esporos e materiais biológicos também se encontram nesta faixa de tamanho) e partículas pequenas (*fine mode*), com diâmetro menor que 2,5µg emitidas pela combustão de fontes móveis e estacionárias, como automóveis, incineradores e termoelétricas, que, por serem de menor tamanho e mais ácidas, geram a poluição do ar que pode atingir as porções mais inferiores do trato respiratório (CANÇADO *et al.*, 2006).

A poluição do ar surgiu em meados do século XVIII, com o advento da Revolução Industrial, quando a queima de carvão mineral despejava na atmosfera toneladas de poluentes derivados das indústrias instaladas nas cidades. Essa revolução fez com que o ser humano passasse a conviver com o ar poluído bem como com todos os prejuízos advindos deste progresso. Assim, a maioria das grandes metrópoles do mundo tem sofrido com os seus efeitos daninhos.

A poluição gerada nas diferentes cidades, hoje, é resultado da queima de carvão mineral como também da chuva ácida, do efeito estufa e dos derivados de petróleo, gasolina e diesel utilizados nos veículos automotores que circulam em grande quantidade nas ruas, estradas e rodovias do mundo inteiro. A gasolina e o diesel são responsáveis pela geração de energia que alimenta os setores elétrico, industrial e de transportes.

Pode ser definida como a presença de substâncias estranhas na atmosfera resultantes da atividade humana ou de processos naturais em concentração suficiente para interferir direta ou indiretamente na saúde, segurança e bem-estar dos seres vivos (CANÇADO *et al.*, 2006). As fontes naturais de poluição do ar são a queimada acidental de biomassa (qualquer material derivado de plantas ou animais) e erupções vulcânicas, as quais podem ser consideradas as mais antigas fontes de contaminação do ar, segundo esses autores.

Cidades como Tóquio, Pequim, Nova Deli, Nova Iorque, Cidade do México, Bogotá, Santiago do Chile e as brasileiras, Rio de Janeiro, Salvador, Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte e São Paulo estão na lista das mais poluídas do mundo.

Esse material particulado em contato com as vias respiratórias pode causar sérios agravos à saúde, gerando alguns tipos de câncer entre outras doenças como asma, bronquite, sinusite e cardiológicas.

Nos últimos anos, alguns autores como Vormittag *et al.* (2013) e Cançado (2006), encontraram associação entre as concentrações de poluentes atmosféricos e efeitos deletérios à saúde das pessoas no município de São Paulo, a partir de dados sobre mortalidade, internação hospitalar e atendimentos ambulatoriais por doenças respiratórias e cardiovasculares em crianças e idosos, além de mortalidade intrauterina e estresse (TOLEDO, 2010).

Estudos realizados por pesquisadores do Instituto de Saúde e Sustentabilidade da cidade de São Paulo (2013) mostraram que a poluição do ar foi responsável pela morte de 2 milhões de pessoas no mundo em 2011, duas vezes acima do número de mortes de uma década antes (800 mil). Esses dados estão aumentando, o que significa que se não forem criadas novas e mais eficazes políticas públicas até 2050, a poluição do ar deve se tornar a principal causa ambiental de mortalidade prematura mundial.

Outras doenças relacionadas às complicações cardiorrespiratórias são decorrentes também da má qualidade do ar das cidades devido ao material particulado e ao ozônio troposférico, poluente que supera as mortes por malária, poluição indoor, consumo de água insalubre e falta de saneamento básico.

Outros exemplos são encontrados nos estudos de Sunyer (2015), do Centro de Pesquisa em Epidemiologia Ambiental de Barcelona-ES. Segundo esses estudos, ao acompanhar durante 12 meses 2.715 estudantes na faixa etária de 7 a 10 anos em 39 escolas da cidade catalã, a poluição do ar prejudica o desenvolvimento cognitivo das crianças especialmente em escolas que se localizam em ruas de tráfego intenso.

A cada trimestre foram aplicados testes cognitivos nos escolares para avaliar seu desenvolvimento em dois quesitos: memória de curto prazo (ou de trabalho) e atenção. Em paralelo, a equipe realizou medições da qualidade do ar no pátio e nas salas de aula das escolas. O estudo mostrou que as crianças matriculadas nos colégios localizados em ruas de tráfego pesado tiveram uma melhora de 7,4% no desempenho em testes de memória de curto prazo ao longo do ano, bem menos que os 11,5% alcançados por seus pares em escolas menos poluídas (SUNYER, 2015).

Em São Paulo, em 2013, estimou-se que haveria 7 mil mortes prematuras ao ano na região metropolitana e 4 mil na capital, decorrentes do impacto da poluição na saúde das pessoas, além da redução de 1,5

anos de vida, com um custo financeiro que, dependendo da métrica utilizada, pode variar entre centenas de milhões a mais de um bilhão de dólares por ano (INSTITUTO DE SAÚDE E SUSTENTABILIDADE DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2013).

Segundo Sant'Anna (1996), grupo de pesquisa coordenado por Saldiva (1996) demonstrou uma associação significativa entre mortalidade infantil por doenças respiratórias na faixa etária inferior a cinco anos e os níveis de poluição atmosférica. A associação permaneceu válida, mesmo com o controle de diversas variáveis, tais como efeito climático, variação sazonal da mortalidade e mortes por causas não respiratórias. Os óxidos de nitrogênio foram os poluentes mais fortemente associados à mortalidade infantil.

Diante dessa realidade que se agrava a cada dia, um dos principais e mais poderosos instrumentos de intervenção de que se dispõe para obtenção de resultados de mudanças a médio e longo prazos é a educação da população, uma educação que, por ser transformadora, pode mudar atitudes e ações, tornando as pessoas mais conscientes.

Para Pelicioni (2015), a educação ambiental, como processo de educação política, busca formar seres humanos para que a cidadania seja exercida e para uma ação transformadora a fim de melhorar a qualidade de vida da coletividade. A abordagem sociocultural, teoria da educação de Paulo Freire, permite que essa ação proativa e transformadora proposta pela educação ambiental se efetive, já que implica em formar para uma reflexão crítica. E continua a autora:

[...] não é o educador que educa, mas quem cria condições para que as idéias, o conhecimento, sejam incorporadas pelo educando. Esse conhecimento, para fazer parte da vida do educando, precisa ser aceito como verdade, precisa ser valorizado e corresponder às necessidades sentidas. (p.468)

Considerando que grande parte dos problemas ambientais, incluindo a poluição do ar, é decorrente da ação humana, somente com a mudança de atitude e de comportamento dos seres humanos é que eles deixarão de ocorrer. Nesse sentido, a educação ambiental tem um papel muito importante a cumprir na vida das pessoas.

Em 1999, instituiu-se a Política Nacional de Educação Ambiental, pela Lei Federal 9795, de 25 de abril, a qual foi regulamentada pelo

Decreto 4281, somente em 25 de junho de 2002. Segundo a lei, entende-se por educação ambiental:

[...] os processos por meio dos quais os indivíduos e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente, bem de uso comum do povo, essencial à sadia qualidade de vida e sua sustentabilidade. (BRASIL, 1999, p. 24).

No entanto, essa definição apresenta certa fragilidade, uma vez que enfatiza apenas a conservação do meio ambiente e não aborda aspectos relacionados ao caráter político da educação ambiental e seu potencial transformador de sujeitos e de realidades.

Em 14 de maio de 2012, no Brasil foi sancionada a Lei 12.633, que instituiu o dia Nacional da Educação Ambiental, sem que isso trouxesse até o momento grandes mudanças para o país.

Pensando em formas de obter-se uma melhor qualidade de vida coletiva, outras políticas, como a de Promoção da Saúde (PNaPS, 2014), são também de extrema importância para que a população reconheça seus direitos e deveres, empodere-se e passe a participar melhor das decisões que lhe dizem respeito.

Para Chiesa *et al.* (2009), o campo da Promoção da Saúde tem sido descrito como um novo e promissor paradigma da saúde, dada a amplitude de suas abordagens teórico-metodológicas, configurando sua complexidade e suas principais bases conceituais, a saber: a ênfase na integralidade do cuidado e na prevenção de agravos à saúde; o compromisso social com a qualidade de vida e a adoção da participação como planejamento e avaliação dos processos. Com tais bases, a Promoção da Saúde dá suporte à reorganização do trabalho em saúde para que este se constitua como uma forma de resposta social organizada aos problemas e necessidades socioambientais de uma dada população.

Estudo realizado por Oliveira (2013), em um hospital público da cidade de São Paulo, teve como objetivo fornecer subsídios para a criação de políticas que contribuíssem para racionalizar o uso dos veículos existentes na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) a partir de estratégias que pudessem ser adotadas de modo consciente pelo cidadão/cidadã.

Percebe-se a urgência em se adotar meios de transportes alternativos a fim de evitar o excesso de veículos nas vias públicas. A atual mobilidade nos centros urbanos está cada vez mais insustentável.

A mobilidade urbana sustentável, de acordo com Silveira (2010), é dada pela capacidade de fazer viagens com o menor gasto de energia possível e menor impacto ao meio ambiente. A redução do uso de veículos motorizados, principalmente do automóvel, torna-se condição urgente e necessária.

Algumas possibilidades praticadas em alguns países ocidentais em maior ou menor escala durante esse período mostraram-se eficientes, minimizando o problema causado pelo excesso de veículos poluidores nas ruas das cidades. Entre elas, pode-se citar: o rodízio de veículos; o uso de bicicletas; a melhoria do transporte público, incluindo metrô, ônibus e trem; e a criação de políticas públicas pertinentes.

Ao mesmo tempo, houve, ainda, investimento no uso compartilhado de automóveis em países como França, Canadá, Estados Unidos e outros, o que exigiu uma atuação voltada para a educação ambiental dos usuários e dos gestores, visando à consequente alteração na sua maneira de pensar e agir.

Essas estratégias, quando implantadas corretamente, colaboram para diminuir a poluição do ar nas cidades.

Embora no Brasil a implantação de Programas de Carona Solidária tenha sido cogitada entre empresas públicas e privadas já há algum tempo, até o momento não trouxe grandes resultados.

De acordo com Freire (1998), a Secretária de Meio Ambiente do Governo do Estado de São Paulo, desde sua gestão, o transporte solidário esteve entre as ações que visavam melhorar a qualidade do ar na cidade de São Paulo, buscando reduzir a emissão de poluentes atmosféricos por parte dos veículos automotores.

Nesse período, a ocupação média dos veículos era de 1,5 pessoas por automóvel e em decorrência disso, verificaram-se imensos congestionamentos, com recordes de 241 km, aumento da poluição do ar, maior tempo de viagem da população que circulava pela cidade e agravamento de problemas de saúde, como o estresse.

O estresse é uma reação desencadeada por qualquer evento que confunda, amedronte ou emocione uma pessoa profundamente. Esta definição não se refere ao estressor só como algo negativo; ele pode ser também positivo, emocionando a pessoa de modo marcante (LIPP; ROCHA, 1996).

Realmente, permanecer muitas horas no trânsito torna as pessoas estressadas e gera bastante desconforto. Ainda que as pessoas concordem que a carona solidária pode ajudar a melhorar o trânsito, nem sempre elas conseguem incorporar essa ideia à sua rotina aqui no Brasil.

A carona solidária, em língua inglesa *Carpool ou Carpooling*, é o uso compartilhado em alternância de um automóvel particular por duas ou mais pessoas, para viajarem juntas, durante o horário de *rush*. Isso permite que economizem nas despesas de viagem, colaborando para a redução do congestionamento de veículos, da poluição do ar e da emissão de gases do efeito estufa.

Rush é uma palavra inglesa que no Brasil de décadas atrás, referia-se aos horários de pico no trânsito – o começo e o fim do dia. O *rush*, pela quantidade de carros e morosidade de trânsito, fazia, naquela época, com que uma pessoa chegasse 15 minutos mais tarde a qualquer lugar. Esses 15 minutos eram sinal de que as coisas não iam muito bem. Falar em atraso semelhante hoje equivale a dizer que quase chegamos na hora, quase conseguimos ser pontuais, pois o tempo gasto para locomoção nos grandes centros urbanos tem piorado ano a ano (REVISTA VIDA SIMPLES, 2011).

O incentivo ao hábito de usar o transporte compartilhado estimulando a “carona” entre colegas de trabalho, pessoal das escolas e moradores do mesmo bairro tem como objetivo diminuir o número dos veículos em circulação e, conseqüentemente, reduzir a poluição.

Às vezes, isso pode trazer como desvantagem a perda de privacidade e a insegurança (SCHMITT, 2006 *apud* FERREIRA *et al.*, 2011).

Como incentivo à prática do *carpooling*, uma ideia interessante seria a implantação de faixas de estacionamento para veículos compartilhados, ou seja, reservar vagas especialmente para veículos com alta ocupação e distribuir adesivos personalizados para os carros que participarem do programa (MOURA; RODRIGUES, 2013).

Acredita-se, porém, que a carona solidária permite conseguir muito mais do que apenas o uso compartilhado do automóvel. Possibilita que as pessoas criem vínculos e possam interagir de maneira mais amigável, ou seja, estar em contato com o outro. Nessa situação, as pessoas tendem a conversar mais, partilhar suas histórias de vida, suas angústias e problemas. Essa convivência diária poderá trazer aos participantes maior disposição para chegar ao seu destino, pois a companhia de outras pessoas pode promover situações mais agradáveis e interessantes de relacionamento, seja no trabalho ou na escola. Com o uso

da carona questões econômicas como dividir os gastos de gasolina, pedágio, entre outros, podem também vir a somar positivamente.

O *Carpool* ou *Carpooling* não deve ser confundido com o *car sharing*, que é o uso compartilhado de um automóvel na forma de um aluguel por um curto período de tempo. Os serviços de *car sharing* já existem em grande número em diversos países (MENDES JUNIOR; FUSCO, 2013).

Pelo fato de vivermos em uma metrópole onde a insegurança, o estresse e o medo nos distanciam cada vez mais de compromissos sociais, ao utilizarmos a carona com outra pessoa, o trajeto tende-se a se tornar mais seguro, pois os usuários geralmente são pessoas conhecidas ou, pelo menos, cadastradas nos sites com suas informações pessoais e outras referências.

O Programa Carona Solidária vem sendo utilizado há muitos anos em países como a França, a Alemanha, a Inglaterra, o Canadá e os Estados Unidos, com bastante sucesso. A adesão dos participantes nesses países foi bem mais rápida e intensa, provavelmente por razões de ordem cultural.

Ferreira *et al.* (2011) considera que a aceitação de participação da carona solidária no Brasil enfrenta uma barreira cultural por conta da relação que cada proprietário tem com seu carro.

Schmitt (2006 *apud* FERREIRA *et al.* 2011) listou e descreveu algumas medidas de incentivo ao uso da carona programada, dentre as quais estão:

- Cobrança de pedágio para veículos com apenas um ocupante, sendo o valor cobrado proporcional ao nível de congestionamento atual da via;
- Pedágio urbano: como forma de incentivar a utilização de outros modais de transporte e o compartilhamento de veículo através da carona;
- Campanhas informativas e de marketing: para criar um clima positivo e esclarecer as pessoas a respeito do sistema de carona;
- Serviços de compatibilização de viagens: criação de um banco de dados com informações sobre os participantes sobre horários e rotas;
- Benefícios financeiros: bônus ou incentivos financeiros dados pela empresa aos funcionários que praticam a carona;
- Estacionamento para veículos de *carpool*: estabelecimento de locais de encontro, onde é possível estacionar e realizar o restante da viagem compartilhando um só veículo;
- Estacionamento preferencial no local de destino. Apenas é eficaz em locais onde não há grande disponibilidade de vagas ou o estacionamento é pago;

- Cobrança de estacionamento: medida restritiva que pode ser acompanhada de estacionamento preferencial para carros que estejam com mais de um ocupante.

Segundo o autor, essas medidas devem ser pensadas de forma contextualizada, pois não se aplicam a qualquer situação (FERREIRA *et al.*, 2011, p. 2035).

Algumas universidades brasileiras como a Universidade de Campinas (UNICAMP) e a Universidade Federal do Paraná (UFPR) têm incentivado seus alunos a praticarem a carona solidária no campus.

Mesmo assim, a literatura não tem apresentado até agora muitos estudos que mostrem a importância da participação em Programas de Carona Solidária como mais uma opção para contribuir com a diminuição do número de veículos nas ruas e avenidas das grandes cidades e nos estacionamentos.

Mendes Junior e Fusco (2013) iniciaram o Programa Carona Solidária em Curitiba, PR, dentro do projeto Ciclovida, da Universidade Federal do Paraná, a fim de permitir uma mobilidade mais sustentável e a redução de carros estacionados nos *campi* da Universidade e com a menor circulação de automóveis e colaborar para reduzir a emissão dos gases do efeito estufa.

Moura e Rodrigues (2013) realizaram um estudo descritivo sobre a aceitação do *carpooling* como uma alternativa para melhoria do trânsito apresentado na 2ª Jornada Científica e Tecnológica da FATEC de Botucatu, SP, com o objetivo de avaliar o grau de aceitabilidade entre alunos de uma faculdade de Botucatu, a fim de minimizar o fluxo de automóveis nas ruas da cidade. Segundo esse estudo, existe o interesse dos alunos entrevistados em participar de um programa bem organizado de carona solidária. Em sua maioria, tinham mais de 25 anos, eram do sexo masculino e não possuíam veículo naquele momento. A implantação de um programa dessa natureza na faculdade seria interessante e viável, pois, investir em medidas que diminuíssem o número de veículos, é condição necessária e estratégica para muitos municípios, assim como elevar a taxa de ocupação dos veículos poderia ser uma alternativa para a resolução desse problema.

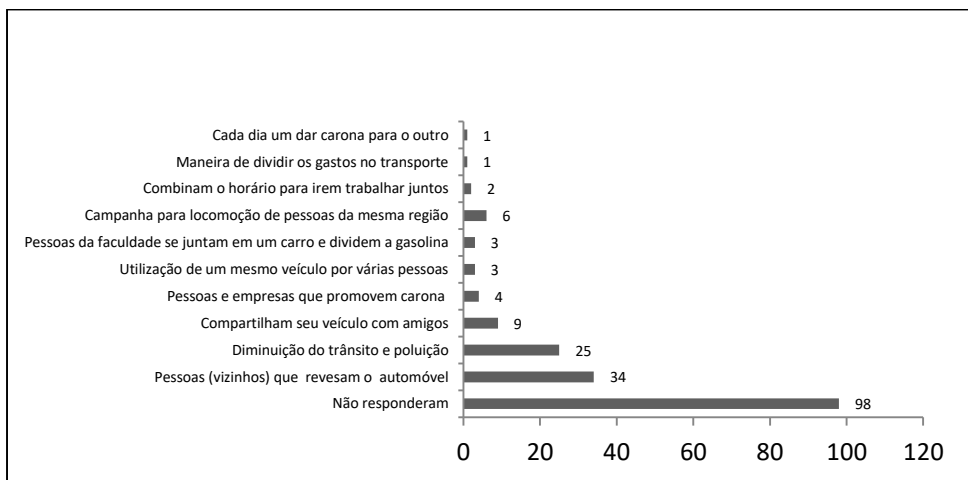
Oliveira (2013) apresentou resultados de uma pesquisa que buscou verificar, entre outras coisas, o que os funcionários de um grande hospital público de São Paulo-SP sabiam sobre a relação entre saúde e ambiente e, em particular, sobre o uso do automóvel, a poluição ambiental e os motivos que levariam ou não a aderir a Programas de

Carona Solidária em uma grande metrópole como São Paulo. Havendo interesse do grupo pesquisado, poder-se-ia implantar o Programa já que havia muita dificuldade de estacionamento para os trabalhadores no local.

A administração do site www.eco-carroagem.com.br, carona solidária, criou um link personalizado da ferramenta, especialmente para uso e inscrição dos profissionais da Instituição. Entre os resultados obtidos, apenas 1/3 dos funcionários da Instituição Hospitalar estudada demonstraram ter conhecimento sobre carona, mas a maioria nunca tinha participado de programas desse tipo.

As figuras 1, 2 e 3, a seguir, mostram alguns dos resultados obtidos nessa investigação.

Figura 1 - Conhecimento dos entrevistados sobre o significado do transporte compartilhado, ou Carona Solidária, na cidade de São Paulo, no período de abril a setembro de 2012.



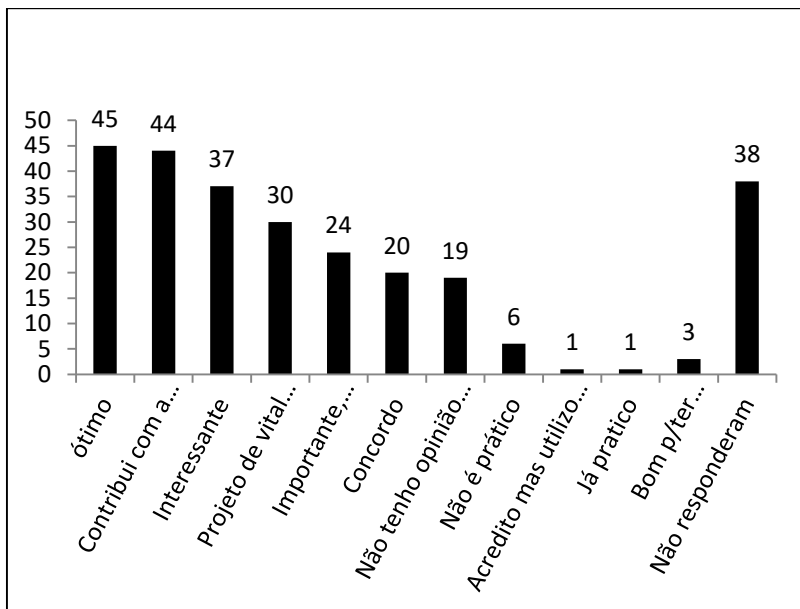
Fonte: Adaptado de Olveira (2013).

Num total de 256 respondentes, 98 não responderam a essa questão, número bastante alto, o que significa grande desconhecimento sobre o tema; 34 pessoas sabiam que a carona solidária diz respeito a um revezamento do automóvel e 25 relacionaram com a diminuição do trânsito e poluição. Os outros 29 conheciam essa proposta e deram

respostas corretas, embora de formas diferentes, referindo-se, além do compartilhamento do veículo, à divisão de gastos que promove.

A questão apresentada na figura 2, a seguir, traz a opinião dos participantes sobre a carona, conforme demonstrado a seguir:

Figura 2 – Opinião dos respondentes sobre o transporte compartilhado, ou Carona Solidária, e sua contribuição para o meio ambiente na cidade de São Paulo, no período de abril a setembro de 2012.



Fonte: Adaptado de Oliveira (2013).

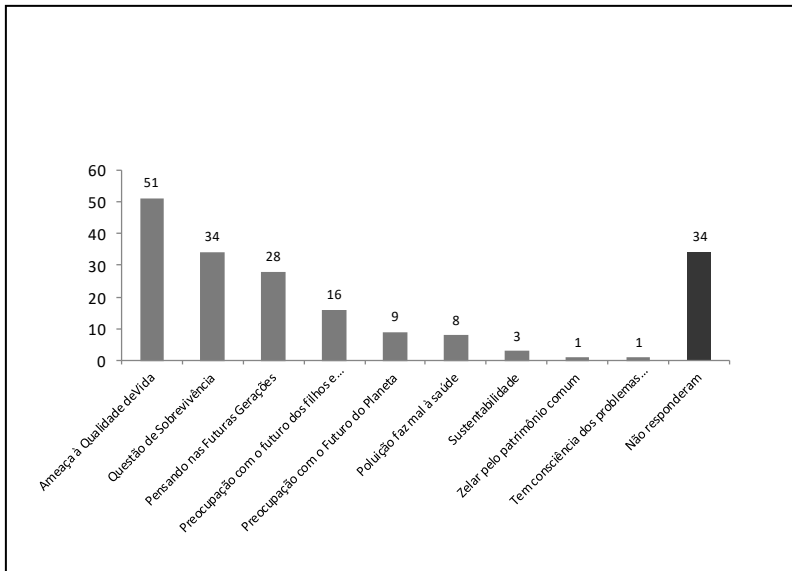
Ainda que os entrevistados considerassem importante compartilhar o transporte para ir ao trabalho e soubessem que isso iria contribuir para a melhoria do meio ambiente e da qualidade de vida, conforme apresentado na figura 2, ninguém aderiu à proposta colocada pela pesquisadora de participar naquele momento do Programa, em atendimento à demanda do hospital. Isso poderia colaborar até na redução de carros no estacionamento da Instituição.

Fatores como desconhecimento, insegurança, medo, entre outros, fizeram com que a adesão a Programas de Carona Solidária não fosse aceita de imediato. Acredita-se que projetos dessa natureza se constituam uma alternativa para ajudar muitas pessoas que utilizam o

transporte público, mas, para que isso ocorra, é preciso que estejam convencidos de sua importância.

Ao perguntar se havia ou não preocupação dos entrevistados com o meio ambiente, todos disseram que estavam muito preocupados e que sua situação atual era de degradação crescente. Por ser esta uma questão de múltipla escolha, quando se perguntou a causa da preocupação, dos 256, 185 deram as respostas apresentadas a seguir, na figura 3.

Figura 3 - Causas de preocupação com o Meio Ambiente pelos entrevistados na cidade de São Paulo, no período de abril a setembro de 2012.



Fonte: Adaptado de Olveira (2013).

Ao analisar os resultados apresentados na figura 3, pode-se verificar a preocupação dos respondentes em relação aos fatores que ameaçam a sua qualidade de vida e aos problemas ambientais causados pela poluição do ar. A questão da sobrevivência veio em segundo lugar, com 34 respostas. Entre outras respostas interessantes, destacaram-se, também, a preocupação com as futuras gerações e com o futuro dos filhos. No entanto,

34 pessoas não responderam a essa questão. Surpreende a baixa frequência resultante das respostas daqueles que reconheceram que a poluição faz mal à saúde.

Obteve-se como resultado a confirmação de que todos os respondentes da pesquisa demonstraram ter preocupação com a qualidade do meio ambiente, principalmente, pensando nas futuras gerações.

No entanto, em se tratando de uma questão prática que envolvia a decisão de compartilhar o automóvel para participar da carona solidária, notou-se um certo desinteresse por parte dos respondentes, mesmo que reconhecessem a importância da carona solidária.

Alguns disseram que aceitariam a carona se fosse com pessoas conhecidas, colegas de trabalho e colegas de escola, o que mostra que algumas pessoas mudariam suas atitudes em favor do meio ambiente e de sua saúde, mas queriam fazer isso com segurança. Fica claro que a insegurança e o medo estavam sempre presentes nas respostas dos trabalhadores da Instituição pesquisada (OLIVEIRA, 2013). Esses mesmos sentimentos têm aparecido em investigações das grandes metrópoles.

Sabe-se que não é fácil mudar atitudes mesmo quando se tem certeza de que elas irão trazer melhoria para a vida. A convivência com o outro, dividir seu espaço, sua solidão e seus problemas, ainda é muito difícil para a maioria das pessoas. Às vezes, as pessoas têm vontade de realizar essa experiência, porém, não conseguem superar seus medos.

Como todas as ideias novas, a carona solidária dificilmente será aceita de imediato. Primeiro, porque os problemas ambientais, de modo geral, não têm sido relacionados, pela maioria das pessoas, com os agravos à saúde (OLIVEIRA, 2013), depois, porque, no Brasil, a questão cultural de possuir e sair com um carro novo, do ano, ainda é um valor para uma parcela da população. Outros motivos foram alegados, tais como: não querer um desconhecido no seu carro, porque não sabe como irá se comportar; a perda relativa de liberdade, isto é, não pode mudar o trajeto anteriormente estipulado; e não querer assumir o compromisso com a carona, pois pode ser duradouro (OLIVEIRA, 2013).

Concluindo, as transformações que vêm ocorrendo em todo o mundo têm gerado grandes impactos ao meio ambiente e à mobilidade urbana. Desse modo, é preciso investir em diferentes estratégias que possam ser urgentemente adotadas pela população em geral, visando à redução da poluição ambiental e à sustentabilidade da mobilidade urbana.

Referências

BRASIL. Lei Nº 9.795, de 27 de abril de 1999. Dispõe sobre a Educação Ambiental, Institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 maio 1999.

BRASIL. Lei Nº Lei 12.633 que Institui o dia Nacional da Educação Ambiental. Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12633.htm. Acesso em: 7 jul 2016.

CANÇADO J. E. D; BRAGA A.; PEREIRA L. A. A.; ARBEX M. A.; ROMÉRO M. A.; BRUNA G. C. Editores. **Curso de Gestão Ambiental**. São Paulo: Manole; 2006.

CHIESA A. M. *et al.* A Construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Ver. Esc. Enfermagem USP**. 43 (Esp2), p 1352-7, 2009.

FERREIRA, A. F.; RIBEIRO; R. G.; BARBOSA, H. M. (2011). Aceitabilidade à Carona Programada como Forma de Gerenciamento da Demanda por Estacionamento em uma Instituição de Ensino. In: XXV Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes. Belo Horizonte: ANPET, 7-11, nov. 2011. **Anais**. 2011.

INSTITUTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. Observatório das Cidades. **Evolução da frota de automóveis e motos no Brasil 2001-2012** (Relatório de 2013). Rio de Janeiro, 2013.

LIPP M.; ROCHA J. C., **Stress, Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida**. Campinas, SP: Papirus, 1996.

MENDES JUNIOR R.; FUSCO R. Projeto Carona Solidária. **Revista Latino-Americana de Inovação e Engenharia de produção**. Vol., nº 1, 2013.

MOURA K. R; RODRIGUES A. S. A Aceitação do *Carpooling* como uma Alternativa para melhoria do Trânsito. **Tekhne e Logos**, Botucatu, SP, v. 4, n. 3, dez./mar. 2013.

OLIVEIRA, S. C. **Educação Ambiental para Promoção da Saúde com Trânsito Solidário**. 2013. Mestrado (dissertação). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2013.

PELICIONI M. C. F. Fundamentos da Educação Ambiental. *In*: PHILIPP JR. A.; ROMÉRO M. A.; BRUNA G. C. **Curso de Gestão Ambiental**. Barueri, SP: Manole, 2015.

PNaPS – Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da **Portaria MS/GM nº 687**, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SANT’ANNA E. T. G. **Efeito da Poluição Atmosférica Urbana sobre o Epitélio Respiratório de Ratos Eutróficos e Desnutridos**.1996. Mestrado (Dissertação). São Paulo: Escola Paulista de Medicina da UFSP, 1996.

SILVEIRA, M. O. **Mobilidade Sustentável: A Bicicleta como um meio de transporte integrado**.2010. Mestrado (Dissertação). Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ, 2010.

SUNYER J. Association between Traffic-Related Air Pollution in Schools and cognitive Development in Primary School Children: A Prospective Cohort Study. **PLoS Med** 12(3): e1001792. doi:10.1371/journal.pmed.1001792, 2015.

WESTPHAL M. F.; OLIVEIRA, S. C. Cidades Saudáveis: Uma forma de Abordagem ou uma estratégia de ação em Saúde Urbana. **Revista USP Saúde Urbana: Doenças nas metrópoles – qual o ônus a ser pago nas grandes cidades**. São Paulo. n. 107, p. 91-102, 2015.

VORMITTAG, E. M. P. A. A. *et al.* **Avaliação do Impacto da Poluição Atmosférica no Estado de São Paulo sob a Visão da Saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde e Sustentabilidade DA Cidade de São Paulo, 2013.

CONTEXTOS DO CUIDADO EM SAÚDE

ESTERILIZAÇÃO FEMININA VOLUNTÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO: Um estudo sobre o Planejamento Familiar na cidade de Taubaté – São Paulo

Paula Valente Braz
Adriana Leonidas Oliveira
Quésia Postigo Kamimura
Márcia Maria de Assis Lopes

INTRODUÇÃO

O capítulo tem como objetivo estudar, analisar e descrever as características comuns entre as mulheres que buscaram a esterilização voluntária no Planejamento Familiar oferecido pelo SUS na cidade de Taubaté – SP, nos meses de abril a agosto de 2015, em dois locais distintos, uma policlínica pública de gestão municipal que atende exclusivamente aos moradores da cidade e um hospital regional que atende às cidades do Vale do Paraíba, sob os seguintes aspectos: sociodemográfico; família nuclear; qualidade de informação que possuem sobre o próprio corpo, o corpo do parceiro, a anticoncepção e a gravidez; opinião pessoal sobre casamento, maternidade, virgindade e aborto; e fonte de informação sobre a esterilização feminina voluntária pelo SUS.

O Planejamento Familiar e a esterilização feminina voluntária são direitos públicos e gratuitos assegurados pela legislação brasileira e devem ser plenamente exercidos, o que significa atender aos anseios e às necessidades trazidas pelas usuárias do SUS. A importância do presente estudo reside na caracterização desta demanda, ou seja, nas características comuns às mulheres que buscaram a esterilização feminina voluntária pelo sistema público de saúde na cidade de Taubaté, interior de São Paulo. Ao conhecer as características comuns a essas mulheres, é possível a elaboração de políticas públicas de saúde mais esclarecedoras, articuladas e próximas da realidade e das demandas local e regional. E, também, mais eficientes e eficazes na promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher, com base nas necessidades de informação que as usuárias apresentaram.

Assim, nas próximas seções, apresenta-se uma breve contextualização histórica sobre os temas “Considerações Sobre a Construção Histórica, Social e Cultural da Saúde e dos Direitos Sexuais e

Reprodutivos da Mulher no Brasil” e “O Planejamento Familiar e a Esterilização Voluntária no Brasil”, para, posteriormente, serem explicados o método da pesquisa de campo e os resultados alcançados e discutidos à luz da teoria.

Considerações Sobre a Construção Histórica, Social e Cultural da Saúde e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos da Mulher no Brasil

Nossos ancestrais viviam da parceria entre homem e mulher para a colheita e a caça e o fato de que o homem tinha participação no nascimento de uma criança foi ignorado por milênios, sendo a fertilidade relacionada com exclusividade ao feminino. Quando o gelo recuou para o Norte, modificando o clima e a vegetação, surgiram no Oriente campos naturais de trigo e cevada e as primeiras aldeias. Os animais passaram a ser domesticados, o homem percebeu a participação do masculino na procriação e as relações entre homem e mulher se transformaram (LINS, 2005). A partir da descoberta da paternidade, instaurou-se o controle de fecundidade sobre a mulher, a tornado propriedade do homem, e o sexo passou a ter grande importância para a religião, pois a fertilidade humana e a dos campos estavam intimamente ligadas (LINS, 2005). Aos poucos, o papel da mulher foi sendo determinado pela civilização judaico-cristã: herdeira de Eva, responsável eterna pela expulsão do paraíso e pela queda dos homens, a mulher carregou por quinze séculos a maldição imposta pelo Cristianismo (DEL PRIORE, 2011). Pode-se dizer que a cultura judaico-cristã exerce enorme influência sobre o Ocidente em relação aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, dentre os quais se incluem casamento, maternidade, virgindade e aborto (LINS, 2005).

A Organização das Nações Unidas (ONU) define saúde reprodutiva como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social [...] em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos". Para tanto, homem e mulher devem ser informados e ter acesso "a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha". Em relação à saúde da mulher, explicita o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que permitam que ela viva, com segurança, a gestação e o parto e "proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio". A assistência à saúde reprodutiva é compreendida "como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva" (ONU, 1994).

O conceito de direito reprodutivo já se encontra legitimado. No entanto, o conceito de direitos sexuais ainda não é reconhecido em sua extensão ideal. A associação dos dois conceitos dificulta o desenvolvimento dos direitos sexuais no âmbito das ações de saúde reprodutiva e de prevenção e tratamento dos agravos resultantes, por exemplo, da violência sexual. O tratamento social e jurídico restritivo imposto aos direitos sexuais reflete a dificuldade da sociedade em respeitar diferentes vivências da sexualidade, que resulta em preconceito e discriminação de práticas, condições e identidades sexuais. Há outras limitações que ainda precisam ser superadas no âmbito político e legislativo, a exemplo do tratamento dado à questão da interrupção voluntária da gravidez (VENTURA, 2009).

No Brasil, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos se baseia no documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS), a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948 (BRASIL, 2005). No entanto, níveis inadequados de conhecimento da sexualidade humana, informação e serviços inadequados e de baixa qualidade de saúde reprodutiva, comportamento sexual de alto risco, práticas sociais discriminatórias, violência contra a mulher, baixo ou nenhum empoderamento feminino sobre suas próprias vidas sexuais e reprodutivas são, de acordo com Ventura (2009), fatores fonte de frustração ao redor do mundo quando o assunto é saúde reprodutiva.

Em relação ao casamento, o aspecto da dependência econômica da mulher em relação ao homem pouco mudou do Brasil de 1800, quando existia um alto índice de violência nas relações conjugais, pois os fatores econômicos e políticos envolvidos na escolha matrimonial não tinham qualquer relação com afeto ou afinidade sexual (DEL PRIORE, 2011).

Sobre a virgindade, a Igreja Católica tornou-a obrigatória e instaurou uma profunda repressão sexual sobre a mulher, porque o sexo estava relacionado à moral tradicional (DEL PRIORE, 2011).

No que diz respeito à maternidade, a crença de que o amor materno é um instinto e espontâneo em toda mãe pelo filho tem sido construída e absorvida apenas nos últimos 100 anos. O principal motivo para essa construção foi a necessidade de adequação social à nova ordem econômica que surgiu com a industrialização, quando o despovoamento passou a ser uma preocupação importante, e as perdas humanas eram compreendidas como prejuízo para o Estado. Assim, a mulher teve a sua importância como mãe enaltecida e elevada em relação à do pai, e a mortalidade infantil passou a ser fortemente combatida (LINS, 2005).

No que tange ao aborto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, dos 22 milhões de abortamentos inseguros realizados por ano no mundo, 98% ocorrem em países em desenvolvimento e causam a morte de 47 mil mulheres e disfunções física e/ou mentais em 5 milhões delas, isto porque as mulheres não procuram atendimento após um abortamento inseguro, pois temem abuso, maltrato e represália legal (OMS, 2013). No Brasil, mais de 1 milhão de abortos inseguros foram realizados nos anos de 2005 e 2006 (BRASIL, 2009).

O Planejamento Familiar e a Esterilização Feminina Voluntária no Brasil

Até o ano de 1988, a saúde pública no Brasil foi sendo construída com base no modelo centralizado e burocrático de tomada de decisões, e a garantia de assistência integral e gratuita a toda a população não existia (COSEMS/SP, 2013). Durante o período ditatorial dos anos 1970, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que promoveu um intenso debate sobre a reformulação das práticas sanitárias e do modelo de sistema de atenção à saúde existente no país, e que fortaleceu o princípio de participação comunitária na deliberação de políticas públicas de saúde (COSEMS/SP, 2013). No ano de 1986, o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que continha um conjunto de propostas para o novo modelo de sistema de saúde, foi enviado à Assembleia Constituinte por meio da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. As propostas já expressavam o ideário do SUS: conceito ampliado de saúde (direito do cidadão e dever do Estado), descentralização e municipalização, integralidade, equidade e participação comunitária (COSEMS/SP, 2013). Assim, pela primeira vez no desenvolvimento histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, a Constituição Federal Brasileira de 1988 passou a tutelar a saúde como um direito social e estabeleceu um novo paradigma de atuação do Estado na área (MERCADANTE *et al.*, 2002).

Antes da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1984, os programas existentes até então estavam orientados exclusivamente à assistência de problemas decorrentes da gestação e do parto (BRASIL, 2005). O Programa seguiu princípios base do SUS, já defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária. Centrado na integralidade e na equidade das ações, propôs uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital. Dentro do Programa, estava o Planejamento Familiar (BRASIL, 2005). Na atualidade, o PAISM é viabilizado através da Política Nacional de Saúde

Integral da Mulher, coordenada pela Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

No ano de 1996, a Lei nº. 9.263 regulamentou o Planejamento Familiar no Brasil que é definido na atualidade como um mecanismo importante na prevenção primária de saúde que auxilia a usuária com informações necessárias para a escolha e para o uso de métodos anticoncepcionais que lhe sejam mais adequados (SANTOS; FREITAS, 2011). De acordo com a Plataforma de Cairo (1994), o sucesso de programas de Planejamento Familiar em longo prazo repousa sobre o princípio da livre escolha consciente. Logo, a essência desses programas deve ser a de “capacitar casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos”. No entanto, os serviços de Planejamento Familiar tradicionais restringem, quando não excluem, a participação do homem, já que o foco recai sobre a saúde da mulher e o controle do número de filhos, concentrando, com exclusividade, a responsabilidade pela vida reprodutiva na mulher (SANTOS; FREITAS, 2011, p.28).

Para Coelho *et al.* (2000), a mulher enfrenta sérias dificuldades em relação à sua saúde reprodutiva, mas o Planejamento Familiar não oferece de maneira satisfatória meios para regular a fertilidade. Ademais, falta à mulher informação sobre o próprio corpo e autonomia no processo reprodutivo, bem como na escolha entre diferentes métodos contraceptivos.

Um dos métodos contraceptivos oferecidos pelo Planejamento Familiar é a esterilização feminina voluntária. Há décadas, a esterilização feminina voluntária é corriqueiramente utilizada como meio de controle de fecundidade no setor privado de saúde no Brasil. No entanto, a legislação brasileira não autorizava o pagamento das cirurgias de laqueadura tubária no sistema público de saúde até o ano de 1997, sendo silenciosa quanto ao assunto (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003). Em 1997, a Portaria 144 do Ministério da Saúde regulamentou a esterilização feminina e masculina voluntária. No entanto, antes mesmo dessas regulamentações, a esterilização feminina voluntária já era realizada durante partos por cesariana e, quando realizadas fora do parto, eram registradas como “procedimento médico diverso”. Em 1999, a Portaria 48 do MS revogou a anterior e estabeleceu normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para a execução da esterilização voluntária (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

A laqueadura tubária é um método eficaz e seguro de anticoncepção, no entanto, a escolha deste método envolve aspectos

políticos, psicológicos, éticos, religiosos, demográficos e sociais, bem como tabus, desconhecimento, insegurança, mitos em relação a outros métodos, falta ou dificuldade de acesso aos métodos e o não esclarecimento por parte dos profissionais de saúde de que a laqueadura é um método anticoncepcional cirúrgico de difícil reversão (NICOLAU *et al.*, 2011), o que talvez possa explicar a busca pela reanastomose tubária. A procura pela reversão da laqueadura preocupa os serviços de saúde pública, pois nem sempre o tratamento é possível, e o sucesso da cirurgia de reversão é variável. Muitas mulheres que buscam os serviços de fertilidade desistem ou não realizam a cirurgia de reversão, e muitas das que são submetidas ao procedimento não conseguem uma gestação viável. O número de gestações com nascidos vivos gira em torno de 30 a 48% (NICOLAU *et al.*, 2011).

MÉTODO

Ao considerar o objetivo geral para a realização da presente pesquisa, optou-se pela pesquisa de caráter exploratório e de levantamento. O estudo foi realizado com 31 mulheres que buscaram o serviço de esterilização feminina voluntária no Planejamento Familiar oferecido pelo SUS da cidade de Taubaté - São Paulo. Das 31 mulheres pesquisadas, 6 foram entrevistadas no hospital regional, nas manhãs das sextas-feiras. São de cidades do Vale do Paraíba: Caçapava, Santo Antônio do Pinhal, São José dos Campos, São Luiz do Paraitinga, Redenção da Serra e Roseira. As outras 25 são de Taubaté e foram entrevistadas nas tardes das últimas sextas-feiras de cada mês, na policlínica de gestão municipal. Para se obterem dados que levassem às características comuns a essas mulheres, foi utilizado o questionário. No entanto, o levantamento bibliográfico não apontou um questionário padronizado que pudesse auxiliar na obtenção dos dados que foram buscados e estudados pela presente pesquisa. Dessa maneira, um questionário foi desenvolvido pela própria pesquisadora. Para realizar a tabulação e análise quantitativa dos dados, foi utilizado o software Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo conhecer as características comuns às mulheres que buscaram a esterilização feminina voluntária no Planejamento Familiar oferecido pelo SUS na cidade de

Taubaté, São Paulo, sob os seguintes aspectos: sociodemográfico; família nuclear; qualidade de informação que possuem sobre o próprio corpo, o corpo do parceiro, anticoncepção e gravidez; opinião pessoal sobre casamento, maternidade, virgindade e aborto; e fonte de informação sobre a esterilização feminina voluntária pelo SUS.

Aspecto Sociodemográfico e Família Nuclear

A média de idade das mulheres da presente pesquisa foi de 32,9 anos, sendo que 6% das mulheres pretendiam se submeter à esterilização feminina voluntária antes dos 25 anos; 26%, entre os 25 e 29; 29%, entre os 30 e 34; e 39% acima dos 34. A média total de filhos por mulher foi de 3,68. A soma total do número de filhos das entrevistadas foi de 114. Dos 114 filhos, 63 eram do parceiro atual, e 51 eram das participantes com outra(s) pessoa(s), mais do que o dobro do número de filhos que os parceiros tinham com outra(s) pessoa(s), que foi de 21. O número de filhos por participante foi de: 2 (16%), 3 (33%), 4 (29%), 5 (16%), 6 (3%) e 7 (3%).

A laqueadura tubária é apenas um dos métodos contraceptivos oferecidos gratuitamente pelo Estado, no entanto, as participantes não procuraram o serviço com o intuito de receber informações sobre métodos contraceptivos úteis no planejamento do número e espaçamento de filhos desejados, mas como meio de alcançar a cirurgia. A procura pelo método definitivo pode ser explicada pelo número elevado de filhos e pela falta de informação sobre outros métodos contraceptivos e meios adequados de utilizá-los. Além disso, os serviços de Planejamento Familiar tendem a excluir a participação do homem, tornando a contracepção uma responsabilidade exclusiva da mulher, conforme salientam Freitas e Santos (2011).

Diferentemente do que foi apontado pelos autores, na policlínica municipal o casal é convidado a participar de uma palestra de acolhimento que fornece informações sobre todos os métodos contraceptivos ofertados pelo serviço, dando ênfase à esterilização masculina voluntária caso o casal opte por um método definitivo. Isto porque a vasectomia é um procedimento considerado ambulatorial (não cirúrgico como a laqueadura), mais simples e de recuperação mais rápida. No caso do hospital regional, as pesquisadas já haviam tido acesso às informações sobre o Planejamento Familiar nas cidades onde moravam e chegaram ao serviço manifestando a decisão de se submeterem à esterilização feminina. Muito embora as mulheres que estivessem unidas fossem orientadas quanto à necessidade da autorização do parceiro para a

realização da cirurgia, na maioria dos casos, os parceiros não estavam presentes, e a informação sobre a vasectomia, por exemplo, não chegava a eles com a mesma eficiência do que na policlínica municipal, o que vai ao encontro do que foi explicitado por Freitas e Santos (2011): o Planejamento acaba sendo de responsabilidade quase exclusiva da mulher.

Em relação à escolaridade, a única entrevistada que se declarou analfabeta possuía 7 filhos, o maior número de filhos por mulher da pesquisa. A relação encontrada entre escolaridade e média de filhos por mulher foi a seguinte: fundamental incompleto (32% e 3,67), fundamental completo (26% e 3,69), médio incompleto (a única entrevistada que possuía o ensino médio incompleto tinha 3 filhos) e médio completo (36% e 3,73). No que tange ao estado civil, 36% das mulheres se declararam casadas, 55% em união estável, 6% solteiras e 3% divorciadas. Ou seja, 91% estavam unidas.

O elevado número de filhos, ainda que menor do que em séculos anteriores, demonstrou uma continuidade histórica, cultural e social sobre as crenças que permeiam a vida reprodutiva da mulher. O mesmo ocorreu em relação à educação. Não foi possível comparar a escolaridade das pesquisadas com a de seus parceiros. Entretanto, pode-se indagar que, se a crença de que o destino natural da mulher é ser mãe, e que, para isso, deva ter um parceiro ou se casar, a educação voltada à profissão torna-se um objetivo secundário.

No que diz respeito à religião, 39% das mulheres se declararam evangélicas, seguidas de 26% de católicas, 19% declararam não ter nenhuma religião, 7% seguiam a umbanda, 6% possuíam outra religião e 3% eram espíritas.

O fato de 65% das entrevistadas seguirem religiões cristãs poderia indicar uma construção de crenças sobre suas vidas sexuais e reprodutivas permeada pelas crenças difundidas pelo Cristianismo. Crenças que, segundo Del Priore (2011), sonegaram à mulher o direito ao seu próprio corpo e fizeram com que fossem reduzidas à reprodução.

Sobre renda própria e familiar, apenas 35% das entrevistadas declararam possuir renda própria, sendo que, dessa renda, 64% recebem até R\$ 810,00, e 36% recebem entre R\$ 810,00 e R\$ 1.620,00. O valor da renda familiar mensal estava entre R\$ 810,00 e R\$ 1.420,00 para 45% das entrevistadas, até R\$ 810,00 para 42%, entre R\$ 1.420 e R\$ 2.430 para 10% e acima de R\$ 2.430 para 3% delas. No que tange à moradia, 29% das entrevistadas viviam em moradia própria, 29% em moradia alugada, 26%

em moradia cedida por parente ou amigo, 10% em moradia cedida pelos pais ou sogros, e apenas 6% viviam em moradia cedida pelo Estado.

O dado de que a renda familiar das pesquisadas encontrou-se, expressivamente, abaixo de dois salários mínimos indicou que o Princípio da Universalidade e da Equidade se efetivou no acesso ao serviço. No entanto, também poderia indicar que uma população com um poder aquisitivo mais elevado não enxerga o SUS como sendo um direito de todos e que precisa ser construído pela população. Isto porque existe uma crença de que a saúde pública no Brasil é precária, demorada e o destino inevitável da parcela mais pobre da população, a qual é incapaz de arcar com os custos de um plano de saúde privado. Essa crença persiste, dentre outros motivos, pelo contexto em que a saúde pública era praticada no Brasil até o ano de 1988. Conforme exposto pelo COSEMS/SP (2013), o modelo de saúde era centralizado e burocrático, e a concepção de uma saúde com assistência integral e gratuita a toda população era inexistente. Diferentes motivos impedem que o SUS seja praticado com eficiência e eficácia. Entretanto, nos serviços pesquisados, foi possível afirmar que o Município de Taubaté atendia à demanda local e regional com eficiência, pois dispunha de equipe multidisciplinar para acolher as usuárias e seus parceiros, oferecer informações sobre os métodos contraceptivos disponíveis e mais adequados ao casal e a maior celeridade possível em relação às consultas médicas e eventuais procedimentos cirúrgicos. Não havia fila de espera, por exemplo, para o procedimento de vasectomia, e as usuárias que já se encontravam grávidas à época do Planejamento Familiar tiveram prioridade no atendimento de suas necessidades.

O Corpo, a Anticoncepção e a Gravidez

Quando perguntado às mulheres o quanto sabiam sobre o funcionamento do próprio corpo, 48% responderam pouco, 42%, muito e 10%, nada. Já quando perguntado às pesquisadas o quanto sabiam sobre o funcionamento do corpo do parceiro, 48% disseram pouco, 29%, nada e 23% disseram muito. Quando perguntado às entrevistadas a frequência com que se sentiam à vontade para falar de sexo com o parceiro, 71% declararam sempre, 19%, às vezes e 10%, nunca.

Muito embora 71% das mulheres tenham declarado se sentir à vontade para falar de sexo com o parceiro, a soma das que se sentem à vontade às vezes (19%) com a das que nunca se sentem à vontade (10%) foi de 29%, mesma porcentagem encontrada entre as mulheres que declararam não saber nada sobre o funcionamento do corpo do parceiro.

Também a porcentagem das mulheres que declararam não saber nada sobre o funcionamento do próprio corpo (10%) é a mesma para a resposta de não se sentirem à vontade para falar de sexo com o parceiro.

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, a pílula anticoncepcional apareceu em primeiro lugar (36%) como o método anticoncepcional mais citado pelas entrevistadas, seguida do anticoncepcional injetável (16%) e da camisinha masculina (13%). A combinação entre dois métodos foi de 6%, sendo as combinações, pílula e camisinha (3%) e pílula e coito interrompido (3%). O uso da “tabelinha” também foi de 3%. Das entrevistadas, 23% declararam não fazer uso de qualquer tipo de método contraceptivo e 3% declararam fazer uso de pílula do dia seguinte como método contraceptivo.

Sobre a escolha dos métodos contraceptivos usados pelas entrevistadas, 81% declararam ter sido uma decisão individual enquanto 19% tomaram a decisão com a participação do parceiro. No que diz respeito à influência sobre a decisão dos métodos contraceptivos adotados pelas pesquisadas, 78% acreditam não ter tido nenhuma, já 19% disseram que profissionais de saúde influenciaram em suas escolhas e 3% declararam que a mãe ou outro parente teve influência sobre a escolha.

Os métodos contraceptivos mais utilizados pelas entrevistadas foram a pílula anticoncepcional e o anticoncepcional injetável. Os dois métodos surtem efeitos sobre o corpo da mulher e a responsabilidade de fazer o uso correto da pílula anticoncepcional depende exclusivamente da mulher. Em relação ao preservativo masculino ter sido o terceiro método mais utilizado, é curioso observar que, apesar de dois métodos de responsabilidade exclusiva da mulher terem sido eleitos antes do preservativo masculino, o preservativo feminino não foi sequer citado pelas entrevistadas como método viável. A responsabilidade compartilhada, a exemplo do uso combinado de pílula anticoncepcional e preservativo masculino, apareceu na resposta de apenas uma das entrevistadas. A escolha dos métodos reflete o que já foi mencionado por Freitas e Santos (2011) sobre a pouca ou nenhuma participação masculina no processo de Planejamento Familiar, o que ficou claro na resposta das pesquisadas sobre a escolha do método.

A escolha dos métodos também pode ser relacionada à resposta de 58% das mulheres sobre conhecerem pouco ou nada sobre o funcionamento do próprio corpo, e, ainda, de 77% delas conhecerem pouco ou nada sobre o funcionamento do corpo do parceiro. Esta falta de informação sobre si e sobre o outro limita a escolha dos métodos contraceptivos e até mesmo a percepção sobre as influências acerca da

escolha desses métodos, visto que 78% declararam acreditar não ter tido nenhuma influência no processo de escolha, sem a consideração de que o convívio social, por si só, exerce influência sobre hábitos e escolhas das pessoas.

O dado de que as mulheres não sabem como o próprio corpo e o do parceiro funciona (58% e 77%, respectivamente) relacionado com o dado de que apenas 19% das mulheres tiveram influência de profissionais de saúde na escolha dos métodos alerta para a dificuldade de acesso a informações sobre sexualidade e reprodução que as entrevistadas puderam ter acesso até o momento da pesquisa, conforme também mencionado por Coelho *et al.* (2000).

No que diz respeito ao planejamento das gravidezes, considerando que o menor número de filhos por participante foi 2 e o maior 7, 36% planejaram 1 gravidez, 26% planejaram 2 gravidezes, 12% planejaram 3, 4 (3%), 5 (3%) e 6 (3%). O que equivale a dizer que, do número total de 114 filhos, menos da metade foi planejado. Em relação à influência da religião na decisão de engravidar ou evitar a gravidez, das participantes que declararam ter religião, 88% disseram que a religião nada interferiu e, para 12%, a interferência foi pouca.

Das pesquisadas, 23% declararam não fazer uso de nenhum tipo de método contraceptivo. Uma das mulheres declarou utilizar a pílula do dia seguinte como método contraceptivo. Algumas relataram que haviam engravidado fazendo uso de pílula anticoncepcional e, quando lhes foi indagado se faziam o uso correto, responderam que não. Outras participantes declararam não fazer uso da pílula porque esta lhes causava muitos efeitos colaterais, como inchaço e náusea.

O dado de que mais da metade das gravidezes não foi planejada pode estar associado à dificuldade de acesso a informações sobre sexualidade e reprodução comum às mulheres no Brasil, fato que pode ser observado quando considerado o dado de que apenas 19% das entrevistadas foram influenciadas por algum profissional de saúde na escolha do método contraceptivo, e 12% das entrevistadas afirmaram que a religião teve alguma influência sobre a escolha de engravidar ou evitar a gravidez.

Esses dados sugerem que profissionais de saúde capacitados para fornecerem importantes informações a essas mulheres não tiveram qualquer influência significativa sobre as entrevistadas. Ao mesmo tempo, algumas mulheres basearam suas escolhas em um sistema de crenças religiosas que não são conhecimentos científicos sobre sexo e reprodução. A associação entre o não planejamento das gravidezes e a falta de acesso

à informação parece ser a mais coerente, já que as entrevistadas declararam pouco conhecimento sobre o próprio corpo e o do parceiro. A importância da atuação dos profissionais de saúde se faz muito clara em um contexto social em que a escolaridade tende a ser um objetivo secundário na vida de muitas mulheres, em que a gravidez, a maternidade e os relacionamentos sofrem influências de crenças sociais e religiosas pouco coerentes.

Opinião sobre Casamento, Maternidade, Virgindade e Aborto

Para a pergunta, “A mulher precisa se casar para ser feliz?”, as entrevistadas responderam: nenhuma (65%), algumas (32%) e todas (3%). Para a pergunta “A mulher precisa de um parceiro para ter segurança financeira?”, as pesquisadas disseram: nenhuma (58%), algumas (29%) e todas (13%). Pouco mais da metade das entrevistadas declarou acreditar que nenhuma mulher precisaria de um parceiro para ter segurança financeira, e 35% ainda mantiveram a crença de que a felicidade da mulher está associada ao casamento. Talvez o conceito de felicidade esteja associado ao de satisfação, de que algumas mulheres apenas se sentiriam satisfeitas quando se casassem.

A imagem da mulher ainda aparece muito vinculada à antiga crença do Brasil Colonial e Imperial de que o valor da mulher perante a sociedade depende de sua condição de casada ou ainda, unida a homens casados, mais velhos e ricos, que lhe oferecessem segurança financeira e prestígio social, como aponta Del Priore (2011). Como o valor mais importante era o casamento, a dependência financeira tornava-se uma consequência. Os dados sugerem que, para algumas mulheres, ainda perdura a crença de que o casamento tem mais importância do que a independência financeira, visto que nenhuma das entrevistadas possuem ensino superior que lhes torne aptas ao exercício de uma profissão, e que, das 91% das entrevistadas casadas ou unidas, apenas 42% possuíam renda própria.

Para a pergunta, “A mulher nasceu para ser mãe?”, as mães declararam: algumas (81%), todas (16%) e nenhuma (3%). A crença de que as mulheres nasceram para ser mãe é coerente com as palavras de Lins (1997) de que há uma grande pressão ideológica sobre as mulheres que se convencem de que desejam ter filhos sem que o desejo realmente exista.

Para a pergunta, “A mulher deve se casar virgem?”, 77% disseram que não, no entanto, 23% afirmaram que sim. Das mulheres que responderam que sim (6), apenas 1 possui renda própria.

Ainda hoje, mulheres reproduzem um discurso essencialmente religioso sobre virgindade sem o conhecimento da origem de sua construção e o motivo pelo qual foi instituído. O discurso da virgindade da mulher, e nunca a do homem, foi perpetuado através de uma forma de violência sorrateira (também conhecida como repressão) contra a sexualidade da mulher. A influência religiosa no Brasil ainda hoje determina que o prazer no sexo seja diferente para homens e mulheres. Segundo Lins (2007), é inculcada culpa na menina quando ela descobre seus desejos sexuais e lhe são imputados conselhos, advertências, proibições e alertas que a impedem de encontrar tranquilidade e prazer em sua vida sexual. Cogita-se também a possibilidade de a virgindade estar associada ao casamento e, conseqüentemente, à dependência financeira das mulheres unidas em relação aos parceiros, como se o valor de uma boa companheira e seu caráter estivessem associados a recato e pudor, inclusive dentro do casamento, preconizados pelo Cristianismo.

Para a pergunta, “O aborto deveria ser decisão da mulher?”, 58% responderam que não e 42%, que sim.

A primeira verbalização de muitas mulheres para essa pergunta foi de que não eram a favor do aborto, momento em que lhes foi esclarecido que a pergunta se referia à possibilidade do aborto deixar de ser um crime no ordenamento jurídico brasileiro e se tornar um direito de escolha da mulher. Algumas das mulheres que responderam não, assim o fizeram por acreditarem que a mulher poderia ter evitado a gravidez ou que o direito de escolha seria apenas sobre querer ou não engravidar (não sobre interromper a gravidez) ou porque não seria certo aos olhos de Deus. Algumas fizeram a ressalva de que apenas em caso de violência sexual o aborto deveria ser permitido. O desconhecimento de que a interrupção da gravidez em caso de violência sexual é autorizada por lei pode indicar que algumas das pesquisadas não associam o tema a uma questão de saúde, mas a um tabu, o qual também pode ser considerado uma forma de repressão à sexualidade da mulher.

Muito embora a OMS (2013) tenha esclarecido que a proibição legal não evita o abortamento inseguro, a influência de crenças religiosas infundadas abafa dados factuais, e as mulheres mais pobres são as que mais sofrem as conseqüências dos abortamentos inseguros. Segundo Ventura (2009), um exemplo dessa interferência religiosa em questões governamentais é a oposição, já que não possui poder de veto, feita pela

Santa Sé (grupo de observadores do Vaticano) em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres nos documentos finais elaborados nas conferências internacionais realizadas pela ONU.

Informações sobre a Esterilização Feminina Voluntária pelo SUS.

A fonte das primeiras informações que as entrevistadas receberam sobre “laqueadura pelo SUS” foi de parentes, amigos ou vizinhos (61%), médico de UBS (36%) e meios de comunicação, como televisão e rádio.

Esses dados substanciam a hipótese de que o acesso à informação adequada foi limitado (ou inexistente) às mulheres que dela necessitaram, frustrando o princípio do direito à informação sobre a própria saúde (inciso III, art. 7º), da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990).

Para que as mulheres participem do Planejamento Familiar oferecido pelo SUS é necessário um encaminhamento médico, no entanto, apenas 36% das entrevistadas receberam as primeiras informações sobre “laqueadura pelo SUS” de médicos. Cogita-se que as entrevistadas poderiam não ter o hábito de realizar consultas médicas periódicas e por isso não era possível que recebessem a informação diretamente de um médico. Também poderiam ter esse hábito, mas não se sentirem à vontade para realizar perguntas ao médico. Uma última possibilidade a ser considerada é a de que, apesar de terem esse hábito e realizarem perguntas ao médico, o profissional, por algum motivo, não lhes ofereceu as informações adequadas. Além dessas hipóteses, é possível que as informações oferecidas pelo Estado através dos meios de comunicação e nos municípios não tenham chegado às pesquisadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer características comuns às mulheres que buscaram o serviço de esterilização feminina voluntária pelo Planejamento Familiar oferecido pelo SUS no Município de Taubaté, interior de São Paulo, em uma policlínica municipal e em um hospital regional.

Em relação aos aspectos sociodemográficos e à família nuclear, as entrevistadas que pretendiam se submeter à esterilização tinham idade média superior a 30 anos e um número médio de 3,68 filhos por mulher, eram cristãs (evangélicas e católicas), não possuíam renda própria,

contavam com uma renda familiar inferior a dois salários mínimos, estavam em um relacionamento estável (casadas ou unidas) e haviam concluído o ensino fundamental. O elevado número de filhos, o estado civil, a escolaridade e a religião das pesquisadas sugerem influência do Cristianismo em suas vidas, prevalecendo a crença de que a mulher nasceu para ser mãe e cuidar do lar e da família, não sendo a escolarização ou a independência financeira prioritárias.

As entrevistadas conheciam pouco ou nada sobre o próprio corpo e o corpo do parceiro e sentiam-se à vontade para falar de sexo com ele. A pílula anticoncepcional foi o método contraceptivo mais utilizado, sendo a escolha de responsabilidade da mulher, sem a participação do parceiro e sem influência externa. As gravidezes não foram planejadas e não tiveram influência religiosa. Essas características demonstraram que as participantes receberam pouca ou nenhuma informação sobre saúde sexual e reprodutiva, pois não conhecem o próprio corpo e o corpo do parceiro, e as gravidezes não foram planejadas. A escolha do método contraceptivo sem a participação do parceiro e a escolha de um método que surte efeitos exclusivamente sobre o corpo da mulher demonstraram que a informação sobre saúde sexual e reprodutiva de fato excluem o homem da participação das decisões do Planejamento Familiar e delegam à mulher a solitária responsabilidade de evitar a gravidez. Essa exclusão e o acesso incompleto à informação também foram observados no fato de que os casais que chegaram aos serviços buscavam a contracepção definitiva para a mulher e não para o homem, muito embora a vasectomia seja um procedimento menos invasivo e mais seguro do que a cirurgia feminina.

Na opinião das entrevistadas, a maternidade seria o destino natural de algumas mulheres, algumas mulheres dependem de um parceiro para que possam ter estabilidade financeira, a mulher não tem a obrigação de casar virgem, e o aborto deve ser um direito de escolha da mulher. Essas opiniões demonstraram que a falta de acesso à informação sobre igualdade de gênero enseja a reprodução de discursos sociais que reprimem a igualdade entre homem e mulher e a autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e sua vida sexual e reprodutiva.

A fonte de informação sobre o procedimento de esterilização feminina pelo Planejamento Familiar oferecido pelo SUS foi de parentes, amigos ou vizinhos. Os profissionais de saúde foram elencados como fonte secundária dessas informações. Muito embora a participação no serviço dependa de encaminhamento médico, o profissional de saúde não foi

elencado como a principal fonte de informação sobre saúde sexual e reprodutiva.

Por meio dessas informações, pode-se dizer que o objetivo desta pesquisa foi alcançado, isto é, conhecer as características comuns às mulheres que perfazem a demanda local e regional pode possibilitar a oferta de informações suficientes e adequadas para que elas e seus parceiros realizem escolhas mais satisfatórias em relação à saúde e à vida sexual e reprodutiva da mulher e do casal.

A pesquisa permitiu observar que as informações fornecidas pelos profissionais de saúde às mulheres e seus parceiros durante o Planejamento Familiar ofertado pela policlínica municipal e pelo hospital regional foram adequadas e suficientes para que realizassem uma escolha satisfatória acerca do método contraceptivo mais conveniente aos dois. Ademais, a participação de um psicólogo pode auxiliar no planejamento do número de filhos desejados e na desconstrução de crenças e hábitos que dificultam o uso dos métodos, como o esquecimento da pílula ou a alegação de que a pílula causa efeitos colaterais insuportáveis, e na construção de outros hábitos, para que os métodos sejam utilizados da maneira mais apropriada.

Referências

BERQUO, Elza; CAVENAGHI, Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária.

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S441-S453, 2003. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago 2015

BRASIL. Constituição, 1988. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 14 ago. 2015.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 14 ago. 2015.

_____. **Lei nº 9.263** de 12 de janeiro de 1996. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm> Acesso em 14 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**

Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília, DF. 2009. Disponível em

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>> Acesso em 29 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivo:**

Uma Prioridade do Governo. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cad. n.

1. Brasília, DF. 2005. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf> Acesso em: 14 ago 2015

_____. Ministério da Saúde. **SUS E COSEMS/SP 25 anos: Da Constituinte**

1988 ao Decreto 7.508/11. 2014.

DEL PRIORE, Mary. **Histórias Íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil.** São Paulo: Editora Planeta, 2011. 254 p.

LINS, Regina Navarro. **A Cama Na Varanda**: Arejando nossas idéias a respeito de amor e sexo. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Best Seller, 2005. 479 p.

MERCADANTE, Otávio A. *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Fiocruz (online), 2002. Cap. 3, p. 237-264. Disponível em <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 10 julho 2014.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2014.

OMS. **Abortamento seguro**: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

ONU. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas**. Plataforma de Caio. 1994. Disponível em <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SANTOS, Júlio César dos; FREITAS, Patrícia Martins de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2014.

VENTURA, Miriam. **Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA**. Direitos Reprodutivos No Brasil. 3ª ed. Brasília. 2009. 292 p. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E DEPENDÊNCIA DE DROGAS NA MODERNIDADE HIPER-LIGADA

Mônica Serrão Chife
Maria Geralda Viana Heleno
Míria Benincasa Gomes
Manuel Morgado Rezende

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar uma introdução à ampla e desafiadora questão da Reabilitação Psicossocial na área da Drogadependência. Iniciamos com uma contextualização do consumo de substâncias psicoativas na pós-modernidade, marcada pelo excesso de produtos a serviço do apagamento do mal estar presente na cultura. Seguimos com algumas considerações relativas às políticas públicas de atendimento aos dependentes, no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira nos últimos anos, e finalizamos com uma breve revisão de produção científica recente sobre o tema. A Reabilitação Psicossocial preconiza o desenvolvimento de autonomia e integração social de indivíduos com transtornos mentais associados ou não com o uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Consumo de substâncias psicoativas na pós-modernidade.

O uso e o abuso de substâncias psicoativas remontam ao surgimento da humanidade, pois o homem sempre esteve às voltas com substâncias que alteram o estado de consciência. As substâncias psicoativas fazem parte da cultura humana com diferentes usos devidos, como fármacos, com amplo espectro de benefícios para uso médico, no controle da dor, entre outros, e consumos abusivos e indevidos com enorme potencial de risco para o usuário e para o meio social. O chamado indivíduo pós-moderno vale-se das substâncias para produzir alterações da percepção da realidade pessoal e do ambiente, buscando, narcisicamente, a obtenção de bem estar.

A globalização, a tecnologia com o emprego de vasto repertório de recursos midiáticos, transformam os indivíduos em consumidores, protagonistas de seus próprios dramas, engendrados num mecanismo de isolamento onipotente. Deste modo, observamos a paradoxal situação de

indivíduos ligados e conectados com a perspectiva instantânea de ficarem desligados e desconectados do meio social circundante. Ou seja, ficar na sua onda, que pega, massifica e aprisiona com ares de doce liberdade. Com tantos aparatos de escape, dificulta-se aceder à subjetividade e refletir sobre os excessos de oferta excitatória.

Os riscos epidemiológicos e prejuízos sociais relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas pressionam autoridades governamentais e a sociedade civil, não só pela busca de uma estratégia conjunta para o combate ao tráfico de drogas (redução da oferta de drogas ilícitas), como também de soluções para desenvolver programas de prevenção e assistência aos usuários.

Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), intitulada "Pesquisa Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas nas 107 maiores cidades brasileiras", aponta que as drogas legais como o álcool e tabaco estão associados aos problemas de saúde mais proeminentes na Rede de Atenção à Saúde como um todo. No entanto, geralmente a população quando fala em drogas refere-se apenas à cocaína e à maconha (GALDUROZ; NOTO; NAPPO; CARLINI, 2005).

O Brasil, têm desenvolvido varias iniciativas para enfrentar o uso, abuso e dependência de drogas. O enfrentamento para a redução da oferta de drogas verifica-se através do emprego da repressão (Guerra às Drogas), assim como a redução da demanda é verificada através de programas que visam à educação e ao tratamento.

Em meio a todos esses acontecimentos, é interessante notar que, para o cidadão comum, há uma generalização ou banalização quanto ao uso do álcool, quer seja através de cervejas ou vodcas que são tratadas em publicidade como se fossem refrigerantes, quer seja através de seu uso indiscriminado nas festas e locais de encontro de famílias. No Brasil, 80% dos adolescentes já beberam alguma vez na vida e 22% dos jovens estão sob o risco de desenvolver dependência de álcool (CUMINALE, 2010).

No artigo "Uso, Abuso e Dependência de drogas: delimitações científicas e sociais" Rezende (2000) demonstra que a distinção entre a drogas lícitas e ilícitas está dissociada de conhecimentos científico, e dos movimentos sociais de tolerância à determinados produtos psicoativos e de intolerância a outros.

Na atualidade a Psicopatologia dos Códigos (STHLER.; REZENDE, 2008), através de seu Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002) indica critérios que deverão ser utilizados, a fim de que se possa diferenciar a dependência de substâncias do simples uso. O aparecimento de três itens configurará dependência.

1. Tolerância: Necessidade de quantidades progressivamente maiores para obter a intoxicação ou o efeito desejado. Acentuada redução do efeito com o uso da mesma quantidade da substância.
2. Abstinência: Síndrome de Abstinência proveniente do corte do uso da substância psicoativa. Quando outra substância é utilizada para aliviar ou evitar a crise de abstinência.
3. A substância é frequentemente consumida em maior quantidade ou por um período mais longo de tempo que o pretendido inicialmente.
4. Há um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
5. Muito tempo gasto em atividades para a busca ou obtenção da substância, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.
6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em função do uso da substância.
7. O uso da substância continua, apesar da consciência de que se tem um problema físico ou psicológico.

A dependência de substâncias psicoativas apresenta-se como um fenômeno complexo, que implica não apenas a droga (licita ou ilícita), mas uma história pessoal e familiar, de um contexto e de um indivíduo que faz a utilização de um produto para lidar com a vida.

É de uso corrente a nomeação de drogas em leves e pesadas, de acordo com o potencial farmacológico da substância. Entretanto, do ponto de vista psicológico, podemos sugerir como critério para esclarecer a dependência; o significado, a intensidade e a frequência da relação do sujeito com a droga no gradiente de leve a pesada. "Deve-se considerar, principalmente, a vivência psicológica que o usuário configura diante da falta do efeito psicofarmacológico da droga" (Rezende, 2000, p.154).

Mal estar na modernidade líquida

Freud (1930/2006) inicia o texto, O Mal Estar na Civilização, afirmando que a vida dos homens parecia-lhe uma busca incessante de poder, *status* social e riquezas, na qual as pessoas da sociedade envolviam-se, muitas vezes trocando algo que realmente “tem valor” na vida, para serem vistas através do que denomina “falsos valores de avaliação”.

Talvez a grande mudança da época moderna para a atual reside na percepção dos indivíduos com relação aos valores que regem a sociedade e em sua disposição no vértice de tempo e espaço. Bauman (2001), em seu livro *Modernidade Líquida*, caracteriza o que chamamos de pós-modernidade. O contraste da sociedade moderna em relação à pós-moderna pode ser entendido através do papel do indivíduo e de suas relações interpessoais na sociedade.

A sociedade moderna baseava-se em aspectos concretos, no territorialismo e no sentido literal na construção de um caminho para o futuro, futuro este que seria herdado pelas gerações vindouras. A construção operava-se ideologicamente, no sentido de transmitir as experiências e tradições e formar a base de valores e regras de conduta dos indivíduos. Estes valores eram pautados pelo bem comum dos indivíduos que formavam a sociedade na qual estavam inseridos. O senso de coletividade era maior e havia a distinção entre o público e o privado. Havia também uma distribuição de tarefas, previamente orientadas pelos papéis que cada um desempenhava e uma “expectativa” de construir um mundo melhor (BAUMAN, 2001).

Já a sociedade pós-moderna, a qual o próprio Bauman (2001) denomina como “líquida”, traz em seu bojo o individualismo como valor. Não se pauta mais pela construção do coletivo, mas sim pela realização do indivíduo, tornando a busca da felicidade o maior objetivo do ser humano em sua caminhada na Terra. Deve-se mencionar, ainda, que os ditames que definem o que vem a ser felicidade são oriundos do mercado de consumo, regido pelo imediatismo do tempo e mediado pela tecnologia.

A ideia de liberdade sempre foi perseguida pela humanidade desde o início dos tempos. Porém, na pós-modernidade estabelece-se um paradoxo em relação ao conceito de liberdade total *versus* a uma ideia romântica da liberdade existente até a década de 70 do século vinte. A liberdade pós-moderna está calcada no individualismo e na busca do eu, fazendo surgir assim um sentimento de vazio no indivíduo, o sentimento de impotência frente a tantas escolhas que podem levá-lo à angústia. A

indiferença também pode ser o resultado de tanta liberdade, já que concomitantemente o indivíduo sofre com a onipotência, pois tem uma (falsa) ideia de que tudo pode (BAUMAN, 2001).

Outra faceta apontada por Lipovetsky (2005) é que a globalização, a tecnologia e o emprego sem precedentes dos recursos midiáticos levaram a sociedade a organizar-se através da aparência e do espetáculo. A fusão dos conceitos de moda, tecnologia e obsolescência, aliados a uma volatilidade do mercado, gerou o fenômeno do “parecer”, ou seja, hoje é mais importante o valor da aparência (ter) do que o valor cultural (ser).

O que todas essas variáveis têm em comum com a psicanálise é o fato de que Freud (/1930/2006) já apontara que a vida é muito árdua e muitas vezes os sofrimentos e decepções causados por seus acontecimentos podem induzir os indivíduos a se utilizarem de medidas paliativas para enfrentá-la. Não foi por mero acaso que Freud, no mesmo texto, O Mal-estar na Civilização, já citava o uso de substâncias tóxicas pelos indivíduos, a fim de que pudessem amenizar os sentidos ou até obter a insensibilidade frente às dores emocionais.

O indivíduo, pelo ponto de vista filosófico, é anterior à sociedade. Porém, do ponto de vista social, o processo de individuação só pode surgir através do tempo e da resolução (ou não) dos conflitos inerentes à vida (FERNANDES, 1990). A psicanálise também considera o sujeito em sua constituição a partir da relação com o outro. Para que a psicanálise pudesse existir, Freud pressupõe previamente a existência do “sujeito” e, através da compreensão de si mesmo, o processo analítico poderia servir como remédio para o sofrimento (MIJOLLA, 2005).

O conceito de ego para Freud (1930/2006) forma-se a partir do momento em que o indivíduo percebe-se, e com a aquisição do princípio da realidade conquista a possibilidade de separar o mundo externo do seu mundo interno. A princípio, o ego pode incluir tudo à sua volta, para depois, num segundo movimento, separar o que é externo e interno. Essa diferenciação também serve de fator capacitante às defesas contra sensações de desprazer que rondam o indivíduo ao longo de toda sua existência, para que o ego seja capaz de se defender contra as ameaças do mundo exterior. No entanto, as ameaças advindas do mundo interior são mais difíceis de serem enfrentadas, podendo ser a causa de distúrbios patológicos (FREUD, 1930/2006).

Já o Princípio do Prazer concorre desde o início da manifestação da psique, pois a busca da felicidade e, ainda mais, a busca do não sofrimento é o que motiva as ações do indivíduo por toda sua existência.

Freud(1930/2006) defende que a felicidade que qualquer indivíduo experimente sempre estará limitada dentro de sua constituição, apresentando-se como um sentimento por vezes tênue; o sofrimento, contudo, produz uma sensação muito mais perceptível.

Continuando a discorrer sobre a origem da felicidade humana, Freud (1930/2006) aponta vários caminhos pelos quais os indivíduos teriam de buscar a felicidade. Um deles seria por meio da ilusão da arte, da ilusão do mundo da imaginação. Outro seria por meio da restrição do contato com o mundo externo, numa manobra que visa à alteração da realidade através de uma percepção distorcida da mesma. Ou ainda pelo que se designou como uma manobra psíquica que levaria o indivíduo a analisar suas emoções, fazendo depois com que elas pudessem levá-lo de uma maneira satisfatória a realizar seus desejos dentro de uma relação benéfica para si. Esta última alternativa demonstra que o aparelho psíquico do indivíduo tem função fundamental no processo.

Parece-nos, desta maneira, que o uso da droga ou de substâncias psicoativas pelos indivíduos consiste num meio para a busca da “felicidade”, pois sabemos que elas são utilizadas por serem consideradas substâncias que alteram o estado psíquico, levando o sujeito a uma sensação de prazer e bem-estar. A substância psicoativa também pode, ao mesmo tempo, levar o indivíduo a modificar a noção de realidade. O sofrimento muitas vezes pode ficar anestesiado ou adormecido, enquanto a sensação de prazer é encontrada dentro de si através da atuação da substância no psiquismo.

Nesse sentido, podemos entender que o fenômeno da Drogadependência mostra-se vinculado a uma busca constante pela sensação de bem-estar do indivíduo, já que havendo uma sensação de desconforto dentro de si (mal estar) o indivíduo pode recorrer ao uso da droga para alívio da sensação de desprazer. Quando a substância psicoativa age, elevando a circulação de substâncias quimicamente responsáveis pelo sentimento de prazer dentro do corpo, ela pode também produzir diversas alterações no estado emocional do indivíduo, inclusive a alteração dos padrões de realidade.

O fato de o indivíduo em situação de dependência viver em tempos de modernidade líquida tem se revelado como um aspecto ainda mais avassalador no tratamento da dependência de drogas. Dentro deste contexto, a noção de tempo não é lógica nem linear, mas centrada na instantaneidade, o que faz da droga um produto de consumo desejado, a fim de se obter o prazer instantâneo. Anula-se, assim, a sensação de ansiedade gerada pelo mal estar de viver numa sociedade que tem como

premissas básicas o consumo e a busca da satisfação imediata, embora o indivíduo carregue a sensação de constante insatisfação (BAUMAN, 2001).

Para Freud (1930/2006), são três as fontes das quais provêm o sofrimento humano: as forças da natureza, a vulnerabilidade do corpo humano e as relações que temos com outros indivíduos na família, na sociedade e no Estado. Esta última fonte de sofrimento é, ao mesmo tempo, a pior e a mais complexa de ser solucionada, pois se trata de viver sob as regras da civilização que, se nos protege, também nos faz sucumbir ao sofrimento e à alienação, pois a chave da insatisfação seria nosso relacionamento com os outros indivíduos.

A droga, como substância psicoativa, tem o caráter de aliviar a tensão frente ao mal-estar da cultura, fazendo com que o indivíduo se utilize dela como um amortecedor para os sofrimentos inerentes à vida em sociedade. O que se pode notar, entretanto, é que a droga não existe por si só, faz-se necessária a existência de uma personalidade predisposta com a qual o uso de substâncias psicoativas poderá formar uma aliança preferencial e por vezes indestrutível (REZENDE, 1997).

Nos últimos séculos, as pessoas que apresentaram transtornos mentais, incluindo os dependentes de drogas, foram identificadas como “os problemáticos do meio familiar e social” e, portanto, tratadas como doentes a serem removidos das cidades e da cidadania (REZENDE, 2003) Como conseqüência, tais indivíduos eram enviados para colônias agrícolas, manicômios ou asilos para alienados. Desta forma, “purificava-se” o meio social sem considerar a sua contribuição na produção psicopatológica.

O processo histórico da exclusão dos pacientes psiquiátricos demonstra, portanto, a força do processo de exclusão em toda a área de saúde mental, incluindo a dependência de drogas. Ou seja, a experiência de exclusão é, em perspectiva histórica, mais freqüente do que o processo de reabilitação. Pode-se pensar também que a exclusão dos indivíduos com sofrimento mental é uma das formas de lidar com o mal estar na civilização.

Reabilitação Psicossocial e Dispositivos de Atenção à Saúde Mental no Brasil

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à Saúde Mental, têm valor estratégico na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em se tratando de centros comunitários abertos, é função do CAPS:

Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu ambiente E principalmente: Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A Reabilitação psicossocial e a política de Reabilitação Psicossocial nascem, primeiramente, na comunidade. Em seu texto sobre Reabilitação Psicossocial, Guerra (2004) cita que a partir da década de 40, nos EUA, um grupo de ex-pacientes psiquiátricos e seus familiares uniu-se em prol de suas necessidades. Este grupo apoiava-se em ações que visavam ao trabalho, à moradia e à vida em comunidade dos ex-internos de uma maneira “protegida”.

Esta situação ilustra que a Reabilitação Psicossocial surgiu da necessidade de indivíduos que tinham suas vidas afetadas por algum transtorno mental e que, a partir deste episódio, começariam uma longa luta para encontrar um lugar na sociedade, um trabalho, um local para morar e uma ocupação que se adequasse às suas necessidades.

No Brasil, a partir das últimas décadas após a Reforma Psiquiátrica, a discussão sobre o sistema de assistência aos doentes mentais levou para o centro do debate questões que visavam a extinguir a exclusão e, ao mesmo tempo, empreender medidas que garantissem os direitos dos doentes mentais.

Pitta (1996, p. 9), defende que a Reabilitação Psicossocial é mais que uma técnica e sim um conceito:

Reabilitação Psicossocial implica numa ética de solidariedade que facilite, aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos decorrentes de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade.

A partir deste conceito, podemos entender que reabilitar um indivíduo psicossocialmente não se trata de uma técnica ou de um conhecimento tecnológico de que os profissionais de saúde mental lançam mão com o intuito de que o indivíduo seja “*re-inserido*” na vida em sociedade. O principal objetivo no processo de reabilitação deve residir,

portanto, na construção da cidadania do indivíduo, englobando três aspectos básicos: casa, trabalho e sociedade. Para alcançar este objetivo, faz-se necessário desenvolver instrumentos, como programas e serviços, para que estes cenários sejam incluídos no programa de reabilitação psicossocial (PITTA, 1996).

Os Programas de Saúde Pública buscaram encaminhar-se através dos dispositivos encontrados para o tratamento de doenças mentais advindos da Reforma Psiquiátrica. Vasconcelos (2008) aponta que a política pública de saúde mental optou pela descentralização das ações e dos recursos, visando à atenção ao local de trabalho e à vida em comunidade, priorizando, desta forma, uma concepção de saúde e qualidade de vida dentro do espaço urbano. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentro do modelo brasileiro de atenção à Saúde Mental objetivam à reinserção dos indivíduos à família e à sociedade por meio do desenvolvimento de práticas de reabilitação e utilizando-se de aspectos relacionais e comunitários.

Experiências de reabilitação psicossocial na dependência de drogas no Brasil: alguns exemplos

Após estes sucintos apontamentos dos conceitos de Reabilitação Psicossocial, apresentamos alguns artigos científicos com o objetivo de ilustrar, no contexto dos dispositivos de atenção à Saúde Mental como se dá a Reabilitação Psicossocial de sujeitos nomeados como dependentes de drogas.

Iniciamos com Guerra (2004, p. 91), que em seu texto sobre “O controverso contexto da Reabilitação Psicossocial e seus possíveis paradigmas”, afirma que: “Trabalhamos inventando, experimentando e avaliando, mais ou menos formalmente, nossas ações a partir de suas consequências sobre os usuários nelas envolvidos”.

Dentro desta linha de pensamento, o artigo “Modelos de Atenção à Saúde de Usuários de Álcool e outras Drogas: Discursos Políticos, Saberes e Práticas”, Alves (2009) aponta os desafios da prática em saúde de consumidores de álcool e outras drogas. O autor afirma que as políticas públicas estão inseridas num contexto complexo, apresentando três dimensões, a saber: a primeira dimensão corresponde à formulação e à implementação das políticas públicas; a segunda refere-se à esfera organizacional, ou seja, às relações que são estabelecidas pelos serviços de saúde; a terceira dimensão trata da prática e da organização dos processos de trabalho, os quais devem ser entendidos como uma

dimensão tecnológica. O ideal em termos de uma política de saúde mental que contemple os usuários de álcool e outras drogas é a relação sinérgica entre estas três dimensões, para que possa haver, de fato e de direito, apoio para a população que busca tais serviços. Por outro lado, as políticas proibicionistas sobre as drogas, criaram os modelos que pregam a intervenção pelo encarceramento e pelo tratamento que recorre à abstinência como única maneira de tratar-se a dependência (ALVES, 2009).

A Política Nacional sobre Drogas, a partir de 2005, associa-se com a política do Ministério da Saúde, que tem como princípio implantar e pôr em prática uma rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Admite-se que o tratamento, a recuperação e a reinserção social do indivíduo devem contar com o apoio de uma rede articulada, da qual façam parte instituições governamentais e não governamentais, como unidades básicas de saúde, ambulatórios, CAPSad (álcool e drogas), comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, hospital dia, serviços de bombeiros, casas de apoio e convivência e moradias assistidas (ALVES, 2009).

No artigo “Características do cuidado em Saúde Mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais”, (MIELKE *et al.*, 2011) abordam que o objetivo principal da Reabilitação Psicossocial reside na construção da autonomia do usuário do serviço. Neste conceito de autonomia utilizado pelo CAPS busca-se reinserir o indivíduo no seu grupo social, desenvolvendo atividades físicas em espaços da comunidade como, por exemplo, a dança gaúcha em uma quadra de futebol do bairro. Ainda, uma das dificuldades apresentadas por alguns usuários pode espelhar o excesso de paternalismo desse serviço, uma vez que, ao buscar-se um ambiente “protegido”, o indivíduo cria um vínculo e passa a ser reconhecido, como dizem alguns usuários, como “alguém” no interior do CAPS, enquanto na sociedade ele não é “nada” (MIELKE *et al.*, 2011, p. 270).

O CAPS é um serviço de saúde mental e como todo serviço deveria contemplar começo, meio e fim do tratamento. No entanto, o que pode estar ocorrendo, segundo alguns profissionais, é a “institucionalização velada” dos usuários, pois muitos deles não enxergam o serviço como um suporte terapêutico e sim como o único espaço em que podem fazer suas trocas sociais.

No artigo científico “Dirigentes de Instituições que assistem dependentes químicos do Vale do Paraíba” (JESUS; REZENDE, 2008, p.502)

observaram que as instituições que atendem dependentes de drogas terapêuticas não estão inteiramente alinhadas com as políticas públicas de saúde mental e nem seus dirigentes, em sua maioria, têm capacitação na área de dependência química, ainda que possuam filiação na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Os dirigentes dos serviços apontaram a dependência química como uma doença. "O psicológico da pessoa está abalado. A dependência irá acompanhá-lo sempre, o dependente químico Um cara que não tem caráter, não tem personalidade".

No Brasil, muitos serviços ainda são organizados única e exclusivamente na base da boa vontade e do empenho de seus membros. Esses serviços apresentam uma desvinculação com os ambientes onde estão inseridos. O estudo demonstra que os dirigentes das clínicas pesquisadas baseiam-se no discurso do poder, através do tratamento moral dos internos. Em nenhuma das vezes foi mencionada a dependência química como um sintoma do mal estar presente na cultura (JESUS; REZENDE, 2008).

Nessa pesquisa, os autores também demonstraram que o tratamento está assentado na religião e em regras que condicionam as tarefas cotidianas, como as refeições, as orações e demais tarefas. Com isso, o cerne do tratamento volta-se ao controle social e ao estabelecimento de limites e a adesão ao "tratamento" só é tida como boa ou benéfica, a partir do momento em que o sujeito encaixa-se nas regras e vive de acordo com elas.

Nas clínicas pesquisadas, também não há uma conduta específica, traçada dentro de um critério científico, na qual sejam estabelecidos a admissão, o tempo de tratamento e a alta. Todos estes aspectos também são tratados de acordo com a "força de vontade" do indivíduo drogadependente.

Outro aspecto apontado pelo estudo de Jesus e Rezende (2008) é a ausência de critérios objetivos de avaliação, pois em nenhuma das instituições pesquisadas há uma avaliação de resultados ou uma sistematização destes. Cada clínica baseia sua avaliação (negativa ou positiva) a partir da mudança de comportamento do indivíduo dentro da clínica. Sempre que o comportamento do indivíduo não for o de adesão ao tratamento imposto, a "culpa" passa a recair exclusivamente nele, uma vez que ele não teve "força de vontade".

Pode-se observar que nas chamadas clínicas de recuperação do vale do Paraíba estudadas por Jesus e Rezende (2008) há como prioridade

a obtenção da meta da abstinência de drogas e álcool como pré-condição para a reinserção social do dependente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reabilitação Psicossocial deve incluir a família, o dependente e os setores sociais responsáveis pela promoção de saúde, educação e cidadania. Isoladamente, a área de saúde não oferece meios para o desenvolvimento de novas oportunidades de capacitação profissional e de trabalho.

Com a legislação da área da saúde mental no Brasil, criada no final do século XX e início do século XXI, os direitos dos dependentes ao tratamento e reabilitação foram ampliados, porém, isoladamente os avanços conquistados pelos marcos regulatórios chegaram muito timidamente às políticas públicas. A continuidade de ações sistemáticas e planejadas, com o envolvimento de usuários de serviços de Saúde Mental, profissionais da área de saúde, área social e demais setores comunitários interessados no desenvolvimento da cidadania democrática, é fundamental para o aperfeiçoamento das medidas de reabilitação psicossocial e promoção de saúde.

Para avançarmos no processo de reabilitação psicossocial é fundamental enfrentarmos a recorrente hipocrisia das políticas de exclusão social dos dependentes de drogas e de seu isolamento em "casas de recuperação". Neste caso, estamos a confundir, o indispensável processo de desintoxicação de alguns dias ou semanas com internações de longa permanência, sem qualquer projeto terapêutico reabilitador, que adicionam ao dependente de substâncias psicoativas a toxicodependência institucional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov. 2009.
- APA. *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default/cfm>> Acesso em 10.04.2012.
- CUMINALE, N. Adolescentes e o Álcool. **Veja**. São Paulo, julho de 2012.
- FERNANDES, A. T. **Individualismo, subjetividade e relação social**. 1990. Disponível em: <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/1681.pdf>> Acesso em 12.02.13.
- FREUD, S.(1930) **O mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- GALDUROZ, J. C. F. et. al. Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, edição especial, set/out. 2005.
- GUERRA, A. M. C. Reabilitação Psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.7, n. 2, 2004.
- JESUS, C. F; REZENDE, M. M. Dirigentes de Instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, 2008.
- LIPOVETSKY, G. **A Era do Vazio**: ensaios sobre o Individualismo Contemporâneo. Barueri-SP: Manole, 2005.

MIELKE, F. B. et. al. Características do cuidado em Saúde Mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, 2011.

MIJOLLA, A. **Dicionário internacional da Psicanálise**: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

PITTA, A. M. F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

REZENDE, M. M. **Curto Circuito Familiar e Drogas**: Análise das relações familiares e suas implicações na farmacodependência. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1997.

_____. Uso, abuso e dependência de drogas: Delimitações Sociais e Científicas. **Psicologia e Sociedade**. v.12, n.112, jan/dez 2000.

_____. Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental que atende dependentes de drogas no vale do Paraíba. **Rev Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. V6, n.1, 2003.

SATHLER, C.N.; REZENDE, M.M. Psicopatologia: legitimação de discursos pós-modernos na sala de aula. **Rev. Mal Estar e Subjetividade** v.8, n 4, 2008.

SILVEIRA FILHO, D. **Dependência**: Compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens Psicossociais**. Volume I: história, teoria e prática no campo. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CUIDADO AO PACIENTE PARA CIRURGIA BARIÁTRICA: AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Michele de Oliveira Paula
Paulo Francisco de Castro

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença marcada pelo acúmulo de gordura corporal, sendo gerada por causas multifatoriais. As principais são: consumo em abundância de alimentos, falta de atividade física, tendência genética, problemas hormonais e fatores emocionais segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM (2011).

Segundo o levantamento da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, 52,5% dos brasileiros em idade adulta estão acima do peso, destes 17,9% apresentam obesidade (BRASIL, 2014). Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica - SBCBM (2011) apontam que havia, no período estudado, 30 milhões de indivíduos com obesidade no Brasil e se for incluída a população com sobrepeso, esse número chega a marca de 95 milhões de brasileiros. Tal situação confere ao quadro de obesidade proporções epidêmicas, o que leva à necessidade do desenvolvimento de diferentes estratégias para tratamento e cuidado a esses pacientes.

Benedetti (2003) afirma que existem diversas formas para avaliar o quadro e o grau de obesidade, mas o método mais divulgado é o do IMC, obtido a partir da relação do peso em relação à altura, uma vez que esses valores não costumam variar muito independente de faixa etária ou tipos culturais. Avalia-se obesidade em grau III, considerada muito grave ou obesidade mórbida, quando o IMC está acima de 40, o que indica necessidade de ações de tratamento mais efetivas, pelo grande risco à saúde que a situação provoca (BENEDETTI, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2004; STRAUB, 2005). Outro critério de classificação é o de Richard e Schirmer (2010) que consideram que a obesidade mórbida é observada quando o indivíduo tem 45,3 Kg acima do peso ideal.

O aumento da obesidade nos últimos tempos ocorreu em um curto período para que tivesse ocorrido por transformações genéticas ou

fisiológicas relevantes. Isso pode indicar que as causas primárias devem ser investigadas à luz de alterações ambientais, sociais e psicológicas, suas consequências sobre o consumo de alimentos e os padrões de atividade física que afetam a população mundial (STRAUB, 2005; OMS, 2004).

Nos casos classificados, de acordo com as especificações do Índice de Massa Corporal - IMC, como obesidade mórbida, uma das possibilidades de tratamento é a cirurgia bariátrica. Devido ao grande número de pacientes com a referida situação clínica, a cirurgia bariátrica surge, desde 1954, como uma alternativa no tratamento desses casos e no Brasil começa a ser realizada a partir da década de 1970 no Hospital das Clínicas de São Paulo. Desde seu início, a realização das cirurgias bariátricas no Brasil apresentou significativo aumento, chegando a 72 mil em 2012 (SBCBM, 2011).

Segundo dados do Ministério da Saúde houve um acréscimo de 45% de procedimentos cirúrgicos feito pelo Sistema Único de Saúde entre os anos de 2010 e 2013, além do aumento de recursos investidos nessa prática (BRASIL, 2012).

Essa crescente demanda indica a necessidade de explorar os fatores associados à decisão de realização de cirurgia bariátrica, inclusive os possíveis impactos psicológicos decorrentes de sua vivência e mudanças.

No processo avaliativo para a cirurgia bariátrica, o candidato ao procedimento deve ser avaliado por equipe multiprofissional, da qual faz parte o psicólogo. Para a área de psicologia cabe a identificação dos fatores emocionais e cognitivos que permitem que o indivíduo passe para intervenção e garanta que o mesmo tenha condições psíquicas para enfrentar as mudanças físicas e comportamentais que ocorrerão em decorrência da intervenção (AKAMINE; ILIAS, 2013; FLORES, 2014; FRANQUES, 2006; PACHECO, 2006).

A legislação vigente sobre os procedimentos a serem adotados para cirurgias metabólicas prevê a avaliação e suporte psicológicos, como parte da equipe multidisciplinar necessária para o cuidado ao paciente com obesidade que tem indicação para intervenções desse tipo (BRASIL, 2005, 2013; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Embora haja maior conhecimento acerca da avaliação psicológica compulsória para indicação da cirurgia bariátrica, cujo relatório deve compor os documentos necessários para essa finalidade, as orientações oficiais incluem também o acompanhamento ou orientação psicológica após a cirurgia como ação profissional de igual importância.

Diante do que foi exposto, surge o interesse em conhecer a atuação do psicólogo nesse contexto do cuidado ao paciente, para tanto a percepção dos pacientes que já experienciaram o procedimento mostrou-se relevante recurso para essa discussão.

OBJETIVO

Refletir sobre a atuação do psicólogo no cuidado ao paciente para cirurgia bariátrica, com foco nas questões relacionadas à avaliação psicológica que antecede a cirurgia e na necessidade de acompanhamento após a intervenção, por meio da percepção relatada por um grupo de pacientes.

MÉTODO

Antes de qualquer procedimento metodológico, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Taubaté, pelo sistema da Plataforma Brasil, avaliado e aprovado segundo protocolo CAAE 35705314.4.0000.5501 de 12 de Setembro de 2014.

A pesquisa foi realizada com 20 participantes, divididos igualmente quanto ao sexo, que haviam se submetido à cirurgia bariátrica e em acompanhamento em instituições de saúde particulares, com tempo após a cirurgia entre seis meses a 10 anos. O perfil dos participantes está exposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Perfil dos participantes

Participante	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de cirurgia
1	F	27	Casada	Médio Completo	3 anos
2	F	38	Casada	Superior Completo	9 anos
3	F	35	Casada	Médio Completo	1 ano e 3 meses
4	F	40	Casada	Médio Incompleto	4 anos e 6 meses
5	F	20	Solteira	Superior Incompleto	6 meses
6	F	23	Divorciada	Superior Incompleto	9 meses
7	F	33	Casada	Médio Completo	4 anos
8	F	30	Solteira	Pós-graduação	9 meses
9	F	40	Casada	Superior Completo	1 ano
10	F	38	Casada	Médio Completo	3 anos
11	M	35	Casado	Pós-graduação	10 anos
12	M	28	Separado	Superior Incompleto	3 anos
13	M	31	Solteiro	Técnico Completo	2 anos e 2 meses
14	M	29	Casado	Superior Incompleto	7 meses
15	M	40	Casado	Superior Incompleto	1 ano e 7 meses
16	M	38	Solteiro	Superior Incompleto	10 anos
17	M	31	Solteiro	Médio Completo	1 ano e 3 meses
18	M	42	Casado	Superior Completo	4 anos e 4 meses
19	M	34	Casado	Pós-graduação	9 meses
20	M	38	Casado	Superior Completo	2 anos e 2 meses

Fonte: Dados da pesquisa de campo

Todos foram entrevistados, de acordo com roteiro pré-estabelecido e desenvolvido para a finalidade de pesquisa, questionando-se, entre outros assuntos, sobre acompanhamento psicológico antes ou depois da cirurgia, a existência de profissional da área de Psicologia na equipe que atendeu os pacientes e qual foi a percepção do participante acerca do papel do psicólogo no trabalho com pacientes nesse contexto.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes e depois transcritas para análise. Os dados referentes ao papel do psicólogo foram destacados para a presente reflexão. Os relatos sobre o assunto foram lidos e os elementos comuns das falas dos participantes analisados por similaridade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os pacientes afirmaram que havia um psicólogo na equipe multiprofissional para o atendimento aos interessados na cirurgia e, por força das resoluções quanto ao referido procedimento, todos também foram avaliados por um profissional de psicologia antes da intervenção. No que tange às especificidades do trabalho psicológico a esse grupo tem-se o que segue:

Um grupo de pacientes, totalizando sete indivíduos, destacou que se submeteram apenas para avaliação psicológica antes da intervenção cirúrgica, sendo que não foram atendidos em nenhuma outra atividade de atendimento psicológico. Destaca-se que a avaliação psicológica para os casos de cirurgia bariátrica é compulsória, assim, para que esses pacientes pudessem realizá-la, obrigatoriamente há necessidade de um relatório que indique condições psicológicas favoráveis a tal procedimento. A percepção desse grupo de pacientes quanto à importância do trabalho do profissional de psicologia é desfavorável, entendem que a função do profissional se restringe à avaliação e que, nesse contexto, não contribui para o estado de saúde geral dos pacientes. Além disso, destacam a brevidade e falta de aprofundamento no processo de avaliação. Observa-se a desvalorização do trabalho psicológico nos seguintes fragmentos de relatos dos entrevistados:

“Eu fiz assim, porque pra você operar é obrigatório você passar em três consultas com a psicóloga, eu passei ... depois eu nunca mais voltei. Eu nunca mais fui, eu não acredito muito no tratamento psicológico ... isso não serve pra nada não. Não senti importância nenhuma do papel do

psicólogo ... a primeira consulta ela perguntou meu nome, meu peso e porque que eu queria fazer a cirurgia e mandou eu falar um pouco sobre minha vida Eu já tinha todos os resultados dos exames só faltava as três consultas pra ela liberar o laudo, mas como eu já tinha tudo pronto eu falei assim pra ela me liberar ... e ela liberou, eu tinha pressa pra fazer, mas por outro lado eu queria testar ela, ela simplesmente perguntou se eu ia nas outras duas consultas, mas o que adiantava eu ir nas outras duas se ela tinha me liberado o laudo? O lado profissional dela deixou tudo a desejar...” (Participante 1).

“Fiz antes, depois não. Tinha... foi duas consultas só eu acho que foi muito pouco e não me ajudou muita coisa não. Mas como eu tinha determinação de fazer eu fiz pela minha cabeça mesmo” (Participante 2).

“Eu só fiz psicólogo antes da cirurgia ... mas não senti diferença nenhuma. Eu paguei as três consultas ... Na primeira consulta ela perguntou da minha infância, na segunda me deu milhões de questionários para responder e na terceira, ela perguntou por que eu queria fazer a cirurgia e me explicou como seria a cirurgia. O trabalho dela foi só isso, não vi importância nenhuma” (Participante 10).

“Antes sim, e não falando mal da psicologia, porque eu gosto da psicologia já fiz tratamento com psicólogas boas que eu gostei, mas a profissional que eu passei como psicóloga ... era uma boa papel de parede, porque na primeira ela já falou que eram três consultas, mas eu ia ter que ir três vezes pra então ela dar a carta, então no início ela já ia liberar a carta e eu consegui tapear ela, eu sei que eu fiz errado, mas boa parte das perguntas que ela fazia era se eu estava preparado, se minha família apoiava ... o meu maior medo era passar pela psicóloga por eu já ter feito tratamento com boas profissionais antes” (Participante 12).

“Fiz, tinha, mas não gostei. Muito ruim, na verdade eu nem sei se eu tive porque uma entrevista e mais duas provas que você tinha que fazer isso não avalia ninguém pra ver se tá bem ou não, porque muda muito a cabeça da pessoa, principalmente depois velho, muda muito cara e se você não tiver você vai ficar louco cara” (Participante 13).

“Meu, sinceramente o acompanhamento psicológico que eu fiz não adiantou em b... nenhuma, eu acho que acompanhamento psicológico

“você não consegue resolver em três consultas que ela não fala nada”
(Participante 15).

“Somente antes. Vou ser sincero, a psicóloga que me avaliou ela era fraca, travada, não me deixou sentir a vontade ... ela não estava preocupada com o meu eu. Não sei se é porque ela já era jurássica, mesmo assim eu me fingi de morto e fui tocando o barco pra atingir o meu objetivo. Senti que a psicóloga era apenas um corpo presente, não tive a vontade de dar sequência, até porque ela não me deu o gostinho de quero mais”
(Participante 16).

Akamine e Ilias (2013) enfatizam que a avaliação psicológica é obrigatória segundo determinação técnica e jurídica para a realização do procedimento. A cirurgia, se feita sem essa avaliação, tem desencadeado problemas legais aos cirurgiões e compromete o tratamento da obesidade mórbida. Por outro lado, Campos e Rosa (2009) comentam que não existe resoluções normativas dos órgãos de classe quanto a um protocolo específico para avaliação psicológica nesse contexto, o que pode dificultar a clareza do profissional quanto aos objetivos dessa avaliação.

Nesse sentido, Nassif *et al.* (2011) propõem um protocolo eletrônico com foco multiprofissional para avaliação anterior à cirurgia bariátrica, desenvolvido a partir de levantamento bibliográfico específico e revisão sistemática de pesquisas nas mais variadas áreas de saúde envolvidas no processo, inclusive a psicologia. Além disso, o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (2011) apresenta um conjunto de aspectos gerais e específicos a serem considerados para avaliação psicológica para a referida cirurgia, que pode ser utilizado para essa prática profissional.

Ehrenbrink, Pinto e Prando (2009), em um trabalho de avaliação psicológica de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, descrevem que alguns pacientes buscam o psicólogo somente para a obtenção do laudo psicológico, que é um dos pré-requisitos estabelecidos para a realização do procedimento cirúrgico. Nessa mesma direção, Marchesini (2010) relatou que em sua reflexão sobre aspectos psicológicos em pacientes pós-operados, 69,6% admitiram que já possuíam conhecimento de suas dificuldades emocionais antes de passarem pela cirurgia, o que pode indicar resistência em admitir a relação entre o comportamento alimentar e os estados de humor vivenciados pelos indivíduos e que 67,4% revelaram que deveriam ir além da avaliação psicológica, no sentido de buscar melhor preparo para as mudanças que ocorreram. Além disso,

Ehrenbrink, Pinto e Prando (2009), explicitam que três pacientes em um grupo de cinco buscaram a avaliação psicológica exclusivamente para a obtenção do laudo psicológico para se submeterem à cirurgia.

Ainda no que tange à avaliação psicológica, Akamine e Ilias (2013), Moliner e Rabuske (2008) e Queiroz et al. (2011) reforçam a importância e explicam que a função da avaliação psicológica para cirurgia bariátrica visa, além de amparar legalmente o procedimento, compreender a dinâmica psíquica que age sobre a constituição da obesidade, identificar as expectativas que são levantadas pelos pacientes e esclarecer as consequências advindas do procedimento, reforçando sua importância. Explicam ainda que a função do psicólogo vai além da avaliação inicial, estabelecendo estratégias para atendimento e suporte psicológicos, no sentido de oferecer espaço para a discussão das angústias resultantes da mudança de comportamento que o paciente deverá assumir. Essa estratégia conjunta de avaliação e atendimento, subsidia a criação de vínculo entre o paciente e o profissional, por meio de um ambiente de confiança e continência que, por meio dessa relação, pode contribuir para melhor adesão ao tratamento.

No que tange à avaliação psicológica, a despeito de sua obrigatoriedade, tem-se que se trata de uma importante etapa do atendimento a esse grupo de pacientes, que pode possibilitar o planejamento de um tratamento psicológico posterior à cirurgia, adequado e particularizado para cada indivíduo, no sentido da manutenção da perda de peso e da aderência às mudanças necessárias para a manutenção da saúde (ROJAS et al. 2011; VENZON; ALCHIERI, 2014).

Observa-se que, como assinalado anteriormente, os sete pacientes que se submeteram apenas à avaliação psicológica possuem um posicionamento desfavorável diante do trabalho do psicólogo. Conjectura-se, aqui, que essa visão tenha sido resultado da ação técnica restrita do profissional que não possibilitou um ambiente de confiança e configuração de vínculo que possibilitasse melhor cuidado.

Cabe destacar aqui que dois indivíduos entrevistados revelaram que, diante da contraindicação para cirurgia apresentada pelos primeiros psicólogos consultados que fizeram a avaliação, decidiram buscar a autorização para o procedimento com outros profissionais que, depois de breves ações, concederam o relatório favorável aos pacientes. O que chama atenção, pois causa um questionamento sobre os critérios adotados pelos profissionais, pois diante de curto espaço de tempo,

apresentaram conclusões avaliativas diferentes. Optou-se por apresentar os referidos relatos:

“Então, eu ia fazer a cirurgia com uma outra equipe, daí a psicóloga falou que eu não estava preparada e queria que eu fizesse mais três meses de tratamento, daí eu desisti, desisti por um momento ... Daí fui no Doutor X ... e eu falei que eu já tinha passado e que a psicóloga não tinha me liberado, daí eu passei pela psicóloga dele uma vez só e ela me liberou e eu fiz” (Participante 4).

“Particpei sete meses da clínica daqui e como não saia a cirurgia eu optei por ir em outra cidade ... Fui pra lá por causa disso, eu queria operar logo e eu tava sete meses naquilo ... mudei e foi em dois meses” (Participante 11).

Quando se considera algum tipo de acompanhamento anterior à cirurgia, além apenas da avaliação, observa-se que três dos participantes deste estudo explicaram que realizaram consultas psicológicas para esclarecimentos gerais sobre o procedimento, discussão de aspectos emocionais que podem interferir na obesidade, necessidade de mudanças de hábitos e comportamentos após a intervenção e também avaliação psicológica. Para esse grupo, embora pequeno, não houve consenso quanto ao papel e a importância do psicólogo no atendimento ao paciente com obesidade que opta pela cirurgia.

Um participante avalia negativamente o papel profissional do psicólogo

“Depois não, só fiz antes ... mas depois eu não fiz nenhum acompanhamento psicológico, na verdade a sorte é que eu tenho o lado psicológico bem preparado, porque assim se fosse depender do psicólogo em si ele não te ajudava muito não ... eu acho que eu me ajudei mais do que o profissional que estava me ajudando” (Participante 11).

Outro paciente compreende como positiva a atuação do profissional

“Depois não, fiz antes, fiz uns dois anos antes porque quando eu comecei o processo foi em São Paulo pelo convênio ... eles são implacáveis, agora parece que o negócio tá super fácil, o povo tá em dois, três meses já operando. Eu me lembro que eu ouvi por dois anos tanta coisa, tanta

história, tanto testemunho daquelas pessoas e depois eu fui viver e eu falei: 'Poxa, eu já sabia tudo disso na teoria mas na prática é punk' ... o papel do psicólogo foi muito importantíssimo, foi necessário, ela conversou bastante comigo, eu conversava bastante com ela, a gente conversou bastante na época sobre essa questão dos meus pais né, que ela falou ... agora você não vai mais descontar na comida isso, você come motivada por quais sentimentos?" (Participante 7).

Por fim, um entrevistado não possui uma posição definida sobre a relação entre a psicologia e a obesidade no cuidado ao paciente operado.

"Só antes, depois eu até quis, eu tinha o direito ao retorno, mas ah, eu achei por mim mesmo não ter a necessidade de voltar no psicólogo, mas deveria ter voltado né, porque é uma coisa séria ... ela perguntou muita coisa eu achei até que ela perguntou coisa que não tinha muito a ver, mas é o trabalho dela né, mas assim eu nunca tinha passado por um psicólogo ou por uma psicóloga ... Então eu não aprovei, mas também não elogiei, fiquei neutro nessa situação. Mas pode ser que tenha sido de grande aproveitamento pra mim e eu não tenha visto com esses olhos ou não" (Participante 17).

Pacheco (2006) esclarece sobre a importância das entrevistas psicológicas realizadas com os pacientes candidatos à cirurgia bariátrica, explica que com esse atendimento pode-se avaliar e valorar sua opção pela cirurgia. Tem-se uma reflexão sobre o histórico da obesidade e sua relação com a dinâmica psicológica. Além disso, deve-se promover uma reflexão do paciente no sentido dos benefícios, mas também das consequências do procedimento. Com isso, pretende-se reconhecer recursos internos para o enfrentamento mais equilibrado do processo de tratamento, por meio da reflexão dos receios e esperanças vividos por esses indivíduos.

Metade dos indivíduos que participaram do presente estudo declarou que se submeteram a atendimento psicológico anterior, processo de avaliação psicológica e acompanhamento psicológico após a cirurgia bariátrica. Destaca-se aqui três desses pacientes que informaram sua vivência em psicoterapia antes dos atendimentos para finalidade da cirurgia. Um total de nove pacientes, com maior experiência quanto ao trabalho do psicólogo, consideraram importante essa atuação no cuidado ao paciente com obesidade. Explicam o auxílio que essa atenção específica

proporciona na compreensão de uma série de dinamismos psíquicos que podem se relacionar à questão do desenvolvimento e manutenção da obesidade.

Para esses casos, a experiência do atendimento psicológico como um todo, desde os esclarecimentos iniciais, passando pela avaliação até um suporte após a cirurgia, puderam contribuir para o estado geral de saúde dos pacientes. A compreensão sobre sua dinâmica psicológica auxilia no estabelecimento de novos comportamentos e hábitos por parte dos indivíduos, componente que é destacado como um dos mais difíceis no processo de adaptação à nova rotina de vida após a cirurgia.

Observa-se tal posição nos fragmentos dos seguintes relatos:

“Sim, fiz, to precisando voltar, agora faz dois meses que eu não volto porque tá na correria pra mim, mas todo mês pelo menos eu passo com ela ... ajudou bastante porque lá eu falava tudo, coisa que eu ficava quieta aqui em casa, que eu guardava, coisas minhas mesmo, eu não gostava de falar ... sentimentos assim, eu sempre fui fechadona e com ela eu soltava, eu falava tudo. Aí melhorou, ajudou bastante” (Participante 3).

“Eu passei pela psicóloga ... uma vez só e ela me liberou e eu fiz ... ela mexeu muito com o psicológico, conversou tudo sobre como que ia ser, antes o depois da cirurgia, ela explicou bem. Nossa foi muito bom, porque assim ela deixou já bem claro o que eu ia passar entendeu? Já trabalhou com minha mente antes e depois eu fiz eu acho que umas três sessões com ela e não fui mais ... e to muito bem” (Participante 4).

“Fiz antes, depois eu fui duas vezes e ... eu deixei de ir ... eu acho que o psicólogo te prepara pra mudança alimentar, você nunca mais vai comer do jeito que você comia antes, fazer da comida o seu step, não vai ser mais isso. Ela trabalhou bem isso comigo, agora eu substituo a comida pelo que eu gosto de fazer, que é tocar instrumentos, eu toco um pouquinho de cada coisa. Um pouquinho de violão, um pouquinho de bateria, guitarra” (Participante 5).

“Eu fiz eu acho que um ano, eu tenho acompanhado, apesar de fazer eu acho que uns dois meses que eu não vejo eu to sentindo falta, porque querendo ou não faz uma diferença ... Não era só comer ou não, eu passei um ano entendendo porque que eu comia, o que despertava isso, então eu sabia que quando vinha aquele sentimento eu tinha que pensar: ‘não, para e respira, vai assistir televisão’. Eu tinha que focar em outra coisa e não

era em comida, então eu fiquei triste depois da cirurgia porque me faltava alguma coisa, eu não conseguia enxergar os buracos, as lacunas e foi tudo com a psicóloga. Eu acho que é uns dos mais importantes” (Participante 6).

“Fiz, quando eu entrei no processo da cirurgia bariátrica demorou exatamente um ano ... eu tive sessões de acompanhamento em grupo com psicóloga, então eu acho que foram 18 sessões de uma hora pra gente entender o que mudaria no nosso corpo, como a gente era, o que aconteceria, as mudanças que viriam, e depois da cirurgia eu também to tendo acompanhamento psicológico ... Acho importantíssimo, eu acho que é imprescindível se você quer fazer cirurgia bariátrica, porque você não consegue mudar sua visão de ver as coisas se você não tiver acompanhamento, eu acho que assim sozinho você não consegue, é uma coisa assim impossível ... a psicóloga mostra isso pra gente, como pensar de uma maneira diferente, a gente ter consciência que a gente vai passar por um processo drástico, mas é um processo físico e que a gente precisa mudar nossa cabeça pra isso também né? ... Então a psicóloga trouxe muito pra mim essa parte de consciência de que sou eu que vou ter que fazer depois, eu que vou ter que me controlar, porque eu vou continuar sentindo vontade, vou continuar sentindo desejo, eu vou continuar sei lá, ansiosa com alguma coisa e descontando na comida, então é muito, eu acho que foi muito importante essa consciência dela que a operação vai ser no estômago, então, não na sua cabeça e você vai brigar com os seus desejos, suas vontades, suas frustrações, aprender a lidar com isso, isso vai ser real na sua vida você tem escolha” (Participante 8).

“Continuo fazendo, fiz dois antes e logo que eu sai da cirurgia eu já comecei a fazer, que foi preciso né ... a gente conversava sobre as expectativas da cirurgia ... as expectativas da pós bariátrica né, eu acho que o que valeu muito a pena foi o acompanhamento que eu fiz ... Achei importante o papel da psicóloga, devo tudo a ela, de eu ta conseguindo caminhar hoje” (Participante 9).

“Sim, faço até hoje. Fiz desde o começo, um ano e meio de acompanhamento era todo mês ... eu senti realmente a segurança de fazer a cirurgia, ela é muito competente no que faz, ela conversa tranquilamente, ela explica várias vezes a questão da cirurgia, o que vai mudar, ela vai te acompanhando. Eles não deixam você ir sem saber o que realmente vai acontecer, eles deixam muito claro” (Participante 14).

“Sim, fiz antes e depois da cirurgia. Tinha um psicólogo, a equipe lá do profissional que eu operei ela era completa ... o acompanhamento foi total, é um acompanhamento obrigatório ... O papel do psicólogo foi completamente fundamental, ela que orienta, ela guia os caminhos que você vai. Não é que ela pensa por você, ela faz você pensar. E o acompanhamento é fundamental tanto que a psicóloga no dia da minha cirurgia ela tava no hospital na hora que eu internei, ela me acompanhou até eu entrar no centro cirúrgico, depois que eu sai do centro cirúrgico ela estava lá, então assim o papel do psicólogo foi fundamental nesse processo” (Participante 19).

“Eu já trabalhava com psicólogo antes, há muito tempo atrás, eu na época, já meio que me aceitei como gordo, aquele troço ... Mas na época da bariátrica, com a equipe da cirurgia, o psicólogo deixou bem claro que não ia ser tudo aquilo que a gente tava imaginando e foi legal conversar, principalmente pra depois da cirurgia tomar uma atitude de vida, sei lá, meio que no fim das contas, eu usava o fato de ser gordo para desculpa pra tudo ... Eu meio que acordei pra isso ... Eu achei importante o papel do psicólogo, já tive depressão e fui tratado, na época o psicólogo me ajudou muito e mesmo na cirurgia, o psicólogo me ajudou muito, nessa minha ansiedade de comer” (Participante 20).

Um desses pacientes, a despeito da experiência anterior e posterior com o atendimento psicológico, não possui uma posição clara acerca do trabalho do psicólogo nesse contexto. Explica que, devido à clareza que possuía diante de sua condição psicológica, o papel do profissional fica secundário.

“Então, na época eu fazia terapia fora já, nada a ver com a cirurgia, eu fiz avaliação psicológica antes, acho que um mês depois, dois meses depois eu fiz mais foi por um curto período de tempo só. Tinha uma psicóloga, achei irrelevante porque eu tinha muita consciência do que eu queria né, então ela fez a série de perguntas, ela fez lá o procedimento que ela tem que fazer eu respondi, eu dei o retorno, mas pra mim tava muito claro tudo, eu não estava me enganando” (Participante 18).

Existem dois principais aspectos que justificam a importância do psicólogo na cirurgia bariátrica: o primeiro centra-se no fato do procedimento transformar globalmente o indivíduo, em aspectos

psíquicos, biológicos e sociais; o segundo aspecto figura-se na existência de riscos do procedimento ou mesmo resultados inesperados, qualquer que seja a situação enfrentada, o suporte psicológico diante dessas vivências é fundamental e pode garantir resultados positivos no processo de adaptação dos pacientes. Além disso, a inclusão do trabalho psicológico reforça a visão integral de saúde, cuja premissa é adotada pelas organizações que se dedicam à compreensão desse conceito (GLEISER; CANDEMIL, 2006; MOLINER; RABUSKE, 2008; MOREIRA; DIAS, 2013; ROSA; CAMPOS, 2009; VENZON; ALCHIERI, 2014).

A importância do trabalho do psicólogo na equipe multidisciplinar para cirurgia bariátrica configura-se como recurso para apoiar as mudanças do estilo de vida que o indivíduo operado deve adotar para garantir o sucesso da intervenção. Explicam que a avaliação psicológica acerca das condições mentais e psíquicas é imprescindível e deve ser criteriosa, investigando diversos elementos da vida do avaliado em todas as suas dimensões. Além disso, reforçam que o suporte psicológico posterior auxilia na adesão ao tratamento, principalmente com foco no comportamento alimentar que deve ser reorganizado diante das restrições que o paciente deverá assumir, buscando preparar o paciente para mudanças que enfrentará após a cirurgia (EHRENBRINK; PINTO; PRANDO, 2009; FLORES, 2014; LOPES; CAÍRES; VEIGA, 2013; MAGDALENO JÚNIOR; CHAIM; TURATO, 2009; PAPAPIETRO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças de comportamento e dos hábitos da sociedade contemporânea, associada a fatores de ordem física, levaram ao aumento significativo da obesidade dos indivíduos. Tal situação demandou, por meio dos profissionais de saúde, o desenvolvimento de procedimentos e técnicas para o cuidado das pessoas que, por múltiplos fatores, desenvolvessem quadros de obesidade.

Nos casos onde a obesidade atinge graus de maior gravidade, dispõe-se, atualmente, da cirurgia bariátrica como estratégia para o atendimento aos pacientes. Essa técnica, pelo seu caráter invasivo e com todos os riscos de uma cirurgia desse porte, deveria ser utilizada nos casos onde outras técnicas não se mostram eficientes para a redução de peso e consequente melhora da qualidade de vida das pessoas.

Nesse cenário, o papel do psicólogo como membro da equipe multiprofissional que deverá atuar na atenção aos pacientes com

obesidade grave, é de suma importância para o sucesso do tratamento, antes e depois da intervenção cirúrgica. Por esse motivo, a legislação vigente aponta a necessidade de avaliação psicológica, no sentido de verificação das condições psíquicas apresentadas pelos pacientes e de seus dinamismos psicológicos diante da vivência da cirurgia e das mudanças comportamentais após o referido procedimento.

Para além da questão legal, que foca a avaliação psicológica compulsória aos candidatos à cirurgia, mostra-se imperativo o acompanhamento psicológico em psicoterapia para poder minimizar os impactos psíquicos e as mudanças que o paciente deverá assumir, acerca dos hábitos alimentares e condutas cotidianas, tanto na alimentação como em outras situações que envolvem a saúde integral do indivíduo.

Segundo os relatos dos pacientes apresentados neste estudo, pode-se observar que o significado do trabalho do psicólogo e a consequente continuidade do acompanhamento nessa importante área para o cuidado contínuo ao indivíduo, está certamente relacionado às condutas técnicas que o profissional adota nos atendimentos realizados. Por ser obrigatória, a avaliação psicológica é o primeiro momento para atenção ao candidato à cirurgia bariátrica, e nesse momento, além de uma postura técnica, séria e científica para a coleta de dados e consequente conclusão das condições psicológicas necessárias para o procedimento, o psicólogo deve assumir uma posição de acolhimento e de esclarecimentos ao indivíduo.

Quando o psicólogo se limita unicamente à ação de avaliação, de forma estática e tecnicista, desconsiderando os elementos psicodinâmicos daquele que procura esse atendimento, além de efetivamente não realizar um procedimento de avaliação psicológica de acordo com as especificações científicas e epistemológicas que a profissão tanto preza, também não permite que aquele indivíduo, que tanto necessita de um cuidado psicológico amplo, tenha a oportunidade de ser amparado por tudo que a ciência psicológica por oferecer, ou seja, perde a rica oportunidade de realizar uma ação psicológica efetiva e ética, na direção da saúde integral do paciente. Além disso, observa-se que ainda existem profissionais que realizam as avaliações de forma superficial e negligente, desconsiderando a importância desse momento para a indicação ou não da cirurgia, criando grande risco para o paciente e desvalorizando a profissão que exercem.

Nesse sentido, cabe ao profissional de psicologia, esclarecer sobre o papel da área no cuidado da obesidade grave, não só por meio de um processo de avaliação psicológica ético, pautado em procedimentos

científicos, integrando informações de maneira coerente e séria, mas também nas ações que devem ser implementadas após o procedimento, situação onde o paciente está mais vulnerável, tanto física como psicologicamente, e por isso, precisa de amparo para enfrentar a nova situação de vida que a cirurgia impõe, por meio de seus recursos internos.

Nessa direção, ainda segundo os relatos expostos, quando o profissional adota uma postura acolhedora, no sentido de compreensão das vivências dos pacientes, e ética, no sentido de utilização de ações técnicas, sérias e contextualizadas para seu trabalho, permite que o paciente tenha condições de melhoria da qualidade de vida e que desenvolva estratégias pessoais para a superação das situações emocionais que certamente serão vividas diante da cirurgia. Conseguem realizar avaliação psicológica e acompanhamento psicológico sempre visando o crescimento e melhora do indivíduo, essa ação é, claramente, o trabalho do verdadeiro psicólogo.

Nesse cenário, o desenvolvimento de outras investigações com esse enfoque mostra-se muito relevante, pela pertinência do tema e pela necessidade de esclarecimento e de valorização da profissão de psicólogo na atenção integral à saúde dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

AKAMINE, A.M.B.C.; ILIAS, E.J. Por que avaliação e preparo psicológicos são necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 4, p. 316-317, 2013.

BENEDETTI, C. **De obeso a magro: a trajetória psicológica**. São Paulo: Vetor, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade. 2013. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html>. Acesso em 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS Nº 390, de 06 de julho de 2005**. Ver título 2013. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-390.htm>>. Acesso em 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. 2012. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/cop0012_24_09_2012.html>. Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: VIGITEL Brasil 2014**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1942/2010**. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. 2010. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1942_2010.htm>. Acesso em 10 mar. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. **Avaliação Psicológica no contexto da cirurgia bariátrica: orientações aos profissionais**. 2011. Disponível em

<<http://www.portal.crppr.org.br/download/256.pdf>>. Acesso em 10 mar. 2016.

EHRENBRINK, P.P.; PINTO, E.E.P.; PRANDO, F.L. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. **Psicologia Hospitalar**, v. 7, n. 1, p. 88-105, 2009.

FLORES, C.A. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 27, s. 1, p. 59-62, 2014.

FRANQUES, A. R. M. A entrevista psicológica. In: FRANQUES, A. R. M.; LOLI, M. S. A. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006. p. 55-62.

GLEISER, D.; CANDEMIL, R. S. O acompanhamento emocional após a cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A. R. M.; LOLI, M. S. A. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006. p. 189-195.

LOPES, L.A.L.; CAÍRES, A.C.R.; VEIGA, A.G.M. Relevância da equipe multiprofissional à cirurgia bariátrica. **Revista UNINGÁ**, n.38, p. 163-174, 2013.

MAGDALENO JÚNIOR, R.; CHAIM, E.A.; TURATO, E.R. Características psicológicas de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista de Psiquiatria**, v. 31, n.1, p. 73-78, 2009.

MARCHESINI, S.D. Acompanhamento psicológico tardio em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 23, n. 2, p. 108-113, 2010.

MOLINER, J.; RABUSKE, M.M. Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão da cirurgia bariátrica. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 10, n. 2, p. 44-60, 2008.

MOREIRA, J. O.; DIAS, D. A. S. A Psicologia e a ANS: A inserção de procedimentos psicoterápicos a partir do caso da cirurgia bariátrica. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 12-19, 2013.

NASSIF, D.S.B. et al. Protocolo eletrônico multiprofissional em cirurgia bariátrica. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 24, n. 3, p. 215-218, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Organização Mundial de Saúde - Obesidade**: prevenindo e controlando a epidemia global/ relatório da consultoria da OMS. São Paulo: Editora Roca, 2004.

PACHECO, E. S. C. Uma palavra sobre a dificuldade da adesão do paciente no acompanhamento pós-operatório da cirurgia bariátrica. In: FRANQUES, A. R. M.; LOLI, M. S. A. (Org.). **Contribuições da psicologia na cirurgia da obesidade**. São Paulo: Vetor, 2006. p. 205-217.

PAPAPIETRO, K.V. Equipo multidisciplinario em cirugía metabólica. **Revista Hospital Clínico Universidad de Chile**, v. 23, p. 233-239, 2012.

QUEIROZ, A.C.M. et al. Crenças alimentares em indivíduos que se submetem à cirurgia bariátrica. **Psicologia Hospitalar**, v. 9, n. 2, p. 75-95, 2011.

RICHARD, W. O.; SCHIRMER, B. D. Obesidade Mórbida. In: TOWNSEND, C. M. et al. **Sabiston, tratado de cirurgia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. p. 374-404.

ROJAS, C et al. Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. **Revista Médica do Chile**, v. 139, p. 571-578, 2011.

ROSA, T. V.; CAMPOS, D. T. F. Aspectos psicodinâmicos em sujeitos que fizeram a cirurgia bariátrica sem indicação médica. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 105-133, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCBM). **Cirurgia Bariátrica e Metabólica**, 2011. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

VENSON, C.N. ALCHIERI, J.C. Indicadores de Compulsão Alimentar Periódica em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 239-249, 2014.

SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL: Revisão sistemática da produção brasileira entre 2005 e 2015

Luziane Zacché Avellar
Kelly Guimarães Tristão
Bruna Ceruti Quintanilha

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde¹ aponta que, em países em desenvolvimento, de 10 a 20% de crianças e adolescentes sofrem com um ou mais problemas mentais. Pesquisas no Brasil mostram que este número varia de 12,7 a 23,3% (OMS, 2005; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2006; FERRIOLLI; MATURANO; PUNTEL, 2007), destes de 3 a 4% necessitam de tratamento intensivo (BRASIL, 2005). Apesar da grande demanda, observa-se uma lacuna deixada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira: a assistência à saúde mental infanto-juvenil parece ter sido relegada a segundo plano, visto que existem poucos serviços que abarcam as particularidades desse público.

Os fatores para a morosa inclusão da saúde mental infanto-juvenil nas políticas de saúde são diversos. Dentre estes destacamos os problemas relacionados a complexidade da avaliação diagnóstica, visto que são necessárias informações de contextos diferentes; a recente sistematização de dados sobre frequência, prejuízos e consequências dos referidos transtornos mentais na idade adulta; a ausência de evidências consistentes sobre a eficácia de tratamentos voltados para esse público e a dificuldade de articulação entre os membros da rede que compõe a assistência (saúde, educação, assistência social e justiça), usualmente as intervenções são isoladas (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

A partir da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, organiza-se o funcionamento dos Centro de Atenção Psicossociais (CAPS). Estes têm por objetivo assistir aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, que devem ser pautados em bases territoriais e comunitárias (BRASIL, 2004). Uma das modalidades do serviço é reservada para o atendimento de crianças e adolescente, o CAPS infantil ou CAPSi. O Ministério da Saúde¹, embora pretenda avanços com a instituição deste serviço para o cuidado em saúde mental infanto-juvenil, ratifica o desafio de se construir uma política voltada para o referido público. Isto porque,

as especificidades de atendimento devem ultrapassar o modelo assistencial estruturado para os adultos. Dentre os desafios observa-se as particularidades da linguagem, promoção do acolhimento da criança e do adolescente e de suas famílias, utilização do lúdico e interação entre diferentes profissionais (BRASIL, 2004; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2006; SANTOS, 2006; FERRIOLLI; MATURANO; PUNTEL, 2007; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Segundo Ronchi e Avellar (2010) os serviços de saúde mental infanto-juvenil, pautados nas perspectivas que regem as políticas de saúde mental, devem extrapolar as funções técnicas do tratar, assumindo também um caráter social, abarcando ações como cuidado, escuta, acolhimento, autonomia e qualidade de vida. Assim, o portador de sofrimento psíquico deve ser tratado de maneira integral, assinalando a importância de sua participação e inclusão social, tomando como partida uma rede de serviços e cuidados que articule o contato com a comunidade, que considere as particularidades de cada sujeito e as construções feitas a partir de seu quadro.

A rede de assistência à saúde mental para crianças e adolescentes faz emergir desafios no campo de saúde mental aos profissionais e aos pesquisadores no que concerne a construção de novos serviços. Assim, o desenvolvimento de pesquisas na temática de atenção psicossocial infanto-juvenil mostra-se pertinente para a consolidação desse campo, principalmente, devido ao caráter tardio das ações de Saúde Mental para a população infanto-juvenil.

A partir do exposto, avaliamos ser importante um levantamento sobre que tipos de estudos têm sido publicados sobre saúde mental infanto-juvenil no cenário brasileiro. Pois, assim, entendemos poder contribuir para a construção de conhecimento na área, a fim de permitir maiores reflexões que possam subsidiar ações nesse campo.

O capítulo tem por objetivo verificar a produção, na literatura científica nacional, acerca da Saúde Mental infanto-juvenil em serviços públicos nos últimos dez anos (2005 a 2015), com a finalidade de conhecer os principais temas abordados e os tipos de metodologias utilizada.

METODOLOGIA

O presente capítulo trata de uma Revisão Sistemática que utilizou a literatura como fonte de dados, em um processo de aplicação de métodos sistematizados de busca, agrupamento, avaliação sintética e

crítica de resultados de múltiplos estudos (CORDEIRO *et al.*, 2007; COSTA; ZOLTOWSKI, 2014).

A busca do material foi realizada primeiramente nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, entre os quais LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e Pepsic (Periódicos Eletrônicos em Psicologia). A coleta do material foi realizada entre os dias 15 e 21 de maio de 2014 e em outubro de 2015, utilizando os seguintes termos: “Saúde Mental Infanto Juvenil”, “Saúde Mental da criança e do adolescente”; “Saúde Mental” e “Serviços de Saúde Mental”, sendo encontrados 230 registros. Como critérios de inclusão estabeleceu-se que os estudos deveriam tratar de artigos científicos completos e disponíveis na internet, abordar a experiência brasileira em Saúde Mental Infato-juvenil, de serviços públicos, com publicações referentes de 2005 até 2015 e em português. Após a aplicação dos critérios, chegou-se a 103 registros, dos quais 41 eram artigos repetidos. Após leitura de ratificação, as publicações válidas foram reduzidas para 56.

Tabela 1- Publicação Por Ano		
Ano	Publicação	Artigos
2005	1	GUERRA (2005)
2006	5	PAULA, DUARTE, BORDIN (2006); SANTOS (2006); ESPOSITO, SAVOIA (2006); TOLEDO (2006);RUFATTO (2006)
2007	5	FERRIOLLI, MATURANO, PUNTEL (2007); CORDEIRO et all (2007); BENETTI et all (2007); MONTEIRO, RIBEIRO, BASTOS (2007); SCHIMID (2007)
2008	5	COUTO, DUARTE, DELGADO 92008); HOFFMAN, SANTOS, MOTA (2008); SCISLESKI, MARASCHIN, SILVA (2008); MORETTO, CONEJO, TERZIS (2008);FALAVINA, CERQUEIRA (2008)
2009	5	DELFINI et all (2009); DOMBI-BARBOSA et all (2009); BRANDÃO JUNIOR (2009); RAMIRES et all (2009); REIS et all (2009)
2010	4	RONCHI, AVELLAR (2010); RIBEIRO et all (2010); DELVAN et all (2010); FROTA (2010)

2011	3	CUNHA, BOARINI (2011); SANTOS et all (2011); CÂMARA et all (2011)
2012	3	CAVALCANTE, JORGE, SANTOS (2012); DELFINI, REIS (2012); MONTEIRO et all (2012)
2013	10	RONCHI, AVELLAR (2013); WEINTRAUB et all (2013); SINIBALDI(2013); BELTRAME, BOARINI (2013); MACHINESKI, SCHNEIDER, CAMATTA (2013), MORETTO, TERZIS (2013); MAIA, AVELLAR (2013); TOMM, ROSO (2013); PAULA et all (2013)
2014	6	KANTORSKI, NUNES, SPERB (2014), SANCHES, AMARANTE (2014), LIMA et all (2014), FARIAS et all (2104), PEREIRA, SÁ, MIRANDA 92014); THIENGO, FONSECA, LOVISI (2014)
2015	9	BENCZIK, CASELLA (2015), HILDEBRAND et all (2015); TSZESNIOSKI et all (2015); BRAGA, D'OLIVEIRA (2015); MUylaERT, DELFINI, REIS (2015); CAEN, DIAS (2015); CARNEIRO, COUTINHO (2015); MUylaERT et all (2015); VICENTE, HIGARASHI, FURTADO (2015)
TOTAL	56	

A análise dos artigos objetivou apresentar e descrever as características dos estudos selecionados. Para tanto, deu-se destaque: (a) a relação que estes possuem com Instituições de Ensino Públicas; (b) a região em que se desenvolveram os estudos; (c) os tipos de pesquisa desenvolvidos; (d) qual o cenário, público e tipo de coleta de dados apresentados e (e) os temas desenvolvidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere aos estudos relacionado a temática da saúde mental infanto-juvenil, que atendem aos critérios de inclusão estabelecidos para a realização desta revisão, encontramos as publicações distribuídas conforme visualizado na Tabela 1 e no Gráfico 1.

Gráfico 1- Publicação Por Ano



Fonte: Elaborado pelas autoras

Benetti *et al.* (2007) apontam que o aumento na produção dos últimos anos, no sentido de avaliar e acompanhar o trabalho realizado na assistência à saúde mental infanto-juvenil, sugere que o desenvolvimento na área de saúde mental dessa população está se consolidando.

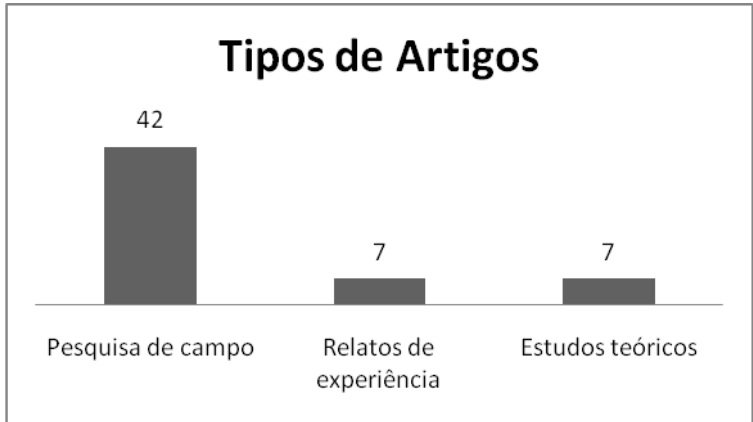
É interessante pontuar que dos 56 artigos selecionados para essa revisão, 48 estão vinculados a produção acadêmica de universidades públicas e 20 receberam financiamento para sua realização. Couto (2012) pontua que somente no ano 2008, o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) lançou edital específico para a temática e que o incentivo é um fator importante para que o conhecimento sobre a área tenha um maior desenvolvimento.

Percebeu-se também que a região do país com maior produção sobre a temática é a Sudeste, com 37 artigos, sendo a maioria realizada no Estado de São Paulo; seguida pela região Sul, com 12 artigos e Nordeste, com seis. É interessante pontuar que nas regiões Norte e Centroeste não foram encontrados trabalhos científicos sobre a temática. Tais resultados ratificam as informações encontradas por Couto (2012) e Cunha e Boarini (2011). Couto (2012) pontua, que a predominância de produções no Sudeste pode estar relacionada ao fato de ser a região economicamente mais desenvolvida, mais populosa e na qual se encontra o maior número de universidades em funcionamento, conseqüentemente, é o local m que existem mais pesquisadores.

Os artigos analisados, em grande parte, referem-se a pesquisas realizadas por instituições de ensino, tendo como principal característica

o fato de se tratar, em sua maioria, de relatos de pesquisa de campo (42 estudos dentre os 56). Desse modo, encontramos apenas sete artigos de relatos de experiência e sete estudos teóricos. Estes dados estão representados na Tabela 2 e no Gráfico 2.

Gráfico 2- Tipos De Artigos



Fonte: Elaborado pelas autoras

Tipo de artigo	Frequência
Pesquisa de campo	42
Relatos de experiência	7
Estudos teóricos	7
Total	56

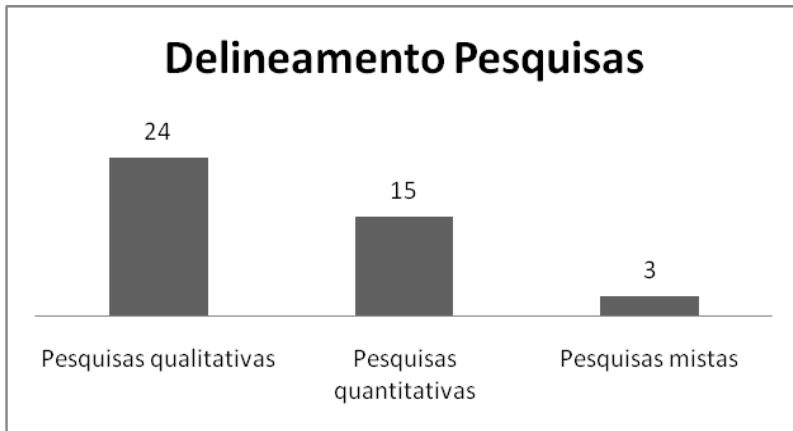
Fonte: Elaborada pelas autoras

Os dados encontrados assemelham-se aos do estudo feito por Ribeiro e colaboradores (2010), que verificaram que a maior parte dos artigos são relatos de pesquisa. Os autores ainda complementam pontuando que muitos artigos tratam especificamente de aspectos

clínicos, em detrimento da discussão do tema da saúde mental infanto-juvenil numa perspectiva mais ampla. Ribeiro e colaboradores (2010) pontuam que a maioria dos textos que correspondem a Relatos de Experiência e a Estudos Teóricos, tratam especificamente de aspectos clínicos, sendo em menor número os que trabalham o tema da saúde mental infanto-juvenil numa perspectiva mais ampla.

Dentre as pesquisas de campo podemos destacar dois grandes grupos: (i) estudos quantitativos descritivos, que tiveram por objetivo identificar o perfil da clientela que utiliza serviços de saúde mental e (ii) artigos acerca das condutas terapêuticas utilizadas. Tais dados estão em concordância com Ribeiro e colaboradores (2010). No que se refere ao delineamento das pesquisas de campo, verificou-se que os estudos qualitativos foram os que tiveram a maior frequência, seguido pelos estudos quantitativos, conforme podemos verificar na tabela 3 e no gráfico 3. Vale ressaltar ainda que Ribeiro e colaboradores, em 2010, quando realizaram seu estudo, se depararam com um maior número de estudos quantitativos, fato que tem mudado nos últimos anos, como pode ser constatado nesta revisão.

Gráfico 3- Delineamento Das Pesquisas



Fonte: Elaborado pelas autoras

Delineamento	Frequência
Pesquisas qualitativas	24
Pesquisas quantitativas	15
Pesquisas mistas	3
Total	42

Fonte: Elaborada pelas autoras

Verificou-se também que o cenário de grande parte das pesquisas retratadas nos artigos selecionados ocorreu nos CAPSi: 26 estudos de 42 relatos de pesquisa. Outros locais citados, em menor proporção, foram: ambulatorios, Unidades de Saúde da Família, Hospital, Unidades Básicas de Saúde, Instituição Filantrópica e a Rede Pública de serviços.

Faz importante nos questionarmos o porquê da maioria das pesquisas serem realizadas em um serviço específico, quando a afirmação de que o cuidado em saúde mental para o público infanto-juvenil deve ser efetivado junto a uma rede construída por diversos mecanismos público, filantrópicos, privados e pela comunidade. Uma possibilidade de resposta para esse questionamento, reside no fato do CAPSi ser um serviço criado para abarcar as complexidades apresentadas por este público, tornando-se, então, uma referência para os pesquisadores, no que concerne a discussão do tema.

No que diz respeito aos instrumentos de coleta utilizados, percebeu-se que nas pesquisas quantitativas utilizou-se com maior frequência a análise de prontuários e/ou dados cadastrais e a associação destes com entrevistas. As pesquisas mistas utilizaram prioritariamente as entrevistas com profissionais ou responsáveis. Nas pesquisas mistas não foi possível investigar uma padronização, sendo utilizadas técnicas de estudos de caso múltiplo, oficinas e prontuários. Notou-se, ainda, que a coleta dos dados elencadas nos estudos pesquisados se deu de forma diversificada, incluindo: questionários; prontuários, entrevistas; grupos focais; ecomapa; análise documental; escalas; genograma e itinerário terapêutico. Já a análise de dados nos trabalhos quantitativos utilizou-se em sua maioria e programas estatísticos, dentre os quais o Access, SPSS, Stata e Epi. Os resultados qualitativos, foram analisados prioritariamente

por Análise de Conteúdo e/ou Temática e análise hermenêutica e/ou fenomenológica.

Os artigos originados de relatos de pesquisas, apresentaram sua maioria a utilização de prontuários e de entrevistas com familiares, para a obtenção de dados. A partir disso, ressaltamos que são poucas as pesquisas em que efetivamente se ouviu, ou tentou investigar, a percepção da criança e do adolescente sobre si e suas particularidades. Deste modo, parece que se desconsidera que eles podem ser protagonistas de seu cuidado, como se não soubessem falar de si e das relações que estabelecem em seu cotidiano. Delgado e Muller (2005, p.167) afirmam que ao envolver diretamente o público infanto-juvenil nas pesquisas “[...] podemos salvá-las do silêncio e da exclusão em que as mantiveram os trabalhos mais tradicionais”.

Quanto ao referencial teórico utilizado, percebeu-se que todas as pesquisas quantitativas e mistas tem caráter descritivo. Segundo Couto (2012, .70) a produção científica sobre CAPSi tem um forte viés descritivo, “[...] caracterizando-se como uma literatura de aproximação e de conhecimento exploratório sobre o dispositivo e suas principais características”. Na presente revisão, verificou-se também que quando utilizado referencial teórico a maior frequência era da psicanálise. A direção dos trabalhos de orientação psicanalítica embasa 30% dos trabalhos pesquisados por Cunha e Boarini (2011). Para Carmo e Pollo (2010 apud COUTO, p. 158) “[...] a Psicanálise se interessa pelo trabalho dos CAPS justamente porque que eles se opõem ao modelo manicomial e à dimensão subjetiva que este propicia”. No que diz respeito aos temas discutidos nos estudos investigados, percebeu-se que a maior parte foram de caracterização (12 pesquisas), seguida pelos relativos a Assistência e Serviços (nove), Condutas e dispositivos terapêuticos” (seis) e Políticas públicas (oito).

No que concerne ao público pesquisado, foram predominantes os estudos sobre as crianças e os adolescentes, contudo, poucas pesquisas os abordaram de forma direta. Visto que, a maior parte dos dados destes foi feita via análise de prontuário. Também ganha destaque os estudos com foco nos trabalhadores e familiares dos usuários dos serviços de Saúde Mental Infanto-juvenil; 12 e 10 estudos respectivamente.

O fato de não abordar diretamente as crianças e adolescentes coaduna-se com o afirmado por Gauy e Guimarães (2006). De acordo com esses autores a coleta de informações nos serviços de saúde mental infanto-juvenil também se dá, em sua maioria, por intermédio de entrevistas com os pais ou responsáveis e outras ferramentas diretas,

como observação; o que indica uma necessidade de treinamento para esse processo de avaliação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo pudemos descrever um panorama geral de como as pesquisas em saúde mental infanto-juvenil foram realizadas nos últimos dez anos no Brasil. A partir disso, pudemos constatar que ainda é escassa a produção nesta área, tanto no que diz respeito as investigações de cunho acadêmico como os relatos divulgados pelos profissionais da área.

Muitos estudos encontrados ainda possuíam caráter descritivo, fato que se coaduna com a recente inserção da discussão sobre saúde mental infanto-juvenil no cenário brasileiro. Isto porque, num primeiro momento da produção acadêmica era preciso obter mais dados sobre o tema e o público a que ele se referia. A partir disso, nota-se também que a quantidade de pesquisas epidemiológicas e de caracterização também é significativa, apesar de estarem diminuindo nos últimos anos.

A partir deste estudo, fica claro que as questões referentes as discussões sobre o cuidado efetivado pelas políticas públicas a este público e as pesquisas realizadas diretamente com as crianças e adolescentes ainda são necessárias para que se possa construir e consolidar uma política de saúde mental de caráter integral.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, MM, BOARINI, ML. Saúde e infância mentais: Reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi.Psicol., **Ciênc. Prof.** (Brasília), v. 33, n2, p. 336-349, 2013.

BENCZIK, E B P;CASELLA, E B. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. **Revista Psicopedagogia**, v. 32, n 97, p.93-103, 2015.

BENETTI, SPC et all. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 23, n.6, p. 1272-1282, 2007.

BRAGA, C P, D'OLIVEIRA, A F P L A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Interface** (Botucatu), 19, n 52, p. 33-44, 2015.

BRANDÃO JUNIOR, PMC.. One baby in CAPSi: a possible clinic. **Estudos e Pesq. em Psicol.** (Rio de Janeiro), v.9, n.2, p. 345-355, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAERAN, J; DIAS, H Z J. Saúde e saúde mental na percepção de trabalhadores de um CAPSi. **Trabalho, Educação e Saúde**, v 13,Suppl. 1, p. 115-133, 2015.

CÂMARA, YMR et all. Retrato de uma vida contida: estudo de um caso de autismo com internação prolongada. **Rev. Mal Estar e Subjetividade** (Fortaleza), v. 11, n2, p. 751-777, 2011.

CARNEIRO, C.; COUTINHO, L. G. Infância e adolescência: como chegam as queixas escolares à saúde mental? **Educar em Revista**, v1, n56,p.181-192, 2015.

CAVALCANTE, CM, JORGE, MSB, SANTOS, DCM dos. Onde está a criança?: desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v.22, n.1, p. 161-178, 2012.

CORDEIRO, AM et all. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** (Rio de Janeiro), v. 34, n. 6,p. 428-431, 2007.

COSTA, AB, ZOLTOWSKI, APC. Como escrever um artigo de revisão sistemática. IN: KOLLER, SH, COUTO, MCP DE, VON HOHENDOFF, J. (orgs.) **Manual de Produção Científica**. Porto Alegre: Penso, 2014. p. 55-70.

COSTA, AM et all. Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: relato de uma experiência. **Barbaroi** (Santa Cruz do Sul), v. 1, n. 38, p. 235-249, 2013.

CUNHA, CC, BOARINI, ML. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Rev. Psicol. Saúde** (Campo Grande), v. 3, n. 1, p. 68-76, 2011.

COUTO, MCV. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes**: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010). Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ); 2012.

COUTO, MCV, DUARTE, CS, DELGADO, PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. de Psiquiatri**. (São Paulo), v. 30, n. 4, p. 383-389, 2008.

DELFINI, PSS et all. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev. Brasil. de crescimento e desenvolv. Hum.** (São Paulo) v. 19, n. 2, p.226-236, 2009.

DELFINI, PSS, REIS, AOA. Articulação Entre Serviços Públicos de Saúde nos Cuidados voltados à Saúde infantojuvenil mental. **Cadernos de Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 28, n.2, p. 226-236, 2012.

DELGADO, ACC, MÜLLER, F. Em busca de metodologias investigativas com as crianças e suas culturas. **Cadernos de Pesquis** (São Paulo), v. 35, n.125, p. 161-179, 2005.

DELVAN, JS et all. Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do brasil. **Rev. Brasil. de crescimento e desenvolv. Hum.**(São Paulo), v. 20, n. 2, p. 228-237, 2010.

DOMBI-BARBOSA, C et all. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSI) do estado de São Paulo. **Rev. Brasil. de crescimento e desenvolv. Hum.**(São Paulo), v. 19, n. 2, p. 262-268, 2009.

ESPOSITO, BP, SAVOIA, MG. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. **Psicologia: teoria e prática** (São Paulo), v. 8, n. 1, p.31-40, 2006.

FALAVINA, OP, CERQUEIRA, , MB. Saúde Mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde** (Londrina) v. 10, n. 1, p. 34-46, 2008.

FARIAS, C. de A., et all. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 1, n 12, p. 4819-4827, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204819&lng=pt.. Acesso em 14 julho 2016.

FERRIOLLI, S.H.T.; MATURANO, E.M.; PUNTEL, L.P. Contexto familiar e problemas de Saúde Mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** (São Paulo), v 41, n. 2, p. 251-259, 2007.

FROTA, MA et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco** (Salvador), v. 1, n. 3, p.129-132 2010.

GAUY, F.V.; GUIMARÃES, S. S. Triagem em saúde mental infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** (Brasília), v 22, n1,p. 5-15, 2006.

GUERRA, A.M.C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê** (Ipatinga), v. 9, n. 15, p. 139-154, 2005.

HILDEBRAND, N A et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v 28, n2,p. 213-221, 2015.

HOFFMANN, M.C.C.L., SANTOS, D.N., MOTA, E.L.A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 4, n. 3, p. 633-642, 2008.

KANTORSKI, L.P.; NUNES, C.K.; SPERB, L.C.S.O., et al. A intersectorialidade na atenção psicossocial infanto-juvenil. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** (Online), v6, n 2, p. 651-662, 2014.

LIMA, R C. et al. Indicators on the mental health care of autistic children and adolescents in the CAPSi of Rio de Janeiro's metropolitan region. **Physis**, v. 24, n3, p.715-739, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300715&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300004>. access on 14 July 2016.

MACHINESKI, G.G.; SCHNEIDER, J.F.; CAMATTA, M.W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Porto Alegre), v. 34, n. 1, p. 126-132, 2013.

MAIA, C. C.; AVELLAR, L Z.. Concepções de saúde e doença mental para profissionais de um CAPSi. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 18, n. 4, p. 725-735, 2013.

MONTEIRO, K.A.C., RIBEIRO, M.M.C. ;BASTOS, A.. Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. **Psicologia: ciência e profissão**, (Brasília), v. 27, n. 2, p. 290-303, 2007.

MONTEIRO, A.R.M. et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Escola Anna Nery** (Rio de Janeiro), v. 16, n. 3, p. 523-529, 2012.

MORETTO, C.C.; CONEJO, S.P.; TERZIS, A. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Vínculo** (São Paulo), v. 5, n. 1, p. 55-57, 2008.

MORETTO, C.C., TERZIS, A. Uso de mitos gregos em um grupo psicanalítico com adolescentes. **Revista da SPAGESP** (Ribeirão Preto), v. 14, n.1, p. 30-42, 2013.

MUYLAERT, C. J.; DELFINI, P. S. S; REIS, A. O. A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis**, v 25, n 1,p.41-58 2015.

MUYLAERT, C.J. et al. Narrativas sobre as trajetórias de profissionais de serviços de saúde mental infantojuvenil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v13, Supl. 1, p. 45-59, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, 10ª revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 2005.

PAULA, C.S.; DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A.S. Prevalência dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da periferia de São Paulo: Necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. **Rev. Bras. de Psiquiatria**. (São Paulo), v 29, n. 1, p. 11-17, 2006.

PAULA, C.S. et al. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. **Psicologia: teoria e prática** (São Paulo), v. 1, n.3, p.81-95, 2013.

PEREIRA, M DE O, SÁ M DE C, MIRANDA L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Cad. Saúde Pública**, v 30, n 10, p. 215-2153, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002145&lng=pt. Acesso em 14 julho 2016.

RAMIRES, V.R.R. et al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** (Rio de Janeiro) v 61, n2, p. 1-14, 2009.

REIS, A.O.A. et al. Prontuários, para que servem?: representação dos coordenadores de equipe dos caps a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano** (São Paulo) v. 19, n. 2, p. 383-392, 2009.

RIBEIRO, C.S. et al. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** (São João del-Rei), v. 5, n. 1, p. 94-103, 2010.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010 .

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z.. Ambiência na Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: um estudo no CAPSi. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 1045-1058, 2013.

RUFATTO, A.T. Reflexões sobre o trabalho de orientação em grupo para pais em uma instituição que atende crianças com graves comprometimentos emocionais. **Revista da SPAGESP** (Ribeirão Preto), v. 7, n. 2, p.18-22, 2006.

SANCHES, V. N. L, AMARANTE, P. D. de C.. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 102, p. 506-514, 2014 .

SANTOS, P.L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicol. Estud.** (Maringá), v.11, n.2, p. 315-321, 2006.

SANTOS, D.C.M. dos et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem** (São Paulo), v. 24, n. 6, p. 845-850, 2011.

SCHMID, P.C. Viajando não, Só Sonhando!. **Revista do Departamento de Psicologia** (Niterói), v. 19, n. 1, p. 187-197, 2007.

SCISLESKI ,A.C.C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R.N. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública** (Rio de Janeiro), v. 24, n. 2, p. 342-352, 2008.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP** (São Paulo). v12, n2, p. 61-72, 2013.

THIENGO D. L.; FONSECA D.; LOVISI, G. M. Satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Cad. saúde colet**, v.22, n3, p.233-240, 2014.

TOLEDO, R.P. A experiência de atendimento a um grupo de familiares em um centro de atenção psicossocial infantil (Capsi). **Vínculo** (São Paulo), v. 3, n.3, p. 71-78, 2006.

TOMM, E.; ROSO, A. Adolescentes e rachadura: Pelo Caminho das Pedras. **Fractal: Revista de Psicologia** (Niterói), v. 25, n 3, p.675-692, 2013.

TSZESNIOSKI L. de C. et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciênc. saúde coletiva**, v 20, n2, p. 363-370, 2015.

VICENTE, J.B.; HIGARASHI, I.H.; FURTADO, M.C. de C. Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. **Esc. Anna Nery**, v 19, n1, p.107-114, 2015.

WEINTRAUB, A. C.A.M. et al. Sócio caracterização demográfica dos usuários de Criança e do Adolescente Centros de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 30, n. 3, p. 383-391, 2013.

PROGRAMA DE AUTOEFICÁCIA EM PESSOAS IDOSAS: Implicações na Motivação e Qualidade de Vida

Sheila Furtado
Teresa Medeiros

Introdução

O aumento demográfico do envelhecimento, a acelerada diminuição da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida têm impacto na pirâmide populacional (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo, & Marques, 2013); veja-se, a este propósito, os dados da Organização das Nações Unidas (2002) que evidenciam que em 2000, 18% da população mundial era idosa, prevendo-se um aumento para 27,3% até 2025 e de 40,8% até 2050. Tal como já afirmámos (cf. Medeiros, 2013a, b), o envelhecimento demográfico tem repercussões transversais nos diferentes países e nas comunidades, o que implica a concertação de intervenções sistémicas, abordagens multidisciplinares e multiprofissionais e boas práticas, com vista à criação de sociedades mais justas, inclusivas, saudáveis, tolerantes e participativas – *sociedades positivas com envelhecimento(s) ativo(s)*. Ao mesmo tempo que se luta por este desiderato, paradoxalmente no mundo ocidental estamos cada vez mais a viver em sociedades tecnocráticas, frias e descartáveis, onde o fator *pessoa* tende a não ser valorizado e respeitado (Medeiros, 2013b).

Segundo Medeiros (2013b) existem duas aceções na conceção de envelhecimento: uma *grupal* (quando se refere ao envelhecimento demográfico, ao envelhecimento comunitário ou, ainda, quando se evidenciamas características mais comuns de um grupo de indivíduos, no período de desenvolvimento da adultez em idade avançada); e outra *individual*, que se identifica com o próprio desenvolvimento humano. Nesta última aceção fará mais sentido falar no carácter plural dos envelhecimentos e nas velhices possíveis. Ao nível individual, o processo de envelhecimento poderá ter diferentes consequências, consoante o modo de vida da pessoa, a ocorrência de doenças e as influências sociais (Neri, 2007).

Para potenciar o *envelhecimento ativo* (OMS, 2002; 2005) nas suas componentes da saúde, participação e segurança (grupal e individual), urge atender às dificuldades com que a população idosa se depara, investindo em programas de prevenção de bem-estar e de

qualidade de vida e programas de intervenção, capazes de fornecer ferramentas para lidar com as adversidades do contexto, já que uma das implicações do envelhecimento humano incide sobre o aumento da vulnerabilidade do sujeito face a agressões externas (Guimarães, 2013).

Cardoso e Costa (2006), Maia(2015), Medeiros e Melo (2015) e Maia e Medeiros (2016) confirmaram que os Centros de Convívio desempenham um papel significativo na integração social das pessoas idosas na sua comunidade. Maia (2015) verificou que os principais motivos de procura de um Centro de Convívio consistem na busca de convívio e companhia, como resposta a sentimentos de solidão. Neste sentido, e após a observação de vulnerabilidade psicossocial de pessoas idosas que frequentam um Centro de Convívio na cidade de Ponta Delgada (Ilha de S. Miguel) e a falta de motivação em participarem em atividades de estimulação sociocognitiva, sentimos necessidade de uma intervenção multifocada (aos níveis da autoeficácia, da motivação e da qualidade de vida) e criamos o projeto de intervenção intitulado “Envelhecer com Vida”, objeto deste artigo.

1. Autoeficácia e Teoria Social Cognitiva

As explicações atualmente utilizadas na definição de crenças de autoeficácia vão buscar os seus alicerces ao trabalho desenvolvido por Bandura, autor que define o conceito de autoeficácia como “os julgamentos sobre as capacidades pessoais para iniciar e desempenhar com sucesso tarefas específicas, que exigem esforço e perseverança face às adversidades” (Bandura, 1977, p.194). Neste sentido, as crenças de autoeficácia consistem na avaliação que o sujeito faz acerca do seu desempenho e à percepção avaliativa do mesmo sobre si próprio, podendo ser desenvolvidas através de quatro fontes (cf. Bandura, 1977): (i) *experiência direta ou de êxito*– os sucessos obtidos demonstram e/ou reforçam a capacidade de executar a tarefa e alcançar os objetivos; (ii) *experiência vicária*– observação e imitação do comportamento de pessoas significativas, incrementando a crença de autoeficácia pela comparação social; (iii) *persuasão verbal* (i. é, os relatos verbais de outras pessoas sobre as capacidades do sujeito influenciam o esforço na realização da tarefa, aumentando a probabilidade de sucesso e potenciando a crença de autoeficácia); e (iv) *estados físicos e emocionais*; perante situações de *stress* ou de estados emocionais negativos, o sujeito interpreta essa informação como sinal de vulnerabilidade ao mau desempenho, ao passo

que estados emocionais positivos são vistos como probabilidade de sucesso, promovendo a crença de autoeficácia.

Bandura (1977) defende que as crenças de autoeficácia têm a sua origem nos processos cognitivos, com especial relevo na memória, na atenção e na percepção, pelo que “a habilidade de discernir, dar peso e integrar fontes relevantes de informação de eficácia aumenta com o desenvolvimento das habilidades cognitivas para o processamento de informação” (Nunes, 2008, p.30).

A autoeficácia constitui o mecanismo fundamental à promoção da ação humana, pelo que “intervenções baseadas apenas na discussão da Teoria da Autoeficácia tenham menor consistência, caso não sejam pautadas pelo olhar teórico-explicativo da Teoria Social Cognitiva.” (Barros & Batista-dos-Santos, 2010, p.2).

Segundo Bandura (2011), a Teoria Social Cognitiva ou Teoria da Aprendizagem Social defende o caráter intencional da ação humana, caracterizando o Homem como auto-organizado, proativo, autorreflexivo e autorregulador, devido a quatro características básicas: (i) *intencionalidade* (capacidade de decidir como agir em determinada situação, procedendo à elaboração de planos de estratégias para os realizar); (ii) *antecipação* (capacidade de antecipar os resultados expectáveis de determinada situação, de forma a guiar e motivar o desempenho); (iii) *auto-reatividade* (capacidade de exercer a influência sobre o próprio comportamento, concretizando situações promotoras de satisfação e valor pessoal e evitando situações que provocam insatisfação e censura); e (iv) *autorreflexão* (capacidade de refletir sobre o próprio comportamento, valores e motivações, executando as alterações necessárias) (Ferreira, 2014).

Souza e Brito (2008) apelam, igualmente, à reciprocidade da relação entre as crenças de autoeficácia e os processos cognitivos, ao admitir a sua influência sobre o modo como o sujeito sente, pensa, se motiva e se comporta, através de quatro processos principais, designadamente: (i) processos cognitivos (antecipação das consequências das próprias ações), (ii) processos motivacionais (influenciam o esforço e tempo despendidos para a realização da tarefa), (iii) processos afetivos (reações emocionais advindas da avaliação da situação) e (iv) processos de seleção (processo de decisão relativamente ao comportamento a adotar).

2. Motivação

A palavra motivação deriva do latim *motivus* que significa movimento e descreve o desejo de alcançar um elevado nível de desempenho. Trata-se de um processo de ordem psicológica que atua como uma força interior capaz de impulsionar o indivíduo para uma determinada ação, podendo ser de ordem intrínseca ou extrínseca. A motivação intrínseca consiste numa regulação inata e instintiva em que o indivíduo faz algo pelo interesse e pelo prazer que essa ação lhe proporciona, ao passo que a motivação extrínseca assenta na opinião de terceiros, pelo que o indivíduo age pela consequência resultante do seu desempenho em determinada tarefa (Lourenço & Paiva, 2010; Vilar, 2013).

De acordo com a Teoria do Reforço, as consequências positivas face a um determinado comportamento aumentam a probabilidade de repetição desse mesmo comportamento, ao passo que consequências negativas tendem a atenuar a frequência com que o comportamento é exibido (Skinner & Villalobos, 1974). Desta forma, para que o comportamento desejado se repita é necessário recompensar o indivíduo quando este exhibe esse comportamento, motivando assim a reiteração do mesmo. Daqui decorre que as pessoas aprendem a repetir comportamentos que lhes trazem resultados prazerosos, evitando os que culminam em resultados incómodos, podendo a alteração do comportamento ser efetuada através da aplicação de estratégias de condicionamento operante, nomeadamente: (i) reforço positivo (recompensa pela exibição do comportamento desejado), (ii) reforço negativo (retirada de algo que a pessoa não gosta perante o comportamento desejado), (iii) punição (consequência negativa aquando de um comportamento indesejado), (iv) extinção (retirar atenção sob o comportamento indesejado) e (v) motivação de recusa (recompensa pela retirada de consequências negativas) (Vilar, 2013).

Neste seguimento, é possível depreender a existência de uma associação entre motivação e autoeficácia, uma vez que o sujeito reitera um determinado comportamento quando obtém resultados satisfatórios, o que pode ser entendido como uma experiência direta de sucesso capaz de promover a crença de autoeficácia. A este respeito, Bandura (1986) afirma que a autoeficácia é um fator que desempenha um importante papel na motivação, uma vez que as crenças de autoeficácia dispõem ao

indivíduo o reconhecimento das suas capacidades e habilidades, ao passo que a motivação concretiza, em desempenho, a existência das mesmas. Desta forma, os sujeitos que possuem crenças elevadas de autoeficácia conseguem uma melhor gestão das suas emoções, preveem resultados positivos e têm percepções mais favoráveis quanto às suas capacidades, resultando num padrão superior de motivação.

3. Qualidade de vida

O conceito de “Qualidade de Vida” é multidisciplinar (tem sido utilizado, entre outras, nas disciplinas de sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social, filosofia e publicidade) e tem sido alvo de discussões ao longo das últimas décadas (Kamimura, Leonidas de Oliveira, Cornetta, Cerveny, & de Sousa, 2016).

No final do Século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS), verificou que a medição da qualidade de vida tem importância na avaliação da saúde (quer ao nível individual, quer social) (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003). A definição de *Qualidade de Vida* da World Health Organization Quality of Life (WHOQL, 1997, p.1) espelha a complexidade deste conceito, a sua subjetividade e a sua abrangência: “individuals perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”. O conceito é influenciado pelas diversas esferas da vida do indivíduo e abrange sete dimensões, a saber: (i) física (percepção que o sujeito tem acerca da sua condição física); (ii) psicológica (percepção que o indivíduo tem relativamente ao seu estado cognitivo e afetivo); (iii) inter-relacional (percepção do indivíduo acerca das suas relações interpessoais e dos papéis que desempenha na sociedade); (iv) ambiental (percepção do sujeito sobre as condições ambientais do contexto onde se insere); (v) cultural (influência dos valores culturais transmitidos no estilo de vida); (vi) biológica (percepção do sujeito acerca do seu estado de saúde e suas implicações nas atividades de vida diária); e (vii) económica (influência do suporte financeiro e bens materiais na satisfação de necessidades básicas) (Rodrigues, 2011). Destas dimensões de qualidade de vida, há pelo menos seis que devem ser consideradas: as dimensões física, social e psicológica (básicas) e ainda as dimensões espiritual, ambiental e ocupacional (Grupo WHOQOL, 1998; Paschoal, 2000; Ogata & Simurro, 2009; Kamimura et al., 2016).

São diversos os modelos propostos para a compreensão da qualidade de vida, dos quais se destaca o modelo funcionalista, segundo

o qual o desempenho social é um forte preditor da qualidade de vida, pelo que é importante o envolvimento do sujeito nas mais diversas atividades e a valorização dos seus papéis sociais (Cunha, 2015). Considerando o modelo em apreço, reconhece-se a possibilidade de haver uma associação entre autoeficácia e qualidade de vida, tendo em conta que perante crenças elevadas de autoeficácia, o sujeito crê ser capaz de levar a cabo diversas atividades, o que pode ser efetivado perante níveis adequados de motivação, permitindo, por sua vez, o envolvimento em atividades satisfatórias e a concretização do caráter ativo e dinâmico do ser humano. Ademais, sabe-se que as crenças de autoeficácia contribuem para atenuar o impacto negativo das perdas advindas do processo de envelhecimento, aspeto que concorre para a qualidade de vida, na medida em que influencia as respetivas dimensões, particularmente a biológica, física, psicológica e social (Cunha, 2015).

Neste sentido, Kamimura *et al.*(2016) afirmam que os estudos sobre a qualidade de vida da pessoa idosa são de extrema importância na oferta de serviços específicos e na implementação de políticas públicas e educacionais para a promoção de saúde e prevenção de doenças da população idosa.

Metodologia

O projeto *Envelhecer com Vida* foi desenvolvido no Centro de Convívio de Idosos do Centro Paroquial de Bem-Estar Social de São José (Instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos, da ilha de S. Miguel), com o propósito de potenciar as fontes de autoeficácia, através de atividades baseadas nos fundamentos da Gerontagogia¹, bem como promover a motivação e a qualidade de vida dos participantes. Da nossa prática neste centro, verificámos diariamente um baixo nível motivacional nas atividades propostas (particularmente as atividades de estimulação cognitiva, física e social) e, conseqüentemente, uma falta de envolvimento dos utentes no seu processo de envelhecimento, o que afetava a dinâmica do centro bem como os benefícios pessoais que cada utente poderia usufruir, acabando por afetar o envelhecimento pessoal

¹A Gerontagogia consiste numa ciência educativa interdisciplinar cujo objeto de estudo é a pessoa sénior e a situação pedagógica, pelo que representa uma abordagem de competências que tem como fim a metacognição, a valorização do pensamento reflexivo e a aplicação prática do conhecimento às atividades de vida diária (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

ativo. Sabíamos através do estudo de Maia (2015) que a escolha do Centro era uma alternativa ao isolamento e à solidão, mas o desafio comunitário tinha de ser muito maior. Perante tal, e acreditando na mudança, concebemos o projeto *Envelhecer com Vida*.

O projeto *Envelhecer com Vida* teve como principal objetivo promover as crenças de autoeficácia (com base nos pressupostos teóricos deste constructo e em associação com os fundamentos da Teoria Social Cognitiva), bem como analisar o impacto do programa na motivação e qualidade de vida dos participantes. Assim, ambicionou-se potenciar as fontes de autoeficácia e os princípios da ação humana, como elucidado na figura 1, referente aos objetivos.

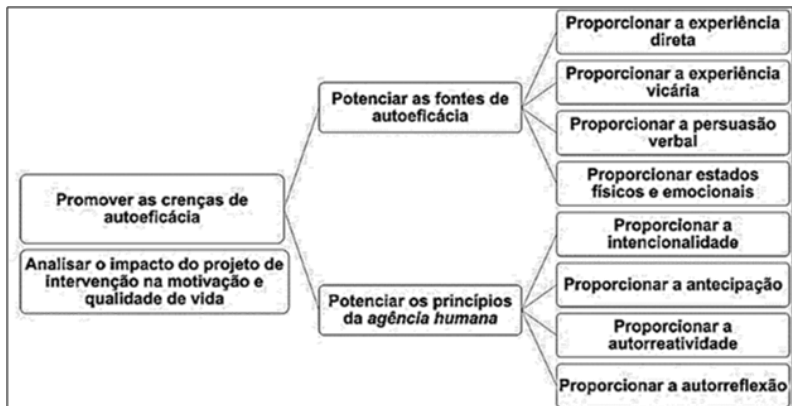


Figura 1: Objetivos do projeto de intervenção.

Uma vez que se pretendeu analisar o impacto do projeto na autoeficácia, motivação e qualidade de vida, adotou-se procedimentos estatísticos de produção e análise de dados, a fim de testar a hipótese deste estudo: **H₁** - *A participação no projeto “Envelhecer com Vida” aumenta os níveis de autoeficácia, motivação e qualidade de vida.*

O projeto desenvolvido abrangeu quatro etapas: (i) avaliação inicial – avaliação dos níveis de autoeficácia, motivação e qualidade de vida dos participantes, no momento prévio ao início das sessões; (ii) sessões de intervenção para o desenvolvimento do projeto; implementação e desenvolvimento de atividades com vista ao alcance dos objetivos propostos; (iii) avaliação final; reavaliação dos níveis de autoeficácia, motivação e qualidade de vida dos participantes, após o término das sessões de intervenção; (iv) reflexão final.

Instrumentos

A recolha de dados foi efetuada através da Escala de Auto-Eficácia (Ribeiro, 2004), da adaptação da Escala Multifactorial de Motivação no Trabalho – Multi-Moti (Ferreira, Diogo, Ferreira, & Valente, 2006) e de uma Escala de Qualidade de Vida (Medeiros et al., 2014, versão experimental). Foram feitos estudos para determinar a consistência interna de cada um dos instrumentos.

A Escala de Autoeficácia foi traduzida para a população portuguesa por Ribeiro (2004) e consiste numa escala de tipo *Likert* de sete pontos, sendo que o 1 corresponde a *Discordo totalmente* e o 7 a *Concordo totalmente*. Este instrumento é composto por 15 itens que correspondem a três dimensões: *Iniciação e Persistência* (itens 1, 5, 6, 7, 14 e 15), *Eficácia Perante a Adversidade* (itens 2, 4, 8, 9 e 12) e *Eficácia Social* (itens 3, 10, 11 e 13). Procedemos a estudos de fidedignidade da Escala de Autoeficácia com base na amostra de pessoas adultas e idosas da instituição. A Escala de Autoeficácia apresentou um nível de consistência interna considerado muito bom, dado pelo valor do coeficiente Alpha de Cronbach de 0,95².

*Quanto à medição da motivação e uma vez que não foi encontrado nenhum instrumento de avaliação da motivação para a frequência de um centro de convívio em pessoas idosas, optou-se por realizar uma adaptação da Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho – Multi-Moti – da autoria de Ferreira, Diogo, Ferreira e Valente (2006). Esta escala tem como objetivo avaliar a motivação dos trabalhadores para frequentar o seu emprego, pelo que se adaptou os seus itens constituintes, de acordo com a frequência do centro de convívio. A versão adaptada da escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho – Multi-Moti é constituída por 16 itens, avaliados segundo uma escala de Likert de 5 pontos, em que o 1 corresponde a *Discordo totalmente* e o 5 a *Concordo totalmente*. Os itens da escala dizem respeito a questões relacionadas com: i) a satisfação com as atividades desenvolvidas; ii) ambiente de cooperação entre os colegas; iii) interesse em desenvolver atividades de maior responsabilidade e importância; iv) avaliação do desempenho na realização de atividades. A consistência interna deste instrumento foi comprovada com o respetivo valor do coeficiente Alpha de Cronbach de 0,86, considerada boa*

²Quando o valor do alfa é superior a 0,9 considera-se muito boa fiabilidade da escala (Pestana & Gageiro, 2005).

consistência (entre os valores 0,8 e 0,9 boa fiabilidade) (Pestana & Gageiro, 2005).

A Escala de Qualidade de Vida utilizada corresponde a uma adaptação da original Escala de Qualidade de Vida formulada pelo Grupo WHOQOL (1998) (versão de Medeiros *et al.*, 2014, para pessoas idosas). Trata-se de uma escala de *Likert* de 5 pontos, composta por 17 itens que avaliam aspetos como a perceção das dificuldades sensoriais e sua influência nas atividades de vida diária, satisfação com diversos aspetos da vida e participação em atividades prazerosas. Esta escala apresentou o valor do coeficiente Alpha de Cronbach de 0,92 na amostra, considerando-se muito boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005).

Concluiu-se pelas boas capacidades psicométricas dos instrumentos.

Implementação do Projeto “Envelhecer com Vida”

Participaram no estudo dez pessoas, das quais duas são do sexo masculino e oito do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 41 e os 85 anos. Integrou-se 2 casos com idades inferiores aos 65 anos, que frequentam o Centro de Convívio para pessoas idosas devido à sua vulnerabilidade física e psíquica. Ao nível do estado civil, 40% dos participantes são solteiros, 40% são viúvos, 10% casados e 10% vive em união de facto. Acrescente-se que 50% da amostra vive sozinha. Das que vivem acompanhados, 20% vivem com o(a) companheiro(a), 20% com o(a) filho(a) e 10% com a irmã.

O projeto abrangeu 24 sessões (cf. Tabela 1), durante 4 meses (de 13 de novembro de 2014 a 12 de março de 2015). As sessões foram desenvolvidas com uma periodicidade em torno das duas por semana, durante cerca de duas horas cada sessão, exceção feita no período de Natal e Carnaval.

Tabela 1: Objetivos das sessões de intervenção do projeto *Envelhecer com Vida*.

Sessões	Objetivos
1ª	Potenciar a adesão dos participantes ao projeto de autoeficácia com um contrato de participação. Promover a experiência vicária, persuasão verbal e estados físicos e emocionais como fontes de autoeficácia. Potenciar a autorreflexão como princípio da <i>ação humana</i>
2ª	Promover a experiência direta; experiência vicária e persuasão verbal como fontes de autoeficácia. Potenciar a intencionalidade, antecipação de resultados e auto-reatividade como princípios da <i>ação humana</i> .
3ª - 9ª	Promover a experiência direta, experiência vicária, persuasão verbal e estados físicos e emocionais como fontes de autoeficácia. Potenciar a intencionalidade, auto-reatividade, autorreflexão e antecipação como princípios da <i>ação humana</i> .
10ª	Promover a experiência direta como fonte de autoeficácia.
11ª	Promover a experiência direta, experiência vicária, persuasão verbal e estados físicos e emocionais como fontes de autoeficácia. Potenciar a autorreflexão como princípio da <i>ação humana</i> .
12ª	Potenciar a intencionalidade, autorreflexão e antecipação de resultados como princípios da <i>ação humana</i> .
13ª - 18ª	Promover a experiência direta; experiência vicária, persuasão verbal e estados físicos e emocionais como fontes de autoeficácia. Potenciar a intencionalidade, antecipação de resultados, auto-reatividade e autorreflexão como princípios da <i>ação humana</i> .
19ª - 21ª	Promover a experiência direta; experiência vicária, persuasão verbal e estados físicos e emocionais como fontes de autoeficácia.
22ª - 23ª	Potenciar a intencionalidade, antecipação de resultados, auto-reatividade e autorreflexão como princípios da <i>ação humana</i> .
24ª	Reflexão conjunta do Projeto.

Finalizadas as sessões de intervenção, procedeu-se à avaliação do projeto.

Avaliação do Projeto

Procedeu-se a testes de hipóteses, uma vez que se pretendeu verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os valores da avaliação inicial e os valores da avaliação final da autoeficácia, motivação e qualidade de vida, para medir a validade do Projeto “Envelhecer com Vida”.

A análise estatística dos dados foi realizada através do programa *SPSS Statistics* – versão 21.

Iniciou-se o tratamento estatístico por uma análise descritiva, seguida de uma análise indutiva, esta última realizada através do teste paramétrico *t* de Student para amostras emparelhadas, uma vez que se verificou que as variáveis seguiam uma distribuição normal. Os índices das escalas foram construídos através da soma dos respetivos itens constituintes, pelo que o valor mínimo permitido no índice de autoeficácia é de 15 e o máximo de 105, tendo em conta que possui 15 itens, avaliados entre 1 e 7. O índice de motivação, por sua vez, permite o valor mínimo de 16 e máximo de 80, já que é composto por 16 itens, avaliados de 1 a 5. Por fim, o índice de qualidade de vida pode apresentar valores entre 17 e 85, por abranger 17 itens, avaliados de 1 a 5.

Resultados e discussão

A análise descritiva dos índices de autoeficácia, motivação e qualidade de vida, na avaliação inicial e final, permitiu constatar o aumento das respetivas médias e do valor mínimo e máximo observado, bem como a diminuição do desvio-padrão, o que significa uma maior concentração das respostas relativamente à média (cf. Tabela 2), sugerindo o impacto positivo do projeto de intervenção “Envelhecer com Vida”.

Tabela 2. Análise descritiva dos índices de autoeficácia, motivação e qualidade de vida

Índice		Pré-teste	Pós-teste
Autoeficácia	Mínimo	23	67
	Máximo	89	95
	Média	57,4	79,5
	DP	18,5	10,2
Motivação	Mínimo	31	44
	Máximo	59	68
	Média	45,7	59,8
	DP	8,5	7,4
Qualidade de vida	Mínimo	31	52
	Máximo	67	70
	Média	48,3	59,5
	DP	10,8	5,6

Não obstante, a análise descritiva não é suficiente para retirar conclusões sólidas, pelo que se recorreu ao teste *t* de Student para amostras emparelhadas, de modo a averiguar se a avaliação inicial e a avaliação final da autoeficácia, da motivação e da qualidade de vida vão no mesmo sentido dos resultados anteriores. Os resultados obtidos pela aplicação do teste paramétrico *t* de Student mostram uma associação estatisticamente significativa (positiva) entre a avaliação inicial e a avaliação final em todas as variáveis estudadas autoeficácia, motivação e qualidade de vida (cf. Tabela 3), sendo as médias obtidas superiores após o programa de intervenção.

Tabela 3. Correlações entre a avaliação inicial e a avaliação final das dimensões do projeto *Envelhecer com Vida*.

Índice	Valor da correlação	Significância associada	Teste <i>t</i>	Significância associada
Autoeficácia	0,76	$p = 0,01$	$t = -5,53$	$p = 0,03$
Motivação	0,64	$p = 0,04$	$t = -6,55$	$p = 0,00$
Qualidade de vida	0,86	$p = 0,00$	$t = -5,41$	$p = 0,02$

Os resultados permitem a aceitação da hipótese em estudo. Pode-se, assim, afirmar com um nível de confiança de 95% que a realização das atividades do projeto *Envelhecer com Vida* aumentou a autoeficácia, a motivação e a qualidade de vida nos participantes, o que representa o alcance dos objetivos propostos e sugere uma possível associação entre as crenças de autoeficácia e a motivação e a qualidade de vida. De facto, a autoeficácia desempenha um importante papel na motivação, uma vez que as crenças de autoeficácia dispõem ao indivíduo o reconhecimento das suas capacidades e habilidades, ao passo que a motivação concretiza em desempenho a existência das mesmas (Bandura, 1997). Ademais, e segundo Cunha (2015), as crenças de autoeficácia contribuem para atenuar o impacto negativo das perdas advindas do processo de envelhecimento, aspeto que concorre para a qualidade de vida, na medida em que influencia as respetivas dimensões, particularmente a biológica, física, psicológica e social.

Conclusões

Com o aumento da esperança média de vida e simultaneamente a baixa da natalidade verifica-se um envelhecimento acelerado da população, fenómeno que é favorecido pelas constantes inovações tecnológicas, e pelas políticas económicas e de saúde que se têm verificado ao longo das últimas décadas. Porém, tal evolução não significa maior atenção ao grupo populacional mais vulnerável na idade avançada, pois muitas são as pessoas idosas esquecidas e negligenciadas (vítimas de abusos e de negligência social e familiar). Urge uma avaliação de cada serviço de apoio às pessoas idosas com vista quer a uma reflexão profunda das vivências e práticas, quer uma intervenção multidisciplinar cuidada e específica a cada contexto e a cada caso – a cada envelhecimento.

Em termos gerais, é necessário prevenir o envelhecimento patológico, garantir as condições de um envelhecimento com dignidade nas situações de doença e de demências e garantir, ainda, a otimização do envelhecimento ativo, isto numa sociedade que se deseja menos hegemónica, com mais saúde e mais feliz.

O projeto *Envelhecer com Vida* ambicionou promover a autoeficácia, a motivação e a qualidade de vida dos participantes habituais de um Centro de Convívio de um meio urbano e analisar o impacto do programanestas dimensões. Os resultados obtidos mostram o impacto positivo do projeto de intervenção na autoeficácia, motivação e qualidade

de vida nos participantes, numa forte contribuição para uma postura ativa na sociedade, com conseqüente influência no processo individual de envelhecimento ativo, mostrando a eficácia do projeto *Envelhecer com Vida*, na melhoria do envelhecimento pessoal e na melhoria das atividades sociais do grupo de participantes, o que mostra as potencialidades deste projeto.

Sugere-se, no entanto, a replicação deste projeto numa amostra mais robusta, a fim de validar este programa de intervenção no envelhecimento ativo.

Referências

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change [Em linha]. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). From thought to action: Mechanisms of personal agency [Em linha]. *New Zealand Journal of Psychology*, 15, 1-17.
- Bandura, A. (2011). A social cognitive perspective on positive psychology [Em linha]. *Revista de Psicologia Social*, 26, 7-20.
- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: Um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 10 (112), 1-9.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P. d., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Guide - Artes Gráficas, Lda.
- Cardoso, A., & Costa, L. (2006). Velhice e exclusão social: Um estudo no centro de convívio e apoio à terceira idade do Tortosendo. *Psicológica*, 42(1), 89-114.
- Cunha, J. F. (2015). *Efeito mediador da autoeficácia e qualidade de vida na relação entre a participação social e a sintomatologia depressiva nos idosos*. Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia e Ciências da Vida - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.
- Ferreira, A., Diogo, C., Ferreira, M., & Valente, A. C. (2006). Construção e validação de uma Escala Multi-Factorial de Motivação no Trabalho (Multi-Moti). *Comportamento Organizacional e Gestão*, 12(2), 187-198.
- Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Métodos e resultados de grupo focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37 (6), 793-799.
- Ferreira, C. S. (2014). *Trajetórias de vida de sucesso em indivíduos com passado de vivência prolongada em contexto institucional*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências da Educação - Universidade dos Açores, Portugal.
- Guimarães, C. M. (2013). *Tomando o envelhecimento bem-sucedido como desenvolvimento psicológico: efeito da TOM e da inteligência*. Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia - Universidade do Minho, Portugal.
- Kamimura, Q. P., Leonidas de Oliveira, A., Cornetta, V. K., Cervený, C. M. de O., & de Sousa M. P. (2016). Qualidade de vida do idoso no

Brasil: Estudo em uma cidade do interior do Estado de São Paulo. A pessoa idosa no século XXI. Ponta Delgada: Letras Lavadas (no prelo).

- Lourenço, A. A., & Paiva, M. O. (2010). A motivação escolar e o processo de aprendizagem. *Ciências e Cognição*, 15 (2), 132-141.
- Maia, J. (2015). *Bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas*. Tese de Mestrado, Ponta Delgada: Universidade dos Açores.
- Maia, J., & Medeiros, T. (2016). Bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas: Um estudo em centros de convívio (pp.386-394). In I. Leal, C. Godinho, S. Marques, P. Vitória & J. L. Pais Ribeiro (Org.), *Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Medeiros, T. (2013a). Integration of seniors in the society: The experience of Azores (Portugal). In *Enjoy learning in a happy life old-age education and silver-haired tourism* (pp. 2-18 e 29-52). China, Guangzhou.
- Medeiros, T. (2013b). Desafios do(s) envelhecimento(s). In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e conviver* (pp. 29-46). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições.
- Medeiros, T., & Melo, C. (2015). Saúde e qualidade de vida em pessoas idosas. In A. L. de Oliveira, & Q. P. Kamimura (Org.s), *Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento* (pp.181-197). Taubaté: Editora da UNITAU.
- Neri, A. L. (2007). *Qualidade de vida e idade madura*. Brasil: Papyrus Editora.
- Nunes, M. F. (2008). Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: Uma revisão. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 9 (1), 29-42.
- Ogata, A., & Simurro, S. (2009). *Guia prático de qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Organização das Nações Unidas. (2002). *World Population Ageing: 1950-2050*. Acedido em Outubro 20, 2015, em <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/#top>.
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de Vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado

em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Adaptação de uma Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral. Acedido em Outubro 15, 2015, em <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>.
- Rodrigues, M. I. (2011). *Auto-estima e qualidade de vida nas mulheres idosas institucionalizadas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia de Braga -Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Skinner, B. F., & Villalobos, M. d. P. (1974). Sobre o Behaviorismo. Acedido em Outubro 20, 2015, em https://books.google.pt/books?id=gej5uGOa_OkC&dq=behaviorismo&hl=pt-PT&sa=X&ved=0CCkQ6AEwAmoVChMI5orQybnWyAIVCckUCh0WUQK_.
- Souza, L. N., & Brito, M. (2008). Crenças de autoeficácia, autoconceito e desempenho em matemática. *Estudos de Psicologia*, 25 (2), 193-201.
- Vilar, A. L. (2013). *Proposta da aplicação das teorias motivacionais no âmbito da gestão dos servidores fiscais da Secretaria de Estado da Receita - SER - PB*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.
- World Health Organization Quality of Life (1997). *Measuring quality of life*. Programa de Saúde Mental, In World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva.
- GRUPO WHOQOL (1998). *Versão em Português dos instrumentos de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol>>. Acesso em 14/09/2010.

PESSOA IDOSA E BEM-ESTAR ESPIRITUAL

Ana Lucia de Souza Barros Silva,
Vera Lúcia Ignácio Molina

Introdução

*Permaneça na companhia dos doutos anciãos,
une-te de coração à sua sabedoria, a fim de que
possas ouvir o que dizem de Deus, e não te
escapem suas louváveis máximas
(Eclesiástico, 6:35).*

Vivencia-se um processo de envelhecimento da população brasileira. A sociedade Brasileira está preparada para essa realidade? Este estudo busca uma resposta, a partir do desenvolvimento do tema bem-estar espiritual da pessoa idosa. A expectativa é de ratificá-lo como um aspecto do envelhecimento que deve ser aprofundado para contribuir com a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

O envelhecimento deve ser visto e reconhecido como uma etapa da vida atrelada ao bem-estar e à dignidade da pessoa idosa, que deve ser amparada pela família, pela sociedade, e pelo Estado, conforme preconizado no artigo 230º da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

Bem-estar é um termo amplo, associado à disposição física e mental. Trata-se de uma sensação agradável, que se reflete na qualidade de vida das pessoas e que cada vez mais vem sendo pesquisada em nosso cotidiano.

Ao considerar-se a correlação entre bem-estar e qualidade de vida parte-se do pressuposto de que são várias as suas definições, cabendo citar a da Organização Mundial de Saúde (OMS): “[...] a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Trata-se de um conceito abrangente em relação à saúde física de uma pessoa, que considera também seu estado psicológico, suas relações sociais, seus valores e crenças, que são expressos no ambiente onde vive.

Respeitar a inteireza do ser em cada etapa de desenvolvimento humano e ter um olhar de totalidade para com a pessoa idosa pode significar a promoção de sua qualidade de vida. A prevenção de doenças e/ou tratamento de doenças existentes associados à acolhida familiar, e em alguns casos ao apoio institucional, têm favorecido o bem-estar das pessoas idosas, graças a um novo olhar para o envelhecimento.

O bem-estar no processo de envelhecimento humano tem sido um campo fértil de discussões e pesquisas na sociedade contemporânea, onde o desafio da longevidade se ramifica em várias vertentes, como os direitos, os desejos e as necessidades que integram a condição humana em qualquer idade: “A heterogeneidade das experiências vividas e percebidas reflete as diversas possibilidades de o idoso interpretar sua condição, o que levam em conta variáveis de natureza individual, ambiental, e suas interfaces” (ALMEIDA; MOCHEL; OLIVEIRA, 2010, p.105).

Sem dúvida, esse é um cenário de grandes oportunidades, considerando-se, sobretudo, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos na condição biopsicosocioespíritual, a quem deve ser garantido o gozo de seus direitos fundamentais, que compreendem também seu aperfeiçoamento espiritual, previsto no artigo 2º do Estatuto do Idoso, Lei Federal n. 10.741, de 1º de outubro de 2003.

O crescente aumento da população idosa é inquestionável. No Brasil, dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) contam 21 milhões de idosos, que representam 12% da população total, dando indicativos de que até o ano de 2025 a população idosa no País deverá ser de aproximadamente 15%. Esse dado remete à urgente necessidade de se pensar em políticas públicas que devem ser operacionalizadas em instituições públicas e privadas para atender a pessoa idosa em sua essência e cidadania, minimizando o processo de envelhecimento como algo negativo, carregado tão somente de doenças, dependência e solidão.

A partir da análise do bem-estar da pessoa idosa observa-se que este se expressa por uma sensação que pode ser experimentada quando a pessoa encontra um propósito que justifique seu comprometimento individual e/ou coletivo com algo na vida, dando-lhe uma resignificação.

Trata-se da associação de saúde num sentido mais ampliado, na medida em que se relaciona com um sentimento de completude e de satisfação com a vida, de paz consigo mesmo e com o mundo onde se insere.

O grau de bem-estar pode ser mensurado por um instrumental, validado e de dignidade científica, denominado Escala de Bem-estar

Espiritual (EBE), que em inglês se denomina Spiritual Well-Being Scale, de Paloutzian e Ellison (1982), considerados pioneiros no tema da espiritualidade e da religiosidade.

De referência para pesquisadores que se dedicam à investigação da espiritualidade, de modo especial em pessoas idosas, a EBE foi adaptada para o português obedecendo todos os protocolos previstos para essa finalidade, mostrando-se de fácil compreensão para pessoas de idades e condições socioeconômicas diversas.

A EBE foi elaborada com a intenção de complementar os indicadores objetivos nas avaliações de qualidade de vida nos Estados Unidos, principalmente sentimentos e percepções dos respondentes. Havia no governo daquele País um movimento para mensurar a qualidade de vida por meio de indicadores sociais objetivos, mas verificou-se que somente medidas objetivas não dariam conta da complexidade do construto (BUFFORD; PALOUTZIAN; ELLISON, 1991 *apud* MARQUES; SARRIERA; DELL'AGLIO, 2009, p.180).

As análises realizadas indicaram que a escala possui ótimas qualidades psicométricas, abrangendo dois fatores que também foram encontrados na literatura: bem-estar espiritual e existencial. A escala demonstra alta consistência interna e fidedignidade considerável.

A EBE destaca-se dentre outros instrumentais que são utilizados para mensurar a qualidade de vida e bem-estar de pessoas, cabendo apenas citar, como exemplos, a Escala de Qualidade de Vida, de Flanagan; Whoqol-Bref; Escala de Depressão Geriátrica (EDG); Whoqol-Old e SF-36, dentre outros.

No Brasil, a importância dos aspectos espirituais e religiosos na velhice são ainda poucos explorados no meio acadêmico. Cardoso e Ferreira (2009) apontam que esses aspectos devem ser aprofundados numa perspectiva de investigação de dados que expressem ganhos reais para a população idosa e para profissionais e instituições que atuam com essa parcela cada vez mais significativa e representativa na sociedade atual. As pesquisadoras defendem que: “Entre os determinantes sociais, merece destaque o envolvimento religioso, em virtude do papel que o mesmo desempenha na configuração dos níveis de bem-estar subjetivo dos idosos, razão pela quais diversas áreas, como a Medicina, a Psicologia e a Sociologia, vêm buscando elucidar as possíveis inter-relações existentes entre esses construtos” (CARDOSO; FERREIRA, 2009, p.382).

Daí a importância acadêmica de a religião ser incluída nas variáveis socioeconômicas que interferem no bem-estar subjetivo das pessoas idosas, associada a indicadores objetivos que constituem a qualidade de

vida dessa população. Supõe-se que a manifestação de espiritualidade/religiosidade pode favorecer substancialmente a integração comunitária e a participação social da pessoa idosa.

Nesse sentido, recorre-se a Minayo (2010) para embasar tal suposição, quando a autora afirma que: “Dentro de dimensões históricas imemoriais até nossos dias, as religiões e filosofias têm sido poderosos instrumentos explicativos dos significados da existência individual e coletiva” (MINAYO, 2010, p.9).

Os estudos e pesquisas aqui referidos oferecem subsídios teóricos e práticos para balizar o tema em questão, numa possibilidade de conectividade entre o envelhecimento e a espiritualidade, como fator a ser explorado e ponderado sem necessariamente dissociá-lo do meio ambiente onde a pessoa idosa reside.

O envelhecimento associado ao bem-estar, considerando sua esfera de espiritualidade, deve ser um caminho a ser percorrido por profissionais da Geriatria e da Gerontologia com vistas à implantação/ampliação de políticas públicas sustentadas na legislação vigente em prol da pessoa idosa, favorecendo o envelhecimento enquanto direito personalíssimo.

Os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional do Idoso (PNI), na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), e nas demais leis pertinentes ao envelhecimento, devem ser perseguidos e conquistados.

Quanto à PNI, destacam-se os princípios que apontam a família, a sociedade e o Estado como responsáveis por assegurarem os direitos à cidadania para a pessoa idosa, que deve ser considerada como a principal agente e destinatária de transformações decorrentes dessa política, garantindo, para tanto, o afastamento de discriminação de qualquer natureza, na medida em que o processo de envelhecimento deve ser de conhecimento de toda a sociedade.

Na área de saúde, os princípios mencionados encontram guarita nas diretrizes estabelecidas na PNSPI, as quais afastam o estereótipo da pessoa idosa passiva, dando-lhe a possibilidade do exercício de direitos. Em relação à assistência social, que é uma política pública, ressalta-se que a LOAS e a PNAS são alicerces de valorização da pessoa idosa, com vistas ao seu engajamento social. Prevê a LOAS, dentre seus princípios, a igualdade de direitos ao acesso e atendimento sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se a equivalência às populações urbanas e rurais.

A convivência familiar e comunitária também é apontada como possibilidade de acesso à dignidade e autonomia do cidadão, inclusive em relação ao direito a serviços de qualidade e benefícios. Quanto aos benefícios para os idosos, via LOAS, menciona-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que consiste no repasse mensal de um salário mínimo federal para idosos e deficientes que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

A PNAS, aprovada pela Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), ratifica os princípios da LOAS, com os quais está em consonância. É importante mencionar que as diretrizes da PNAS enfatizam a necessidade do olhar e do agir profissional com centralidade na família, nela incluída a pessoa idosa, para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

O bem-estar pode ser alcançado pela associação de diversos fatores, como fazer uso de uma dieta balanceada, praticar atividade física e dedicar-se a eventos culturais e de lazer, realizar medidas preventivas em relação à saúde e prevenção de doenças, cuidados com sua integridade psicológica e manutenção de uma rede social ativa, com contatos com família, vizinhos e comunidade em geral, dentre outros.

Santos; Andrade; Bueno (2009) apontam que conquistar a longevidade e a saúde tem sido uma dádiva desejada e perseguida por muitos, e para isso a qualidade de vida deve ser considerada.

Quanto à variável meio ambiente, sabe-se que pode influenciar diretamente no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa idosa, que deve ter a opção de permanecer no seio familiar ou, se necessário, em instituições de permanência para idosos. Em ambos os casos, a participação comunitária e social da pessoa idosa deve ser viabilizada, levando-se em conta os fatores econômicos, sociais e culturais de onde reside e que podem ser influenciados pelos IDH-M.

Em relação à variável Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), cabe mencionar que foi elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e que se trata de um instrumento pioneiro para mensurar qualidade de vida. Consiste na medição do nível de desenvolvimento humano considerando os seguintes indicadores: educação, renda e longevidade. Vale lembrar que o IDH dos municípios é calculado pela média, podendo, assim, omitir ou mascarar desigualdades ou diferenças socioterritoriais que possam existir.

O ranking referente a 2010 demonstrou São José dos Campos com classificação inalterada apesar de ter atingido IDH-M muito alto, de 0,807.

Quanto ao município de Paraibuna, a classificação caiu para 1.331º, embora também tenha apresentado aumento em seu IDH-M que foi para 0,719. Os municípios apresentaram nesse espaço de tempo, respectivamente, taxa de crescimento de IDH-M de 9,20% e de 15,41%.

Concorda-se com Martins et al (2007) quando afirmam, ao realizarem estudo com pessoas idosas residentes em meios urbano e rural, que: “[...] A obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida, do ponto de vista dos próprios idosos, é uma informação que pode ser fundamental para dinamizar medidas, através de políticas públicas adequadas a essa população, que permitam alcançar um envelhecimento bem sucedido” (MARTINS *et.al*, 2007, p.139).

Proposição

Este estudo foi desenvolvido em dois municípios da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVALE): Paraibuna e São José dos Campos. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano desses municípios (IDH-M), verifica-se que a partir de 2010, o de São José dos Campos é considerado muito alto, maior que 0,800, e o de Paraibuna, que é de 0,719, é tido como alto.

Neste cenário a questão que se impõe é: **Será que o bem-estar espiritual da pessoa idosa depende do meio ambiente e do IDH-M, mas sim da sua subjetividade?**

Metodologia

O procedimento técnico empregado foi ex-post-facto, sendo identificadas e verificadas situações que ocorreram naturalmente entre as pessoas idosas dos dois municípios, submetendo-as à relação entre variáveis. A abordagem foi mista. Dentre as técnicas existentes, o questionário foi extremamente útil para a coleta de informações pertinentes ao tema em foco, com questões claramente formuladas e de fácil compreensão, evitando o risco de respostas ambíguas.

Para coletar os dados subjetivos foi formulada uma questão referente ao sentido e significado de bem-estar espiritual, decorrente ou não do lugar onde vivem os idosos entrevistados. Para tanto, recorreu-se ao uso de gravador, mediante autorização prévia e formal.

Verificou-se o grau de bem-estar espiritual dos idosos, utilizando-se a EBE, que é constituída por um total de 20 questões:

dez se referem ao bem-estar religioso e as demais ao bem-estar existencial. Neste estudo, as questões 01, 03, 05, 07, 09, 11, 13, 15, 17 e 19 analisaram o bem-estar religioso da pessoa idosa, já as questões 02, 04, 06, 08, 10, 12, 14, 16, 18 e 20 mediram o bem-estar existencial.

A representatividade não foi garantida, pois se adotou a amostra acidental. Do total de 134 sujeitos, 20% foram entrevistados por autodefinição, sendo 13 de cada município. Cada um dos entrevistados foi identificado pelas iniciais de seu nome acrescido de P, quando de Paraibuna, e de SJC, quando de São José dos Campos.

O método para a análise dos dados é previsto na EBE com um roteiro que é validado e tem reconhecimento científico, apresentando 20 questões. Foi adotado o seguinte procedimento para análise: os itens referentes ao bem-estar religioso (BER) contêm uma referência a Deus, e os de bem-estar existencial (BEE) não contêm tal referência. Metade das questões da escala é escrita na direção positiva e metade na negativa.

Para as análises estatísticas foram utilizados as ferramentas propostas pelo MEDCAR <http://www.leg.uf> e o MINITAB <http://ultradowloads.com.br>. A análise de conteúdo foi aplicada às falas das pessoas idosas entrevistadas, com a intenção de identificar as categorias sociais que pudessem relacionar a qualidade de vida e o bem-estar espiritual ao Município em que residem.

Resultados e Discussão

No que tange ao perfil socioeconômico dos respondentes de Paraibuna e São José dos Campos (SJC), dos 134 participantes deste estudo, predomina o gênero feminino, com faixa etária predominante entre 60 e 65 anos, com menos de 6% entre 84 e 89 anos, e apenas 0,75% com mais de 90 anos. Desse universo, 50% são casados e 34,33% viúvos. No que se refere ao grau de escolaridade, 50% têm o ensino fundamental incompleto e somente 6,72% atingiram ensino superior completo (ver Tabela 1).

Quando verificada a renda mensal dos participantes, o que se obteve é que 37,31% recebem um salário mínimo³ como renda mensal, ou seja, R\$ 678,00. A maioria (72,39%) é residente em zona urbana. Quase

³ O salário mínimo federal vigente no período da pesquisa era de R\$ 678,00/mês. Em janeiro de 2014 foi reajustado para R\$ 724,00/mês.

metade, 48,51% representa os aposentados. Apenas 3,73% recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Em relação à atual posição no mercado de trabalho, somente 1,49% é empregado e 85,07% não responderam por não estarem mais inseridos nessa realidade em decorrência da aposentadoria e/ou pensão do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Quanto à religião, a maioria é católica; 11,19% evangélicos e somente 2,24% declararam não ter religião.

Desse perfil geral, em Paraibuna 66,67% pertencem ao gênero feminino; 59,09% são casados e somente 1,52% solteiros. No que diz respeito ao grau de escolaridade, 13,64% não a possuem; 65,15% não completaram o ensino fundamental; e somente 1,52% concluiu o ensino superior completo (ver Tabela 1). Neste município prevalece a renda de até R\$ 678,00 para 43,94% das pessoas idosas, e 15,15% não têm qualquer tipo de renda. Quanto à moradia, 56,06% residem na zona rural e 43,94% na zona urbana.

No que diz respeito à atividade ocupacional, em Paraibuna não trabalham fora e recebem BPC 6,06% dos idosos; 15,15% são donas de casa. A maioria é aposentada, representando. A religião católica foi declarada por 90,91% dos participantes; 7,58% são evangélicos; e apenas 1,52% declarou não ter religião. Quanto à idade, 39,39% têm entre 60 e 65 anos; 6,06% entre 84 e 89 anos.

No município de SJC também há predomínio do gênero feminino (72,06%). Em relação ao estado civil, 41,18% são casados; 16,18% divorciados; e 36,76% viúvos. No grau de escolaridade predomina o ensino fundamental incompleto, com 35,29%, e 11,76% têm ensino superior completo.

Quanto à renda mensal, 30,88% vivem com até R\$ 678,00 e 20,59% com renda que varia entre R\$ 679,00 a R\$ 1.356,00. Apenas 4,41% não têm renda. Nenhum idoso reside na zona rural. A atividade ocupacional apontou que 51,47% são aposentados; 22,06% pensionistas e apenas 1,47% sobrevivem do BPC recebido pelo INSS. Trabalham como empregados somente 1,47%; como biscateiros 5,88%. O perfil de religião demonstrou que 76,47% são católicos e 14,71% evangélicos. Apenas 2,94% declararam não ter religião.

Segundo dados do censo IBGE, realizado em 2010, no Brasil o índice de pessoas do gênero feminino é superior ao masculino, com 51% de mulheres e 49% de homens, o que também ficou expresso neste estudo.

Quanto à faixa etária, a maior parcela (38,06%) se encontra entre 60 e 65 anos de idade no perfil geral. Esse percentual se aproxima da realidade de cada município: Paraibuna com 39,39% e São José dos Campos com 36,76%. As porcentagens aproximadas são verificadas também na comparação das demais faixas etárias estabelecidas neste estudo. Somente São José dos Campos apresentou um percentual de idoso acima de 90 anos (1,47%).

Em relação ao estado civil prevaleceram os casados e viúvos, com porcentagens próximas ao perfil geral (84,33%). Os solteiros são minoria, tanto no perfil geral quanto na realidade de cada município. A porcentagem de divorciados em São José dos Campos é de 16,18%, o que representa mais do que o dobro se comparada com Paraibuna, que tem 7,58%, o que se pode inferir que em municípios de pequeno porte, como Paraibuna, os casamentos tendem a ser mais duradouros.

A análise do grau de escolaridade, no perfil geral, aponta que 8,21% dos participantes não a possuem. Desse universo, 13,64% são de Paraibuna e 2,94% de SJC. A discrepância se repete em relação ao ensino fundamental incompleto, que em Paraibuna atinge 65,15% dos participantes, representando quase o dobro da porcentagem de SJC, de 35,29%. Essa realidade, no que se refere ao acesso à educação formal, se propaga quando se verifica que somente 1,52% dos idosos de Paraibuna conseguiu concluir o ensino superior e que em SJC essa porcentagem atinge 11,76%.

Foi possível constatar, com um breve mapeamento de políticas públicas, que em Paraibuna não há nenhum tipo de ação desenvolvida pela Prefeitura na área de educação para as pessoas idosas, a fim de garantir os direitos estabelecidos na PNI e no Estatuto do Idoso.

Em oposição a essa realidade, SJC apresenta ações sólidas, que via de regra são desenvolvidas na Casa do Idoso⁴ e em entidades sociais voltadas a esse público alvo.

De acordo com os dados referentes à renda do perfil geral, 9,70% dos idosos não têm qualquer tipo de renda. Em Paraibuna essa porcentagem atinge 15,15%, que equivale às donas de casa. Em SJs somente 4,41% dos participantes declararam não ter renda.

O perfil geral demonstra, ainda, que 37,31% têm renda mensal de até um salário mínimo. Essa porcentagem sobe para 43,94% em

⁴ *São José dos Campos possui quatro equipamentos públicos nomeados como Casa do Idoso (Centro; Sul; Leste e Norte) voltados para a população idosa. São ofertadas ações nas áreas de assistência social, esporte e lazer, saúde, e educação, dentre outras.*

Paraibuna, e em SJC não passa de 30,88%. Quanto ao universo de idosos com renda maior que R\$ 2.713,00, no perfil geral é representado por 14,93%, que em Paraibuna cai para 10,61%; e em São José dos Campos sobe para 19,12%. Isso demonstra que os idosos residentes em São José dos Campos têm uma renda maior, o que se pode associar ao nível de escolaridade, que é superior.

Tabela 1: Delineamento do Perfil Socioeconômico e Proporção Estatística

Região de Moradia	N	%	N	%	N	%	P
1.Urbana	97	72,39	29	43,94	68	100	0,001
2.Rural	37	27,61	37	56,06			<0,05
Total	134	100	66	100	68	100	
Pessoas Vivendo na Mesma Casa	N	%	N	%	N	%	P
1.Vivosozinho	33	24,63	11	16,67	22	32,35	
2.Com uma pessoa	56	41,79	35	53,03	21	30,88	0,384
3.Com mais de uma pessoa	22	16,42	9	13,64	13	19,12	>0,05
4.Com mais de duas pessoas	12	8,96	6	9,09	6	8,82	
5.Com mais de três pessoas	9	6,72	3	4,55	6	8,82	
6.Com mais de quatro pessoas	1	0,75	1	1,52	-	-	
7.Com mais de cinco pessoas	1	0,75	1	1,52	-	-	
Total	134	100	66	100	68	100	
Atividade Ocupacional	N	%	N	%	N	%	P
1. Não, sou aposentado	65	48,51	30	45,45	35	51,47	
2. Não, sou pensionista	22	16,42	7	10,61	15	22,06	0,058
3. Exerço atividade remunerada eventual	15	11,19	6	9,09	9	13,24	> 0,05
4. Exerço atividade remunerada tempo parcial total	05	3,73	2	3,03	3	4,41	
5. Não, sou dona de casa	14	10,45	10	15,15	4	5,88	
6. Não, sou aposentado e pensionista	8	5,97	7	10,61	1	1,47	
7. Não, recebo BPC	5	3,73	4	6,06	1	1,47	
Total	134	100	66	100	68	100	

Cabe mencionar que a expansão demográfica é realidade em todos os municípios de grande porte da RMVALE, e que na última década a população desses municípios cresceu em média 10%, conforme IBGE (2010). São José dos Campos teve um crescimento ainda maior, em torno de 18%.

No que se refere à moradia, 72,39% dos respondentes caracterizados no perfil geral residem em zona urbana. SJC atingiu 100%, e em Paraibuna, 56,06% dos idosos residem na zona rural. Quando verificada a realidade familiar dos idosos no que diz respeito ao número de pessoas com que vivem, constata-se que no perfil geral 24,63% residem sozinhos: 16,67% em Paraibuna e 32,35%, quase o dobro, em São José dos Campos. Essa diferença expressa a realidade sociofamiliar dos idosos

paraibunenses⁵, que permanecem com seus familiares na velhice, seja por questões financeiras e/ou emocionais. Em SJC, o fato de residir sozinho pode também estar associado à condição financeira e autonomia. Não há em SJC idosos residindo com mais de quatro pessoas.

Quanto à renda, em ambos os municípios os idosos recebem aposentadoria, pensão, ou BPC, que são direitos previstos em legislação nacional. No perfil geral, recebem aposentadoria 48,51%, e 3,73% o BPC, destes, 6,06% residem em Paraibuna. Essa renda advinda do BPC, se expressa por vezes, como benefício referente a uma vida inteira de trabalho na lavoura sem nenhum tipo de registro em carteira.

As porcentagens de empregados e exercício de atividade, remunerada eventual ou total, são reduzidas tanto no perfil geral quanto na realidade isolada destes municípios. Isso se deve aos benefícios do INSS se constituírem em fontes de renda para sustento dos idosos e, por vezes, de seus familiares. No perfil geral 85,07% dos participantes não exercem nenhuma atividade remunerada, o que coincide com a porcentagem aproximada em cada município.

O perfil socioeconômico geral da pessoa idosa apresenta, em síntese, a maioria de mulheres casadas, seguidas por viúvas, com ensino fundamental incompleto, que não exercem atividade ocupacional e contam com renda mensal de até R\$ 678,00, advinda de aposentadoria ou pensão do INSS. A faixa etária preponderante está entre 60 e 65 anos, reside na zona urbana, tem composição familiar reduzida, e a religião predominante é o catolicismo.

Os testes *Chi-Sq*, *Fisher's exact test* e *Two-tailed kolmogorov-smirnov statistic* foram utilizados para verificar a proporção entre um conjunto de variáveis que foram utilizadas para o delineamento do perfil das pessoas idosas de Paraibuna e São José dos Campos, apontado na Tabela1, e para identificar se os grupos de idosos se diferenciam ou não estatisticamente.

Os resultados alcançados apontam que o gênero ($p=0,498$); estado civil ($p=0,585$); renda ($p=0,638$); número de pessoas na moradia ($p=0,384$); atividade ocupacional ($p=0,058$); faixa etária ($p=1,00$) e a posição no serviço ($p=0,057$) do grupo de idosos de Paraibuna são diferentes dos de São José dos Campos no que tange a essas categorias que delineiam o perfil, visto que $p>0,05$.

⁵ O município de Paraibuna é definido como de pequeno porte 1, com população até 20.000 habitantes.

Já a região de moradia dos participantes desse estudo, rural ou urbana, e o grau de escolaridade equivalem a $p=0,001$; a filiação religiosa $p=0,024$, portanto $p<0,05$, indicando que não há diferenças entre os participantes de Paraibuna quando comparado com os de São José dos Campos.

O perfil geral apresenta-se como uma fotografia da pessoa idosa, que corresponde à herança do processo histórico de colonização do País no que se refere ao predomínio da religião católica (83,58%); reside predominantemente na zona urbana (72,39%); e tem baixa escolaridade. Apenas uma reduzida porcentagem atingiu o nível universitário (6,72%).

Em relação às diferenças $p>0,05$, pela experiência empírica e os contatos realizados com os idosos dos municípios em pauta, levanta-se a possibilidade de que possam ser resultantes, dentre outros fatores, da precariedade de acesso ao trabalho formal em Paraibuna, bem como da escassez de programas específicos para essa faixa etária⁶ nesse município.

As pessoas idosas na faixa etária de 60 anos a 65 anos e nas demais idades aqui verificadas, devem ter acesso ao convívio comunitário considerado como um dos eixos de socialização fundamentais nessa etapa da vida. São José dos Campos, com IDH-M considerado muito alto, apresenta alternativas de serviços públicos que contribuem no processo de socialização dos idosos e na percepção de si e de seu entorno. Isso foi constatado na seguinte fala de idosos que frequentam a Casa do Idoso: Centro; Sul e Leste: *“O município interfere de maneira positiva, pelo fato da Casa do Idoso que a gente frequenta ser de fácil acesso. Eu e a minha esposa estamos bem satisfeitos com a Casa do Idoso, principalmente com aqueles profissionais que atendem a gente aqui com todo carinho. (...) Essa rotina de vir aqui todo dia, é muito boa, algo positivo para a gente. (...) A convivência com outras pessoas, então é muito importante para a gente”* (MRD-SJC).

A idosa TSN-SJC reflete sobre a falta de oportunidades de socialização e de participação a que eram submetidos num passado recente: *“(...) Aqui é uma cidade boa, eu participo, a gente tem atividade hoje em dia. Faço ginástica, é importante, é muito bom. Foi uma coisa muito boa que fizeram para os idosos, pois antigamente, lembra?... os*

⁶ Em relação à população idosa paraibunense, o Município dispõe de um espaço físico, denominado Centro de Atividades e Assistência da Melhor Idade Norival Lourenço dos Santos, mais conhecido por sua sigla CAAMI, inaugurado em 10/12/2010, que ainda apresenta um trabalho bastante incipiente.

idosos ficavam em casa, não saíam, não participavam de nada. CFP-SJC: Hoje em dia, eles tem onde sair e ficam o dia inteiro aqui, eles são muito bons, colaboram, eu acho bom aqui a cidade de São José dos Campos (...) a gente começou aqui na Casa do Idoso, eu acho muito bom, a gente adquire mais saúde, a gente faz contato social, muita amizade (...).

A discriminação da pessoa idosa era mais intensa, conforme relato a seguir: *(...) antes o idoso era meio discriminado, aí passaram a ver melhor, com mais carinho, mais atenção. Em qualquer lugar que você vá, você é tratado com mais carinho, mais atenção, pois antes o idoso era um lixo, aqui em São José dos Campos, não! Agora, fora eu não sei. Aqui está muito bom (ALM-SJC).*

A fala da idosa ALM é ratificada entre seus pares: *Eu acho que São José dos Campos tem propiciado bastante oportunidade para o idoso, na Casa do Idoso, no atendimento prioritário em vários locais, na concessão do ônibus, a gratuidade e tudo isso ajuda a elevar a autoestima e a confiança do cidadão.*

A oportunidade na juventude de colocação no mercado de trabalho, a aposentadoria, e a necessidade de cuidado com a saúde na velhice também são apontadas: *" (...) eu vim por causa do emprego, agora a gente é aposentado, está bem com a saúde, nos grupos, na Casa do Idoso (CR-SJC).*

Em relação ao índice de bem-estar espiritual verifica-se, mais a frente, que houve aproximação de pontuação no universo analisado em relação ao perfil geral, cabendo a Paraibuna a maior pontuação (109,1 pontos).

Índice geral de bem-estar espiritual

Não podemos julgar a espiritualidade das pessoas idosas; deveríamos escutar atentamente o que as sustenta e move. Este escutar é sempre um desafio à nossa própria espiritualidade: do que é que eu vivo pessoalmente? O que me sustenta? Donde venho? Para onde vou? (GRÜN, 2011, p. 118).

Os estudos apontados na revisão de literatura de Silva e Alves (2007); Cardoso e Ferreira (2009); Lucchetti. *et al* (2011) demonstram preocupação em entender e valorizar a dimensão espiritual na vida de pessoas, independentemente da faixa etária, condição socioeconômica,

ou qualquer outro referencial. Lucchetti *et al* (2011) apontam inclusive para a escassez de pesquisas referentes à espiritualidade em idosos.

A Escala de Bem-estar Espiritual (Paulotzian e Ellison, 1982) tem contribuído substancialmente para o avanço do entendimento e valorização da espiritualidade pelos profissionais e acadêmicos em suas diversas frentes de trabalho e atuação, o que pode ser verificado, por exemplo, na afirmativa de Marques, ao associar esse tema à saúde de adultos: “O bem-estar espiritual significa em que medida ocorre à abertura da pessoa para a dimensão espiritual que permite a integração da espiritualidade com as outras dimensões da vida, maximizando seu potencial de crescimento e autoatualização” (MARQUES, 2003, p.57). A autora acrescenta ainda que: “A espiritualidade parece favorecer uma ótica positiva frente à vida que funciona como um para-choque contra o estresse: frente a situações perturbadoras e a eventos traumáticos, a pessoa com bem-estar espiritual proveria significados para essas experiências e as redirecionaria para rumos positivos e produtivos para si e para os outros. Uma das fontes dessa ação construtiva é o sentimento de apoio emocional advindo da sua relação significativa com o absoluto (ou em outros termos Deus)” (MARQUES, 2003, p.57).

Envelhecer com qualidade de vida é um processo e um privilégio, que envolve a associação da saúde física, mental e espiritual, favorecendo o bem-estar biopsicosocioespiritual da pessoa idosa. O grau de bem-estar espiritual dos idosos foi mensurado pelo instrumental EBE, como já explicado. No Brasil, a importância da religião na velhice ainda é pouco explorada no meio acadêmico. Cardoso e Ferreira (2009) sinalizam que esses aspectos devem ser aprofundados numa perspectiva de investigação de dados que expressem ganhos reais para a população idosa e para profissionais e instituições que atuam com essa demanda, que é cada vez mais significativa na sociedade.

O Quadro 1, a seguir, apresenta o índice geral de bem-estar espiritual dos idosos de Paraibuna e São José dos Campos. No que se refere ao **bem-estar religioso**, as questões com conotação negativa em relação a Deus, tiveram um índice elevado de respostas “discordo totalmente”, representando respectivamente 88,81%, 73,88%, 85,07% e 83,58% dos participantes. Tais respostas reforçam as de conotação positiva, como a questão 15 e a 19, em que concordam totalmente (Ct) 92,54% e 94,03%, respectivamente.

Quanto ao **bem-estar existencial**, embora com menores porcentagens, há discordância total em relação às questões de conotação

negativa, como é o caso dos itens 2, 6, 12, 16 e 18, com 77,61%, 57,46%, 85,07%, 35,82% e 76,87% respectivamente. Esse fato reforça o aspecto positivo, indicando que os idosos sentem-se bastantes realizados e satisfeitos com a vida (85,07%) e que acreditam num propósito em viver (93,28%).

Cabe destacar, no entanto, que no quesito conflito e infelicidade houve uma aproximação de respostas: 35,82% discordaram totalmente e 19,40% concordaram totalmente. Esse cenário corrobora a fotografia do idoso que com suas crenças pessoais tende a desenvolver a espiritualidade como uma das expressões de possibilidade de resiliência, entendida aqui como a capacidade de sobrevivência em diferentes situações de vida, diante desse novo milênio. O grau de bem-estar espiritual do perfil geral foi de 108,2 pontos, que pode ser considerado satisfatório, se comparado à pontuação máxima do teste que é de 120 pontos.

Quadro 1: Índice Geral de Bem-estar Espiritual de Paraibuna e São José dos Campos

Bem-estar Religioso	Ct	Cd	Cp	Dp	Dc	Dt	Total
	1	2	3	4	5	6	
01 Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus.	1	1	3	8	2	119	134
	0,75	0,75	2,24	5,97	1,49	88,81	100%
03 Creio que Deus me ama e se preocupa comigo.	131	1	-	-	1	1	134
	97,76	0,75	-	-	0,75	0,75	100%
05 Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas.	3	2	3	9	18	99	134
	2,24	1,49	2,24	6,72	13,43	73,88	100%
07 Tenho uma relação pessoal significativa com Deus.	116	6	4	4	-	4	134
	86,57	4,48	2,99	2,99	-	2,99	100%
09 Não recebo muita força pessoal com Deus.	5	1	2	2	10	114	134
	3,73	0,75	1,49	1,49	7,46	85,07	100%
11 Acredito que Deus se preocupa com meus problemas.	123	7	1	-	-	3	134
	91,79	5,22	0,75	-	-	2,24	100%
13 Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.	4	2	4	4	8	112	134
	2,99	1,49	2,99	2,99	5,97	83,58	100%
15 Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho.	124	4	2	-	1	3	134
	92,54	2,99	1,49	-	0,75	2,24	100%
17 Sinto-me plenamente realizado quanto estou em íntima comunhão com Deus.	122	3	4	2	-	3	134
	91,04	2,24	2,99	1,49	-	2,24	100%
19 Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar.	126	3	3	-	-	2	134
	94,03	2,24	2,24	-	-	1,49	100%

Bem-estar Existencial	Ct	Cd	Cp	Dp	Dc	Dt	Total
	1	2	3	4	5	6	
2 Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou.	5	5	11	4	5	104	134
	3,73	3,73	8,21	2,99	3,73	77,61	100%
4 Sinto que a vida é uma experiência positiva.	119	6	3	2	2	2	134
	88,81	4,48	2,24	1,49	1,49	1,49	100%
6 Sinto-me inquieto quanto ao meu futuro.	11	10	14	12	10	77	134
	8,21	7,46	10,45	8,96	7,46	57,46	100%
8 Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida.	114	9	7	3	1	-	134
	85,07	6,72	5,22	2,24	0,75	-	100%
10 Tenho uma sensação de bem-estar a respeito do rumo que minha vida está tomando.	102	10	18	-	2	2	134
	76,12	7,46	13,43	-	1,49	1,49	100%
12 Não aprecio muito a vida.	3	2	4	6	5	114	134
	2,24	1,49	2,99	4,48	3,73	85,07	100%
14 Sinto-me bem acerca de meu futuro.	89	13	26	6	-	-	134
	66,42	9,70	19,40	4,48	-	-	100%
16 Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade.	26	9	27	10	14	48	134
	19,40	6,72	20,15	7,46	10,45	35,82	100%
18 A vida não tem muito sentido.	2	3	10	4	12	103	134
	1,49	2,24	7,46	2,99	8,96	76,87	100%
20 Acredito que existe algum verdadeiro propósito para a minha vida.	125	4	2	1	-	2	134
	93,28	2,99	1,49	0,75	-	1,49	100%

LEGENDA: Ct = concordo totalmente; Cd = concordo mais que discordo; Cp = concordo parcialmente Dp = discordo parcialmente; Dc= discordo mais que concordo; Dt= discordo totalmente

Bem-estar Religioso	Ct 1	Cd 2	Cp 3	Dp 4	Dc 5	Dt 6	Total
01 Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus.	-	-	2	4	2	58	66
	-	-	3,03	6,06	3,03	87,88	100%
03 Creio que Deus me ama e se preocupa comigo.	65	1	-	-	-	-	66
	98,48	1,52	-	-	-	-	100%
05 Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas.	-	1	2	3	12	48	66
	-	1,52	3,03	4,55	18,18	72,73	100%
07 Tenho uma relação pessoal significativa com Deus.	58	5	1	1	-	1	66
	87,88	7,58	1,52	1,52	-	1,52	100%
09 Não recebo muita força pessoal com Deus.	2	-	1	1	6	56	66
	3,03	-	1,52	1,52	9,09	84,85	100%
11 Acredito que Deus se preocupa com meus problemas.	62	2	1	-	-	1	66
	93,94	3,03	1,52	-	-	1,52	100%
13 Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.	1	-	3	2	8	52	66
	1,52	-	4,55	3,03	12,12	78,79	100%
15 Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho.	64	2	-	-	-	-	66
	96,97	3,03	-	-	-	-	100%
17 Sinto-me plenamente realizado quanto estou em íntima comunhão com Deus.	65	1	-	-	-	-	66
	98,48	1,52	-	-	-	-	100%
19 Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar.	64	2	-	-	-	-	66
	96,97	3,03	-	-	-	-	100%

Bem-estar Religioso	Ct 1	Cd 2	Cp 3	Dp 4	Dc 5	Dt 6	Total
01 Não encontro muita satisfação na oração pessoal com Deus.	1	1	1	4	-	61	68
	1,47	1,47	1,47	5,88	-	89,71	100%
03 Creio que Deus me ama e se preocupa comigo.	66	-	-	-	1	1	68
	97,06	-	-	-	1,47	1,47	100%
05 Acredito que Deus é impessoal e não se interessa por minhas situações cotidianas.	3	1	1	6	6	51	68
	4,41	1,47	1,47	8,82	8,82	75,00	100%
07 Tenho uma relação pessoal significativa com Deus.	58	1	3	3	-	3	68
	85,29	1,47	4,41	4,41	-	4,41	100%
09 Não recebo muita força pessoal com Deus.	3	1	1	1	4	58	68
	4,41	1,47	1,47	1,47	5,88	85,29	100%
11 Acredito que Deus se preocupa com meus problemas.	61	5	-	-	-	2	68
	89,71	7,35	-	-	-	2,94	100%
13 Não tenho uma relação pessoal satisfatória com Deus.	3	2	1	2	-	60	68
	4,41	2,94	1,47	2,94	-	88,24	100%
15 Meu relacionamento com Deus ajuda-me a não me sentir sozinho.	60	2	2	-	1	3	68
	88,24	2,94	2,94	-	1,47	4,41	100%
17 Sinto-me plenamente realizado quanto estou em íntima comunhão com Deus.	57	2	4	2	-	3	68
	83,82	2,94	5,88	2,94	-	4,41	100%
19 Minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar.	62	1	3	-	-	2	68
	91,18	1,47	4,41	-	-	2,94	100%

SAÚDE EM DIFERENTES CONTEXTOS

Índice de bem-estar espiritual do grupo de idosos de Paraibuna

Quanto ao **bem-estar existencial**, 86,36% sentem-se realizados e satisfeitos com a vida e 93,94% acreditam existir algum propósito em viver.

A análise dos idosos paraibunenses no que diz respeito ao **bem-estar religioso**, apresenta as questões ímpares com conotação negativa em relação a Deus, com um índice acentuado de respostas que discordam totalmente.

As respostas reforçam as de conotação positiva, onde 96,97% dos sujeitos participantes concordam totalmente que o relacionamento com Deus os ajuda a não se sentirem sozinhos. Igual porcentagem demonstra que a relação com Deus contribui para sua sensação de bem-estar.

O **bem-estar religioso** se sobrepõe ao **existencial**, expresso por um sentimento de gratidão, conforme definido pelo monge beneditino Anselm Grün:” Nas pessoas idosas, a gratidão vem ligada à recordação. Quem consegue lembrar-se com gratidão daquilo que passou na vida está satisfeito na velhice. Na recordação agradecida fica-lhe como tesouro interior o belo e bom que viveu, que ninguém lhe pode tirar - nem suas dores e nem sua solidão. Quem tem recordações agradecidas pode desfrutar sua solidão e tem sempre algo por que agradecer, mesmo que não esteja passando bem e doenças o oprimam. Pode agradecer tanta coisa em sua vida passada. Mas é grato também pelo que recebe hoje em dia: que hoje pôde levantar-se, que pode falar hoje com outras pessoas, que o sol brilha, que seus filhos e netos estejam em bom caminho” (GRÜN, 2011, p.90).

Em Paraibuna, 86,36% dos idosos sentem a vida como uma experiência positiva, e 59,09% sentem-se bem em relação ao futuro. Desse modo, o índice de bem-estar espiritual, 109,1, pode representar um fator de proteção para os idosos paraibunenses, em contrapartida ao 1.331º lugar no *ranking* de IDH-M brasileiro.

Índice de bem-estar espiritual do grupo de idosos de São José dos Campos

O Quadro 2 expressa o bem-estar espiritual de idosos residentes em SJC, considerado um município de grande porte, com IDH-M muito alto. As porcentagens de discordância total em relação às questões que se reportam a Deus com conotação negativa se aproximam das porcentagens

verificadas em Paraibuna. A mesma aproximação se repete em relação às questões 2, 6, 12, 16 e 18, que dizem respeito ao bem-estar existencial, em que discordam totalmente 79,41%; 58,82%; 83,82%; 36,76%; e 79,41%, respectivamente. Deve-se ponderar a presença de percentuais reduzidos de respostas, nas questões referentes tanto ao **bem-estar religioso** quanto **existencial** dos idosos dos dois municípios.

Tal analogia pode ser interpretada como uma forte expressão da espiritualidade enquanto ponte para a realização plena da pessoa idosa. Entre os joseenses, 91,18% declararam que sentem a vida como uma experiência positiva e 79,41% têm a sensação de bem-estar a respeito do rumo que suas vidas estão tomando. Em Paraibuna (vide Quadro 2), essa porcentagem ficou em 86,36% e em 72,73%, respectivamente.

Quadro 2: Índice de Bem-estar Espiritual do grupo de idosos de São José dos Campos

Bem-estar Existencial	Ct	Cd	Cp	Dp	Dc	Dt	Total
	1	2	3	4	5	6	
2 Não sei quem sou, de onde vim ou para onde vou.	1	1	7	2	3	54	68
	1,47	1,47	10,29	2,94	4,41	79,41	100%
4 Sinto que a vida é uma experiência positiva.	62	1	1	1	1	2	68
	91,18	1,47	1,47	1,47	1,47	2,94	100%
6 Sinto-me inquieto quanto ao meu futuro.	6	4	9	5	4	40	68
	8,82	5,88	13,24	7,35	5,88	58,82	100%
8 Sinto-me bastante realizado e satisfeito com a vida.	57	6	2	2	1	-	68
	83,82	8,82	2,94	2,94	1,47	-	100%
10 Tenho uma sensação de bem-estar a respeito do rumo que minha vida está tomando.	54	5	7	-	-	2	68
	79,41	7,35	10,29	-	-	2,94	100%
12 Não aprecio muito a vida.	2	1	3	3	2	57	68
	2,94	1,47	4,41	4,41	2,94	83,82	100%
14 Sinto-me bem acerca de meu futuro.	50	6	11	1	-	-	68
	73,53	8,82	16,18	1,47	-	-	100%
16 Sinto que a vida está cheia de conflito e infelicidade.	16	3	12	4	8	25	68
	23,53	4,41	17,65	5,88	11,76	36,76	100%
18 A vida não tem muito sentido.	2	1	4	3	4	54	68
	2,94	1,47	5,88	4,41	5,88	79,41	100%
20 Acredito que existe algum verdadeiro propósito para a minha vida.	63	-	2	1	-	2	68
	92,65	-	2,94	1,47	-	2,94	100%

Em São José dos Campos, o **bem-estar espiritual** pode ser apreendido na seguinte resposta: *Eu escolhi a cidade para morar em 1971. Estava de passagem, quando eu vi a cidade eu resolvi parar. Eu sou mineiro, mas estava no Estado do Rio, aí de lá que eu vim para cá em 71. E vi muitas coisas crescerem nessa cidade e é uma cidade que eu gosto daqui. (...) Eu sou uma pessoa que estudei muito pouco. Tive a oportunidade de trabalhar em boas empresas aqui, inclusive aposentei na GM e acho que aqui é uma cidade que quem não fez a vida foi porque não quis mesmo (JFS-SJC).*

Essas falas e os resultados indicados no Quadro 3 correspondem ao índice de BEE, com 107,4 pontos obtidos em São José dos Campos. Comparados os Quadros 1, 2 e 3 verifica-se uma proximidade significativa entre **os índices de bem-estar espiritual**, entendidos como satisfatórios: geral 108,2 pontos; Paraibuna 109,1 pontos; e São José dos Campos 107,4 pontos.

Análise estatística descritiva do bem-estar espiritual em cada um dos municípios

O presente estudo apresenta a análise estatística descritiva do bem-estar religioso e existencial. Assim, das 134 pessoas idosas residentes nos municípios de Paraibuna e São José dos Campos, se observa, que as médias relativas ao **domínio religioso** em cada município variam pouco: Paraibuna com M=29,076 e em SJC M=30,147. Com relação ao **bem-estar existencial**, ambos os municípios têm média semelhante.

As Tabelas 2 e 3, a seguir, apresentam o nível de bem-estar **religioso e existencial**, respectivamente, dos idosos de Paraibuna e São José dos Campos.

Tabela 2 - Bem-estar Religioso de idosos de Paraibuna e SJC

Município	N	Média	Desvio Padrão
Paraibuna	66	29,076	2,207
São José dos Campos	68	30,147	3,853
Total	134		

Tabela 2: Bem-estar Existencial de idosos de Paraibuna e SJC

Município	N	Média	Desvio Padrão
Paraibuna	66	31,833	4,274
São José dos Campos	68	31,794	3,892
Total	134		

Análise da conotação positiva e negativa do bem-estar espiritual (religioso + existencial) em idosos de Paraibuna e São José dos Campos

O total da EBE refere-se ao resultado da somatória da pontuação das questões. Os *scores* podem variar de 20 a 120. Como se observa na Tabela 4 os resultados obtidos apontam que do conjunto de 134 pessoas idosas, 6,72% obtiveram entre 63 e 89 pontos, indicando o nível bem-estar espiritual **pouco satisfatório**; 41,05% apresentaram bem-estar espiritual **satisfatório**, compreendido entre 90 e 110 pontos, e 52,23% atingiram a pontuação entre 111 e 120 pontos, o nível **muito satisfatório**.

Tabela 3: Bem-estar Espiritual de idosos de Paraibuna e SJC

Por conotação positiva e negativa

EBE	Nível de Satisfação	N	%
63 – 89	Pouco Satisfatório	09	6,72
90 – 110	Satisfatório	55	41,05
111- 120	Muito satisfatório	70	52,23
Total		134	100

Correlação entre o bem-estar espiritual e o índice de desenvolvimento humano do município (idh-m) em idosos de Paraibuna e São José dos Campos

No uso estatístico geral, a correlação se refere à medida da relação entre duas variáveis, embora a correlação não implique em causalidade. Assim, no geral, existem vários coeficientes medindo o grau de correlação, adaptados à natureza dos dados.

A tabela 5 traz a correlação entre EBE e IDH-M de idosos de Paraibuna e São José dos Campos.

Tabela 4: Correlação entre EBE e IDH-M de idosos de Paraibuna e SJC

Variable Y	EBE
Variable X	IDH-M
Sample size	134
Correlation coefficient r	-0,07445
Significance level	P=0,3926
95% Confidence interval for	-0,2410 to 0,09636

Como se observa na Tabela 5 inexistiu correlação entre o bem-estar espiritual (VY) e o IDH-M (VX), uma vez que $P = 0,3926$, portanto menor que 0,7, e o coeficiente de correlação é -0,07445. Que razões ou motivos levaram a **não correlação entre bem-estar espiritual e IDH-M?** Segundo Grün “Muitas pessoas idosas têm coisas importantes para dizer ao mundo, mas a maioria não tem uma plateia que as escute, nem ambiente para dizê-las. Quando as pessoas idosas podem tematizar o que nelas se encontra de real preciosidade, e nisso encontram ouvintes ou espectadores, a nobre arte de seu envelhecimento tem êxito” (GRÜN, 2011, p.11).

Ouvir a pessoa idosa é fundamental, e é um direito que foi respeitado no decorrer deste estudo, BAS- SJC afirma: “Eu *quero agradecer por você ter me ouvido e quem me ouvir que pense que eu não estou falando da boca para fora, mas eu estou falando do coração mesmo, falando a minha opinião, o jeito que eu vi e cresci aqui em São José dos Campos*”.

Foram entrevistados 26 sujeitos nos meses de fevereiro e março, 13 de cada Município, caracterizando a segunda etapa do estudo, com a seguinte questão aberta: ‘Como o município onde o Sr.(a) reside interfere em seu bem-estar espiritual?’ Foram selecionados 20% dos participantes

na perspectiva de aprofundar a compreensão do índice EBE e os respectivos IDH-M.

Cada um dos participantes foi identificado pelas iniciais de seu nome, acrescido de P, quando de Paraibuna. As falas demonstraram que sujeitos estão **satisfeitos** ou **muito satisfeitos** em relação ao seu bem-estar espiritual nos municípios onde residem, como apontam suas falas: *Eu me sinto bem com a minha idade, com a minha vida, com o meu jeito de ser. Sou muito feliz com a idade que tenho. Quando eu completei 50 anos fiquei muito feliz, pois eu vivi meio século, eu questioneei o que fiz de bom nesse meio século... como eu vivi. O que eu fiz para Deus, para melhorar o mundo por onde eu vivi. E sinto-me mais saudável espiritualmente. Tenho uma cabeça muito melhor para eu pensar em Deus. Não tenho mais filho pequeno, então eu posso viver melhor a espiritualidade (MCPE-P).*

O sentimento expresso pela idosa MCPE está permeado de reflexão sobre o envelhecimento e as possibilidades de sentido à existência associada a progressão da idade, podendo trazer realizações pessoais ou religiosas. Nesse sentido, recorre-se a Beauvoir (1990) que afirma: *Para que a velhice não seja uma irrisória paródia de nossa existência anterior, só há uma solução - é continuar a perseguir fins que deem um sentido à nossa vida: (...). Contrariamente ao que aconselham os moralistas, é preciso desejar conservar na última idade paixões fortes o bastante para evitar que façamos um retorno sobre nós mesmos. A vida conserva um valor enquanto atribuímos valor à vida dos outros, através do amor, da amizade, da indignação, da compaixão. Permanecem, então, razões para agir ou para falar (BEAUVOIR, 1990, p.661).*

Essa preocupação com o outro e com a coletividade se expressa na fala de MSL: *Nada que Paraibuna interfira na minha vida espiritual, vivo bem feliz. Participo da igreja, também coopero com as coisas que me pedem da igreja. E assim que vai. Participo do apostolado da oração, da legião de Maria. Sou muito feliz. (...) Nossa... sinto o coração em paz, alegre, porque eu tenho alguém para contar com Ele, que é o nosso Deus. Então é isso que eu sinto (MSL-P).*

O convívio social associado à religiosidade é recorrente: *“Paraibuna é um lugar, onde a gente tem mais paz (...) Aqui tem a igreja do Rosário, de Santo Antônio, a gente sempre está lá e eu estou feliz aqui. O povo é muito irmão da gente (...)” (MRA-P).*

Há na fala do idoso PAFP-P o sentido de identidade construída e usufruída na zona rural entre as pessoas, gerando laços afetivos e relações estáveis com os vizinhos: *Então, a gente veio morar aqui em Paraibuna,*

na área rural, buscando ficar em paz e espiritualidade também, a gente está em contato com a natureza. Os vizinhos sempre chamando para pescar, foi por isso, que a gente veio morar aqui. Temos contato com a natureza, então a gente consegue ligar o aspecto espiritual e foi por isso que a gente veio morar aqui. (PAFP-P)

O idoso PPA (78 anos) compara a tranquilidade de Paraibuna com outros municípios próximos e com São Paulo: *“Espiritual? Eu acho que o município em si não. Na parte, por exemplo, da igreja, nós temos um bom padre. Gosto muito do padre Dimas. Ele releva muita coisa que o município em si não favorece a nós munícipes. Então a gente acaba aceitando, relevando porque se a gente for avaliar do jeito que está hoje, nosso município está deixando muito a desejar. Estou muito contente com a nossa parte religiosa, com os dois padres que nós temos, com minha frequência e pretendo caminhar sempre rumo ao céu. Nós, nessa idade que estamos, temos que pensar bem no nosso futuro, na nossa caminhada espiritual sempre pensando no alto, estar bem com a comunidade, viver bem com a nossa família. Isso interfere bastante no nosso bem-estar no município e na nossa parte religiosa, fazendo com que dê um suporte para o bem-estar. Pretendo viver bastante anos ainda. (...) quem mora na parte rural, não tem condução, o pessoal deixa de frequentar a igreja aos domingos, de ir à missa, por falta de condução e fica sem condição nenhuma de realizar essa parte. É prazeroso para mim, levantar no domingo e ir à igreja, depois vou a feirinha, encontrar com os amigos, em primeiro lugar tem que ser assim” (BSCC-P).*

Apesar de a maioria da população residir na zona rural, não há transporte público e nem previsão de gratuidade para os idosos dos bairros distantes, dificultando o acesso a bens e serviços e também ao exercício de sua opção religiosa.

O transporte gratuito é direito garantido para idosos a partir de 60 anos em São José dos Campos, pela Lei Municipal nº 6.958, de 22 de dezembro de 2005, referente à Política Municipal do Idoso (PMI), conforme as falas a seguir: CFP-SJC: *“De um modo geral, eu gosto muito de São José dos Campos. A gente tem mobilidade, tem aí o ônibus que oferece passagem gratuita para os idosos (...)”*. EC-SJC: *Eu acho que São José dos Campos tem propiciado bastante oportunidade para o idoso, na Casa do Idoso, no atendimento prioritário em vários locais, na concessão do ônibus e na gratuidade. Tudo isso ajuda a elevar a autoestima e a confiança do cidadão... Acaba interferindo também no espiritual, porque se você está feliz no cotidiano, naturalmente o espiritual também vai bem.*

Cabe aqui mencionar uma afirmação de Zygmunt Bauman: “A qualidade humana da sociedade deveria ser medida pela qualidade de vida de seus membros mais fracos” (2008, p.105). Eis uma grande verdade e desafio: quanto menos favorecido for o outro, maior deve ser a responsabilidade pessoal e o compromisso ético-profissional na perspectiva de que políticas públicas sejam efetivamente implantadas em todo o território nacional, como o direito ao transporte citado pelos idosos, por exemplo.

O que é realidade em São José dos Campos, que tem PMI, também deveria ser em Paraibuna⁷. Trata-se de um desafio instalado no cotidiano de um País constituído por realidades complexas, bem como um contingente populacional que cresceu significativamente ao longo dos anos, inclusive a população idosa, e que apresenta diversidades e particularidades locais que devem ser consideradas.

Apesar da precariedade de políticas públicas e embora o IDH-M de Paraibuna seja considerado alto, a idosa residente nesse município pondera: *“Não interfere negativo em nada, tudo é positivo porque Paraibuna é lindo, maravilhoso, gostoso de morar. Eu moro na beira do Rio Paraíba, quer coisa melhor que isso? E pesco bastante”* (MC-P). A idosa MC-P, de 73 anos, conclui em relação a sua espiritualidade: *“É maravilhosa, estou bem com Deus. (...) não participo de nada a não ser da missa aos sábados, mas se precisar de mim, estou pronta para qualquer coisa, basta alguém precisar”*. O idoso NCP-P, de 70 anos, declara: *Para mim, Paraibuna é a minha casa. Morei em São Paulo, mas voltei porque aquele letreirinho que tem ali me chama, eu adoro aquilo lá, sinceramente. Eu falei para a minha mulher que ia voltar para Paraibuna só por causa daquele letreiro no portão do cemitério. (...) “Nós que aqui estamos, por vós esperamos”. (...) é uma realidade, as pessoas estão lá... nós estamos aqui fora e elas estão esperando por nós. Ele completa: “(...) É uma terra que todo mundo se conhece, é uma família. Aqui você não pode falar mal de ninguém, pois todo mundo é parente. Tinha que colocar outra placa dizendo que Paraibuna é a cidade que ampara todo mundo. Aqui só tem família”*.

No que diz respeito à espiritualidade, em SJC foram obtidas a seguinte resposta: *Eu escolhi a cidade para morar em 1971. Estava de*

⁷ Paraibuna dista de São José dos Campos aproximadamente 30 km. Acesso pela Rodovia dos Tamoios (SP-99).

passagem, quando eu vi a cidade, eu resolvi parar. Eu sou mineiro, mas estava no Estado do Rio, aí de lá que eu vim para cá em 71. E vi muitas coisas crescerem nessa cidade e é uma cidade que eu gosto daqui. (...) Eu só tenho a agradecer à São José, que é nosso patrono espiritual. (...) Eu sou vicentino, sou do Conselho Coração de Maria, que é do Bosque dos Eucaliptos. A gente tem reunião toda terça feira, à noite. A gente contribui, faz campanha do quilo, faz visita para os assistidos. Também não deixo de ir à missa aos domingos, isso aí para mim é muito importante (JFS-SJC).

Apesar do catolicismo ter sido decorrente de uma herança do processo histórico de colonização do País, observa-se a diversidade de outros grupos religiosos, como é o caso do idoso CR (61 anos) -SJC: *Eu sou evangélico...Eu vim para cá em 1962. Contribuiu e está contribuindo. No caso eu tive meio doentio, pois eu procurei mais o emprego, a parte física e abandonei a parte espiritual e nisso de ficar parado na parte espiritual adveio a doença. Então através do meu esforço, da minha fé, eu pude me recuperar. (...) uma coisa precisa da outra. Uma parte precisa da outra. A palavra de Deus, diz no versículo escrito que a gente não pode deixar a mente vazia, você tem sempre que ocupar a mente.*

Os idosos BAS-SJC e FCA-SJC ponderam: *São José dos Campos é uma cidade que aceita tanto as pessoas evangélicas como as católicas. Nós somos da igreja católica e teve o cerco de Jericó ali no Vale Sul, então foi uma coisa aberta, muito lotada, muito cheia de gente. (...) São José dos Campos hoje é bonito, cresceu bastante, é porque em primeiro lugar tem Deus, tem fé (BAS-SJC). Vou falar primeiro do social que não está fazendo a pergunta, mas eu tenho que dizer que é muito bom. SJC é uma cidade muito boa que interfere no sentido positivo. Espiritual, quero deixar bem claro que não sou contra nenhuma religião. Os meus amigos, tenho vários amigos, são de vários tipos de religião, espírita, macumbeiro, católico... eu sou evangélico (FCA-SJC).*

O cotidiano, o envolvimento e a participação religiosa “(...) *Acaba interferindo também no espiritual, porque se você está feliz no cotidiano, naturalmente o espiritual também vai bem*” (EC-SJC).

Roberto Patrus (2012) alerta sobre a ingenuidade do ser humano que pensa somente em si e desconhece a importância do bem-estar do outro. Para ele, “[...] A atuação do sujeito no mundo repercute no ambiente social em que vive.” (2012, p.81). Assim, para se viver bem, é preciso dar atenção e cuidado ao ambiente e às relações estabelecidas com os outros.

Esse pensamento parece ter sido tarefa de casa e de vida de idosos entrevistados: TSN-SJC - *“Então, o meu bem-estar espiritual é muito bom,*

pois eu participo da igreja, eu sou católica. A minha padroeira é a Nossa Senhora da Aparecida, lá no Parque Interlagos e é muito bom". SAP-SJC: (...) eu me sinto mais tranquilo, com mais liberdade, a vida para mim aqui é diferente, o ar é diferente, as pessoas são diferentes para mim aqui. Eu me sinto mais seguro do que na cidade, então aqui para mim mudou bastante. Assino e provo que eu me senti bem, sim. (...) eu tive depressão e aqui eu senti que mudou bastante a minha cabeça. Nem sozinho eu ficava. Aqui eu consigo ficar, graças a Deus. (...) a gente sente mais aberto com as pessoas, mais acolhido e foi isso que me ajudou bastante: o acolhimento. Eu sou católica. JCS-P: Mas eu estou meio parada, por causa de um problema de coluna. Eu vou à missa duas vezes por semana, vou na reunião da CEBs. (...) depende muito da gente também. Depende, pois é a gente que tem que fazer as coisas. Eu quando cheguei aqui, fiquei muito parada, por exemplo, pois não conhecia muita gente, não tinha ninguém para sair comigo (...).

Nas falas de JCS-P, 65 anos, e de SAP-SJC, 75 anos, percebe-se a participação nos ambientes em que vivem e o empenho para estabelecer contato com outras pessoas, apesar de problemas com saúde relatados. Isso é definido por Patrus como gentileza urbana, pois ao cuidar do bem coletivo a pessoa está cuidando de si: “[...] Quem de fato busca a própria realização reconhece que a cooperação comunitária é o caminho mais prático para alcançá-la” (2012, p. 84). O autor ainda acrescenta: “Nem individualismo nem coletivismo. A realização humana é sempre uma experiência individual, experimentada pelo sujeito. O bem-estar coletivo será sempre a expressão dos elementos que compõem o grupo” (PATRUS, 2012, p.85).

O bem-estar coletivo, a satisfação espiritual e física também é apreendida em idosos recém-chegados aos municípios. É o caso da idosa ASA-SJC, de 84 anos: *Olha, eu estou muito feliz de estar aqui em São José dos Campos. Estou há quatro meses morando aqui e estou frequentando a Casa do Idoso. Estou gostando demais, já melhorei muito a minha saúde aqui na Casa do Idoso. O meu espiritual está ótimo. Vou à igreja, todo domingo vou a missa. A minha vida particular, assim de médicos de atendimento, está ótima, me tratando bem aqui nessa região mesmo, que é do Bosque, tem os médicos ótimos. Estou muito feliz de estar morando em São José dos Campos.*

Um ponto de luz se destaca na fala dos idosos tanto de Paraibuna quanto de SJC se refere à importância atribuída a família: “(...) Sinto-me bem. Com relação a Igreja estou assim meio devagar, porque tirei dois anos para cuidar das minhas duas bisnetas, pois uma delas está

estudando” (MHFS-P). Já TSN-SJC fala: Eu sou da beira da praia, eu morei 36 anos em Ubatuba, depois os meus filhos cresceram, e lá não tem campo de serviço (...). Aí nós mudamos para cá e foi muito bom, graças a Deus. Tem 30 anos que moro aqui, vim em 1983, os meus filhos todos acabaram de crescer, casaram, tudo aqui. Está bom aqui, graças a Deus. A idosa BAS-SJC complementa: “(...) quando nós conseguirmos penetrar dentro da família, com a fé em Deus e a parte espiritual mais aprofundada, mais afetiva, o mundo vai ficar melhor”. O NCP-P cita: “(...) É uma terra que todo mundo se conhece, é uma família. Aqui você não pode falar mal de ninguém, pois todo mundo é parente. Tinha que colocar outra placa dizendo que Paraibuna é a cidade que ampara todo mundo. Aqui só tem família”.

O relacionamento conjugal na velhice aflora com sutileza: *“É muito melhor, sabe, a gente levanta, um fala bom dia para o outro. Às 18h nós fazemos a nossa oração, o nosso agradecimento, então tem aquele momento de agradecimento, coisa que nunca tivemos (AOC-P).*

A falta de atenção de familiares também é sentida pelos idosos e a compreensão surge imediatamente frente à modernização da sociedade e a constituição de nova família após o casamento dos filhos: *“(...) eu tenho dois filhos, um casado e outro solteiro, mas eles têm a vida deles. (...) cada um tem o seu tempo, trabalha, eu não posso exigir nada deles. Mas agora está tudo bem” (SAP-SJC).*

A viuvez, realidade vivida por 34,33% dos sujeitos partícipes, veio à tona em alguns relatos: *Aqui em moro com a minha filha, pois o meu marido faleceu, tem três anos. Eu tive uma convivência de 57 anos, então depois que ele faleceu, eu me senti muito triste morando sozinha. Eu tenho uma filha lá no Rio, capital, e outra aqui. Aí eu vim para a daqui, porque aqui é uma cidade mais sossegada para eu viver do que no Rio de Janeiro. (...) Parei de chorar... foram muitos anos de convivência. Estou feliz, lá uma vez ou outra, quando eu pego alguma coisa que ele usava ou gostava é que eu me lembro, mas não choro (ASA-SJC).*

O relato da viúva ASA (84 anos), que conviveu por 57 anos com seu marido, demonstra que, no seu caso, o apoio das filhas e a mudança de local de moradia estão contribuindo para a resiliência vivenciada. Neste sentido, Grün reflete: *“Quando falece um dos esposos, após longos anos de convivência, o outro entra muitas vezes em depressão. O chão sobre o qual pisava até agora desaparece debaixo de seus pés. É abalado em sua identidade e ele mesmo não se entende mais. Até agora estava referido em todo seu pensar ao que faleceu e agora está sozinho; já não sabe quem ele na verdade é, pois todo o apoio que lhe dava o (a) falecido (a) lhe foi*

tirado e agora se sente sem força, sem consolo e depressivo” (GRÜN, 2011, p.94).

A depressão, variável de pessoa para pessoa, pode ser superada ou controlada com o apego à espiritualidade e/ou uso de medicação, podendo possibilitar a resignificação da vida. A idosa ALM também viúva, declara: “(...) *Fiquei viúva, mas ele me deixou amparada, tenho a minha casinha, então para mim está tudo joia*” (ALM-SJC).

A vida pode ser comparada a um carretel de linha sendo desenrolado: qual a quantidade de linha ainda existente? Pensa-se nisso? Os relatos verificados expressam maturidade na medida em que as descobertas e os desafios vão sendo desvelados, e peculiarmente desenrolados e superados. Para tanto, a relevância da espiritualidade no envelhecimento independentemente de onde os idosos residem é perceptível.

Há uma busca e preocupação pessoal quanto ao entendimento de temáticas relacionadas à vida, ao relacionamento familiar, ao convívio social, ao transcendente, enfim, ao sagrado expresso em suas diversas dimensões, podendo ou não estar atrelado a uma prática religiosa. No estudo em pauta, verificou-se a prática religiosa como um denominador comum para o alcance do bem-estar espiritual da pessoa idosa. Cabe aqui uma afirmação de Monteiro: “Caminhamos para uma nova realidade, um país com grande número de pessoas acima de 60 anos de idade. Por isso está na hora de construirmos novas lentes, com a finalidade de examinar antigas crenças a respeito do envelhecer. Sem resignificar crenças podemos cair no abismo da melancolia da velhice, no sofrimento da repressão ao prazer, na solidão dos quartos dos fundos, na limitação da expressão da vida, na doença destrutiva do corpo, na ruína de uma morte indigna” (MONTEIRO, 2008, p. 13).

Nesse contexto brasileiro a Gerontologia deve ser entendida como um espaço privilegiado de trabalho, com histórias de vida, que levam à compreensão da tecedura humana, num processo indissociável e dinâmico: viver e morrer. O caminho é árduo e pedregoso, como analisado por Melo (2012): A sociedade alimenta a ideia de que a velhice é um mal, uma doença acompanhada de sofrimento e isolamento, mas é apenas mais uma etapa da vida, que precisa e deve ainda ser vivida, bem vivida. Pensar no futuro e imaginar a velhice é resignificar o sentido da vida, é preparar-se para uma velhice saudável e com qualidade, questionando e considerando as possibilidades sem desconsiderar as fragilidades (MELO, 2012, p. 72).

O município de Paraibuna, com IDH-M alto, tem cinco idosos concentrados na faixa entre 90 e 100 de EBE; 52 idosos entre 101 até 119 pontos; seis idosos com BEE=120 pontos; e três se encontram abaixo de 90 pontos, sendo que um deles apresenta índice em torno de 65 pontos. Em São José dos Campos, com IDH-M = 0,807, muito alto, há três idosos que alcançaram BEE = 90; seis com BEE = < 90; 47 idosos > 95; e 12 idosos com BEE =120 pontos.

EBE

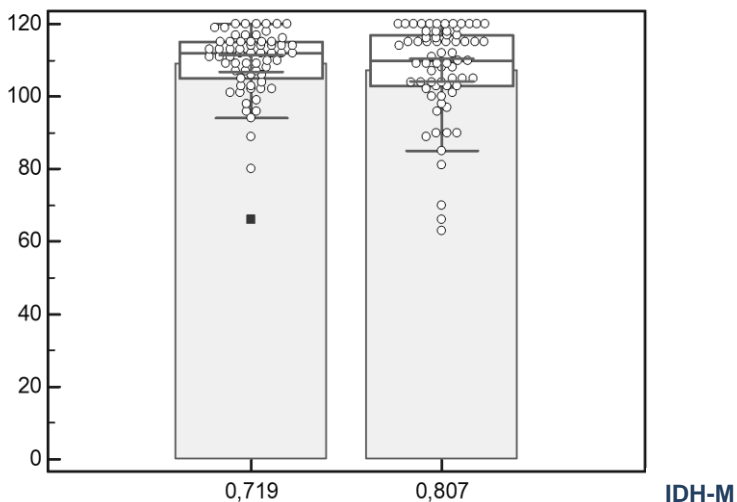


Figura 2: Correlação entre EBE (conotação positiva e negativa) e IDH-M de idosos de Paraibuna e SJC (2)

As Figuras 1 e 2 tratam da mesma explicação estatística. Na Figura 2 se observa a concentração dos idosos na relação entre **EBE X IDH-M**, como é o caso de Paraibuna, que tem somente um idoso com índice menor que 65 pontos. No Brasil, cenários semelhantes tem sido objeto de estudo em diversas áreas, como a Sociologia, Assistência Social, Psicologia e Medicina que, ainda de modo incipiente, tem se interessado pelo bem-estar espiritual da pessoa idosa. Cardoso e Ferreira (2009) apontam essa tendência: “[...] a religiosidade tem se destacado como uma

variável capaz de contribuir para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos, seja por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece” (CARDOSO e FERREIRA, 2009, p.383).

A partir do pressuposto que a religiosidade depende do quanto um indivíduo aceita e segue uma religião, organizacional ou não-organizacional⁸, o que se verifica, via de regra, é o fato de que “as necessidades espirituais crescem de significado à medida que se aproxima a finitude” (LUCCHETTI *et al*, 2011, p.164).

Essa afirmativa, quanto à estreita relação entre espiritualidade, que não é exclusividade das religiões, e finitude, é uma realidade compartilhada e sólida entre os partícipes desse estudo: *Eu tenho muita fé, eu acredito que tudo pode mudar desde que a gente tenha fé. Pensamento positivo, a gente tem uma convicção de que Deus está no comando de tudo (CFP-SJC). ZMSS-SJC: (...) Você tendo a fé em Deus depois tudo é consequência, quando você crê em Deus nada te abala, eu acho assim. CR-SJC: (...) através da oração, dos cânticos, eu procuro estar sempre perto de Deus, da palavra...pois a palavra alimenta nossa alma. MCPE-P:(...) carnaval, outras brincadeiras eu não gosto muito não. Gosto de coisas que tem haver com Deus, com a minha fé. É isso que eu sint. MSL-P: (...) sinto o coração em paz, alegre, porque eu tenho alguém para contar com Ele, oque é o nosso Deus.*

A fala de BAS-SJC é contundente quando o tema é espiritualidade: *“Ninguém abre as portas para a gente quando se pede uma casa pra fazer oração, por exemplo. Ninguém pode, ninguém tem tempo...mas aquela resposta que diz “não posso” é a mesma coisa que dizer “não quero”. E acrescenta, com firmeza: (...) a família hoje está abandonada, muita falta de Deus, hoje a maioria das pessoas que leva as crianças para ouvir falar de Deus, são os avós. Os pais nunca têm tempo!*

Diante desses depoimentos se reporta a Monteiro que afirma: [...] “quanto mais velho maior a bagagem; porém, somente os mais sábios carregam aquilo que precisam, são despojados com relação à própria mochila do conhecimento, podendo se livrar dela a qualquer momento,

⁸ *Organizacional: participação em instituições religiosas e engajamento em movimentos afins; não-organizacional: leitura de literatura religiosa, verificar programas e atividades religiosos na mídia, meditação individual ou em grupos informais.*

sem receio de perder alguma coisa. Nenhum sábio carregaria peso ao subir a montanha da existência” (MONTEIRO, 2008, p.110). Parafraseando o autor, o grau de bem-estar espiritual da pessoa idosa se expressa pela leveza com que se defronta com a finitude, bem como com a busca e a certeza do que interpreta ser Deus. Como manter? Como melhorar essa direção? Este estudo demonstrou que a bússola do bem-estar espiritual na velhice não guarda correlação com o IDH-M dos municípios em questão.

A Tabela 6 apresenta a média aritmética da EBE (conotação positiva e negativa) e desvio padrão de idosos de Paraibuna e SJC.

Tabela 5: Média aritmética da EBE (conotação positiva e negativa) e desvio padrão de idosos de Paraibuna e SJC

Variable	EBE
Sample size	134
Lowest value	<u>63,0000</u>
Highest value	<u>120,0000</u>
Arithmetic mean	108,1940
Median	111,0000
Standard deviation	11,5104
Coefficient of Skewness	-1,7695 (P<0,0001)
Coefficient of Kurtosis	3,8317 (P<0,0001)

Para reforçar o que já foi apresentado, agora usando o *software Medicalc*, a média aritmética do índice EBE-conotação positiva e negativa é de 108,19, e a mediana de 111; com assimetria negativa de -1,7695. O coeficiente de curtose que é usado para medir o achatamento de uma curva baseia-se nos momentos de distribuição. Neste estudo, o coeficiente foi de 3,8317. Não foi possível produzir um modelo, e por essa razão não se realizou a predição de valores tomados por uma variável categórica. São inexistentes as associações estatísticas entre o nível da EBE e as variáveis: gênero, faixa etária, estado civil, renda e ocupação.

Marialzira Perestrello pondera: “Uma queixa comum em pessoas idosas é: “as horas sobram... não tenho o que fazer”. Comigo ocorre o oposto: falta-me tempo para realizar tudo que ainda desejo. Em poucas épocas estive tão criativa, ocupada e produzi tanto, como nos últimos anos e, sobretudo, após os 80 anos” (PERESTRELLO, 2012, p.149).

E conclui com a seguinte reflexão: “[...] O grande passado já se foi, o futuro é objetivamente curto, mas o presente existe e deve ser aproveitado para satisfações próprias e para sermos úteis aos outros - enquanto possível. (...) Afinal, o envelhecer é uma fase nesse processo incessante, nesse evoluir constante que é o *viver!* Caminho para o crepúsculo, o ocidente da vida, para o desaparecer. Mas *enquanto estou viva, eu vivo*” (PERESTRELLO, 2012, 153-154).

O envelhecimento não é uma doença e nem ocorre do dia para a noite. Envelhecer significa, dentre outras coisas, vivenciar um verdadeiro e dinâmico processo de aceitação de mudanças internas e externas no corpo e na alma. É sair de fato e continuamente do casulo, como define Monteiro: “Envelhecer é passar por múltiplas mudanças em vários níveis. Todo corpo tem seu fim nele mesmo, sua definição. Sendo assim, a transformação (ir além da forma) nos propicia o estado de individuação. Indivíduo é aquele que não se divide, ser íntegro na forma de si mesmo. Por que então temer o envelhecimento? Existe a história de uma borboleta que ao sair do casulo, com asas coloridas e capacidade de liberdade, olha para trás e para si, dizendo: “Eu me transformei nisso”. Tudo é consciência, você pode aceitar a transformação e estar consciente de que ela te levará a um só lugar: a integridade. Ou tentar resistir, tentar retornar ao casulo, e sofrer” (MONTEIRO, 2008, p.51).

O bem-estar espiritual de uma pessoa idosa pode significar uma contribuição para o não retorno ao casulo. Isso pode ser constatado na minimização da dor física, na redução de tendência ao isolamento, e na superação de perdas; no combate à depressão e, sobremaneira, na busca de convívio familiar, comunitário e social. É opção pessoal e intransferível, e obviamente varia de pessoa para pessoa.

Cada um envelhece ao seu modo e ao seu tempo, não podendo ser comparado com outras pessoas na organização de sua trajetória e de sua bagagem histórica. Seus pensamentos, crenças, sentimentos, lembranças e objetos biográficos, e não cacarecos, são carregados ao longo da vida, devendo assim, serem respeitados. Mas será que o bem-estar espiritual depende da contextualização onde a pessoa idosa está inserida? Depende do IDH-M onde ela reside?

Guimarães e Jannuzzi tecem uma explicação pertinente em relação ao IDH: “[...] “é um índice que busca mensurar o nível de desenvolvimento de um país da perspectiva mais ampla do que a simples relação entre o produto interno bruto e a população. Para tanto, incorpora as dimensões longevidade e educação, combinadas mediante um procedimento aritmético simples” (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005, p.75).

Apesar de ser considerado um índice reconhecido mundialmente, os autores completam: “Outro conjunto de limitações vinculado ao IDH relaciona-se ao fato de que o processo de medição do desenvolvimento humano é baseado em grandes médias nacionais que terminam por ocultar as disparidades existentes no interior de cada país. Ainda que a desigualdade possa ser considerável entre os indicadores educacionais e de saúde (no caso, a esperança de vida), é na distribuição de renda que ela se manifesta de forma mais contundente” (GUIMARÃES; JANNUZZI, 2005, p.79).

Consideradas essas ponderações, e resguardadas as devidas adaptações e proporções para o âmbito municipal (IDH-M), aponta-se que os idosos partícipes do presente estudo não associaram diretamente o município de moradia como um fator de interferência em seu bem-estar espiritual. Os pontos destacados se referem à possibilidade de socialização, de estabelecimento de vínculos com amigos e familiares, e à liberdade de expressão de sua religiosidade, não necessariamente associada à religião, como já verificado.

Ainda em relação ao IDH-M, cabe à observação de que neste estudo foi utilizado o geral. Não houve a intenção de fazer análise de dimensões específicas e isoladamente, como a educação, economia e a desigualdade na distribuição de renda, ou a longevidade, por exemplo. Talvez tais dimensões isoladas pudessem significar aferição de pontuação diferenciada ou com disparidades em relação a EBE.

Vale mencionar o que Guimarães e Jannuzzi (2005) detalham, quanto à adaptação do IDH da escala nacional para o IDH-M, escala municipal: “O IDH-M é uma versão, para os municípios, do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvida, metodologicamente, pela Fundação João Pinheiro e pelo Ipea para o estudo pioneiro sobre o desenvolvimento humano nos municípios mineiros em 1996.

O que se verifica é que o IDH-M das cidades em foco **não interferiu na concepção e expressão da espiritualidade da pessoa idosa**. A proximidade verificada na EBE foi significativa: Paraibuna (109,1 pontos) e São José dos Campos (107,4 pontos). Esses índices ecoaram diferentemente nas falas dos idosos, conforme se verifica a seguir.

Os idosos CR e FCA, de São José dos Campos, e PAFP e MCPE, de Paraibuna, apresentaram em suas falas parecer favorável em relação à interferência desses Municípios em seu bem-estar espiritual, no entanto a idosa MEF-SJC, de 70 anos, declarou não sentir tanta interferência favorável: *“Eu acho que assim, não interfere muito porque a gente tem muita liberdade, tem coisas para fazer, para frequentar. Eu acho que tem*

bastante opção para a gente que é idoso, então acho assim, que não interfere muito” (MEF-SJC).

Em Paraibuna, ocorreram opiniões semelhantes: JFF-P: *Em minha opinião, não interfere nada. Para mim todos são um só. Não tem como dizer que um está certo e outro está errado. Não interfere nada, cada um faz conforme Deus ajuda.* YMF-P: *Para mim, não interfere em nada. Nem para o bem, nem para o mal. Do jeito que está, está muito bom. Morava nas bandas de Jacareí, depois mudei para cá).*

O idoso PPA-P, 78 anos, residente em Paraibuna, reflete sobre sua experiência de vida e pondera que o bem-estar espiritual está ligado ao sentimento de pertencimento e proteção das pessoas, e que isso depende em parte do Município em que vivem: *Acho que tem que gostar do lugar que você vive, é o que está valendo. Vivo em Paraibuna, mas se mudar para outro lugar é lá é que vai valer. Então onde você vive, você tem que viver bem. Gosto daqui. Nasci aqui em Paraibuna, é a minha terra, mas se eu sofresse aqui eu procurava outra terra.*

Nessas opiniões percebe-se uma subjetividade que não necessariamente se associa ao município de moradia e nem ao seu IDH-M.

Considerações Finais

O bem-estar da pessoa idosa residente em Paraibuna e em SJC tem relação com o meio ambiente desses municípios e com seus índices diferenciados de IDH-M? Essa dúvida, orientada pela hipótese de que o bem-estar espiritual não depende do meio ambiente e nem do IDH-M, mas sim da subjetividade do idoso, foi investigada nesta monografia.

São José dos Campos tem um extenso comércio, prestação de serviços, grandes empresas e diversas instituições de ensino superior que se destacam em âmbito nacional. É também sede de um grande polo tecnológico, referência para o País e para a América Latina. A efetivação da tecnologia de ponta tem influenciado diretamente no perfil e na qualidade de vida dos habitantes, que tem vida mais individualizada e relacionamento social mais orgânico.

Essa não é a realidade de Paraibuna, que tem um reduzido número de empresas, nenhuma instituição de ensino superior, e 70% da população vivendo em área rural. Assim, a tecnologia existente em SJC, com aproximadamente 700 mil habitantes, convive com a proximidade de municípios como Paraibuna, com ritmo de vida desacelerado, que propicia a relação e o conhecimento entre seus quase 13 mil habitantes.

Apesar dessas diferenças contextuais, tanto em São José dos Campos quanto em Paraíba o bem-estar espiritual da pessoa idosa demonstrou-se satisfatório, com 107,4 pontos e 109,1 pontos, respectivamente, sem correlação com o IDH-M, o que foi observado pelos estudos estatísticos aqui apresentados, conforme Tabela 5, em que $P = 0,3926$, menor que 0,7 e coeficiente de correlação $-0,07445$.

Considerado o universo analisado, a hipótese foi orientadora quanto à conexão existente entre bem-estar espiritual e a subjetividade dos idosos, tendo como um de seus indicadores a relevância atribuída ao convívio familiar e comunitário.

Desse modo, as comunidades de idosos de SJC e de Paraíba, a partir deste estudo, podem usufruir e reivindicar melhorias nas políticas públicas voltadas a esse público-alvo. Foi notório, por exemplo, nas entrevistas e conversas paralelas a falta de transporte coletivo, bem como sua gratuidade para pessoas idosas (a partir de 60 anos) de Paraíba, principalmente na área rural, o que dificulta a expressão e o acesso ao desenvolvimento de seu bem-estar, de modo especial, o espiritual.

Aponta-se ser conveniente, em futuros estudos, o uso de IDH-M específico para verificar se pode interferir de forma pontual no nível de bem-estar espiritual. Seria também interessante verificar a possibilidade de pontos comuns ou divergentes entre moradores da zona rural e da zona urbana, que não foram focados neste cenário.

Espera-se que este estudo sirva como aporte e contribuição para o despertar acadêmico e profissional no trato de questões referentes ao bem-estar espiritual da pessoa idosa, pois sabe-se que a abordagem desse tema ainda é vista e tida como secundária, e até certo ponto ignorada por muitos profissionais das diversas áreas.

Deve-se continuar o investimento em novos estudos sobre o envelhecimento, IDH-M, e bem-estar espiritual da pessoa idosa, entendendo essa tríade como um terreno fértil e oportuno.

Os resultados colhidos podem servir como referencial de análise e discussão para o aprofundamento de indicadores referentes ao bem-estar, de modo mais específico ao espiritual, e de como lidar com esse aspecto relevante na velhice.

Por fim, constatou-se que esse garimpo é bastante extenso e traz muitos pontos de luz a serem explorados: qual o ponto de luz mais brilhante? Por onde começar? Conclui-se que o estudo em questão soma-se aos verificados na revisão de literatura, podendo servir como instigador para novas e constantes explorações do bem-estar espiritual na velhice.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edelves Alves de *et al.* Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira - MG. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.13. n.3. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 jul.2012.

ALMEIDA, Priscila Monteiro de; MOCHEL, Elba Gomide; OLIVEIRA, Maria do Socorro Silva. O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. **Revista Kairós Gerontologia**, n.13. São Paulo, mar 2011. Disponível em:

<<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5369>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

AMARO, Ana; PÓVOA, Andreia; MACEDO, Lúcia. **Metodologias de Investigação em Educação**. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. Disponível em:

<<http://www.jcpaiva.net/getfile.php?cwd=ensino/cadeiras/metodol/20042005/894dc/f94c1&f=a9308>> . Acesso em 14 ago. 2012

Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em:

<<http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=liAtlas2003>>. Acesso em 23 jun. 2012.

_____. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em 20 jun.2014.

BAUMAN, Zygmunt. **A Sociedade Individualizada**: Vidas contadas e histórias vividas. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editora, 2008.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BÍBLIA Sagrada 39. ed. Editora Ave Maria. São Paulo, 1982.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. Brasília, DF, 1988.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Assistência Social**, nº 8.742, de 07 de setembro de 1993. Brasília, DF, 1993.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional do Idoso. **Política Nacional do Idoso**: texto da Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Brasília, DF, 1994.

_____. Presidência da República. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social. PNAS**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério de Estado da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS n. 145, de 15 de outubro de 2004**.

CARDOSO, Myrian Cristina da Silva; FERREIRA, Maria Cristina. Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo em Idosos. **Revista Psicol. Ciênc. e Prof.** v.29 n.2. Brasília, jun 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932009000200013&script=sci_arttext. Acesso em: 21 ago. 2012.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas**. Ciência & Saúde Coletiva, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004>. Acesso em 11 set. 2012.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa de informações básicas municipais**. Perfil dos Municípios Brasileiros. Assistência Social - 2009. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome. **As entidades de assistência social privadas sem fins lucrativos no Brasil** - Peas 2006. Rio de Janeiro, 2007.

GOUVEIA, Maria J; PAIS RIBEIRO, José; MARQUES, Marta. **Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual: resultados**

psicométricos preliminares. In: I.Leal, J. Pais-Ribeiro, I.Silva & S. Marques (Edts). Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa, s/data. Disponível em:< https://docs.google.com/file/d/0b1yg_axv6f-fotm3mzkznzitm2ezny00ztg3ltg1mzctoguymtm3ywzizmyz/edit?hl=pt_&pli=1> Acesso: 14 ago. 2012.

GRÜN, Anselm. **A Sublime Arte de Envelhecer.** 2 ed. Petrópolis, RJ:Vozes, 2011.

GUIMARÃES, José Ribeiro Soares; JANNUZZI, Paulo de Martino. IDH, indicadores sintéticos e suas aplicações em Políticas Públicas: uma análise crítica. **R.B. Estudos Urbanos e Regionais.** V.7, n. 1. maio, 2005. Disponível em: <<http://anpur.org.br/revista/rbeur/index.php/rbeur/article/viewFile/136/120>>. Acesso em mar. 2014.

JACCOUD, Luciana de Barros. **Política pública e oferta privada: um desafio para a consolidação da política nacional de assistência social.** In. STUCHI, Carolina Gabas *et al.* Assistência social e filantropia. Novo marco regulatório e o cenário contemporâneo de tensões entre o público e o privado. São Paulo: Giz Editorial, 2010.

JARDIM, Viviane Cristina Fonseca da Silva; MEDEIROS, Bartolomeu Figueiroa de; BRITO, Ana Maria de. Um olhar sobre o processo de envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Geriatria e Gerontologia.** v. 9, n. 2, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2012.

JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tania; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista Saúde Pública,** v.41, n.1. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 09 jun. 2012.

LUCCHETTI, Giancarlo. *et al.* O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Bras. Geriatr. Gerontol.** v.14, n.1, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100016&script=sci_arttext>. Acesso em 06 jan.2014.

MARQUES, Luciana Fernandes. A Saúde e o Bem-Estar Espiritual em Adultos Porto-Alegrenses. **Psicologia, Ciência e Profissão,** v.23, n.2,

Brasília, jun 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932003000200009&script=sci_arttext>. Acesso em 06 jan.2014.

_____. Luciana Fernandes; SARRIERA, Jorge Castellá; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Adaptação e Validação da Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE). Avaliação Psicológica**, 2009. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200004>. Acesso em 21 ago. 2012.

MARTINS, Cíntia Ribeiro. *et al.* **Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas**. Estud. Interdiscip. Envelhec. v. 11, Porto Alegre, 2007. Disponível em:
<<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4817/2715>>. Acesso em 24 jul 2012.

MELO, Adelina de Melo. **MEIA-IDADE: o vivido e o imaginário sobre a Velhice**. Monografia (Especialização) - Univap, São José dos Campos, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MONTEIRO, Pedro Paulo. **Envelhecer ou morrer, eis a questão**. Belo Horizonte, MG: Gutenberg Editora, 2008.

PARAIBUNA. **Lei Orgânica do Município de Paraibuna**, de 02 de abril de 1990.

PATRUS, Roberto. **Ética e felicidade: a aceitação da verdade como caminho para encontrar o sentido da vida**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

PERESTRELLO, Marialzira. **Da criatividade no envelhecer**. In. RIBEIRO, Lucia. (org.) Um outro envelhecer é possível. Aparecida, SP: Ideias&Letras, 2012.

RIBEIRO, Lucia. (org.) **Um outro envelhecer é possível**. Aparecida: Ideias&Letras, 2012.

SANTOS, Flávia Heloísa dos; ANDRADE, Vivian Maria; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, v.14, n.1, Maringá, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2012.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. *et al.* Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n.6, Ribeirão Preto, nov/dez 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a2.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2012.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. **Política Municipal do Idoso**. Lei Municipal nº 6.958 de 22 de dezembro de 2005.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Ana Lucia de Souza Barros. **Assistência social: dever ou opção do Estado?** Considerações sobre a celebração de convênios com entidades sociais do município de São José dos Campos. Monografia (Especialização) - Unitau, Taubaté, 2002.

SILVA, Antônio Itamar da; ALVES, Vicente Paulo. **Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. Diálogos Possíveis**, jan/jun 2007. Disponível em: <<http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/14.pdf>>. Acesso em 28 ago. 2012.

SOARES, Luiz Laerte. **Transformações urbanas em São José dos Campos no período do Estado Novo**. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano e Regional) - Univap, São José dos Campos, 2007.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; ARAÚJO, Michelle Oliveira; DIAS, Flavia Aparecida. **Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de Uberaba - MG**. *Cienc. Cuid. Saúde*, jan/mar 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9897>. Acesso em 29 jul. 2012.

The WHOQOL Group. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. *Soc Sci Med* 1995; 41. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>> Acesso em 28 ago.2012.

Sites consultados

BRASÍLIA. **Assistência Social**. <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas>
Acesso em: 11 set. 2012.

_____. **Cadastro do SUAS**. <http://aplicacoes.mds.gov.br/cadsuas/>Acesso
em: 14 jul. 2012.

_____. **Dados censo 2010**. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>Acesso
em: 11 jun. 2012.

_____. **Dados demográficos brasileiros**. <http://ibge.gov.br/> Acesso em: 26
jul. 2012.

_____. **Informações sobre índice de desenvolvimento humano**.
<http://www.pnud.org.br/idh> Acesso em: 23 jun. 2012.

_____. **Plataforma Brasil**. <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/>
Acesso em: 18 fev.2013.

_____. **Políticas públicas**. <http://www.ipea.gov.br/portal/> Acesso em: 11
set. 2013.

PARAIBUNA. **Legislação Municipal**. <http://www.paraibuna.sp.gov.br/> Acesso em:
06 set. 2013.

_____. <http://www.cmparaibuna.sp.gov.br/> Acesso em: 22 jun. 2014.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. **Dados do município**. <http://www.sjc.sp.gov.br/>
Acesso em: 06 set. 2013.

_____. **Legislação municipal**. <http://www.camarasjc.sp.org.br/> Acesso em:
11 set. 2013.

_____. **Legislação municipal**.
<http://www.ceaam.net/sjc/legislacao/index.php/> Acesso em: 23 jun. 2013.

SÃO PAULO. **Política de Assistência Social**.
<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/drads> Acesso em:
19 jul. 2013.

RAOSOFT. **Calculadora de tamanho de amostra**.
<http://www.raosoft.com/samplesize.html> Acesso em: 21.ago. 2012.

CUIDADO E SENSIBILIDADE: IMPACTOS AFETIVOS VIVIDOS PELAS CUIDADORAS DE IDOSOS NA SAÚDE PÚBLICA

Roberta Elias Manna

Tania Maria José Aiello Vaisberg

Este capítulo tem o objetivo de refletir sobre os impactos afetivo-emocionais vividos pelas cuidadoras de idosos inseridas na saúde pública. Deriva de dissertação de mestrado (Manna, 2013) que estudou psicanaliticamente o imaginário coletivo destas profissionais em relação aos idosos e insere-se no contexto da tradição de pesquisas realizadas pelo grupo *Ser e Fazer* do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP

Pensando o cuidado ao idoso nos dias de hoje

É importante considerarmos que nem todos envelhecem precisando de cuidados especiais. Entretanto, quando um idoso necessita de uma cuidadora, estamos diante de uma problemática que envolve questões tanto de saúde física, como social e emocional, que se traduzem como fragilidades e dificuldades para lidar com limitações pessoais, familiares e sociais. Esta observação nos ajuda a compreender o suporte que as famílias e a sociedade brasileira podem oferecer a seus idosos no contexto atual. O cuidado dispensado a um idoso, em situação de dependência e fragilidade, pode ser realizado por familiares, normalmente mulheres, pode se dar pela contratação de uma cuidadora de idosos particular, pela institucionalização do velho, ou ainda, pela cuidadora de idosos na saúde pública, entre outras opções. A oferta de cuidado ao idoso, seja por uma instituição, pela família, por cuidadora contratada particularmente ou pela saúde pública vai se dando em função de novas necessidades sociais, que fazem com que as pessoas elaborem concepções de envelhecimento e de cuidado nessa fase da vida. Trataremos, nesta parte do capítulo, de destacar algumas destas possibilidades:

- 1- O cuidado pode ser oferecido pelas mulheres da família, que seriam vistas como as responsáveis pelas crianças, enfermos e idosos.

Na visão tradicional, as mulheres eram, e em muitos casos ainda são, as responsáveis pelas tarefas domésticas, que envolvem cuidados relativos à alimentação e higiene dos bebês, doentes, idosos, além das moradias. Compreendidas como guardiãs do lar, ocupavam prioritariamente o espaço privado de suas casas e dos afazeres domésticos. Para serem consideradas preñdadas, ou seja, úteis à sua família e à sociedade, deveriam casar-se e saber cuidar da cozinha, das roupas e das pessoas com o mesmo zelo. Já os homens, responsáveis pelo ganho do alimento, deveriam conquistar a rua e fazer dela seu território.

Este quadro vem culturalmente se transformando ao longo dos anos, com mudanças na posição ocupada pela mulher na família e na comunidade (Bohm, 2009; Mazza, 2008; Camarano e Ghaouri, 2003; Aquino e Cabral, 2002; Andrade, 2001; Medeiros e Osório, 2001, 2002; Angelo, 2000; Debert, 1999). Já não encontramos com tanta frequência a família tradicional, formada por pai, mãe e filhos morando juntos e compartilhando a vida com tios, primos e avós. Gordilho et al (2000: 14) apresentam a expressão “intimidade à distância”, para designar quando diferentes gerações ou membros de uma mesma família ocupam residências separadas. Este isolamento do viver contemporâneo torna-se cada vez mais complexo pelo aumento no número de divórcios, pelos múltiplos casamentos, pela migração dos mais jovens em busca de melhores condições de trabalho e pelo aumento no número de famílias chefiadas por mulheres, entre outras situações.

Apesar destas mudanças, ainda temos um número muito maior de mulheres, esposas, filhas, sobrinhas, netas, vizinhas, como responsáveis pelo cuidado aos idosos (Guedes, 2012). Poucos homens se ocupam desta responsabilidade, mesmo quando não há uma mulher para assumir tal papel. Ainda espera-se das mulheres que sejam casadas e boas donas de casa, mas que também tenham uma carreira, um trabalho e que possam ganhar relativa independência para auxiliarem emocional e financeiramente seu marido e filhos, além de seus pais idosos. As contradições dessa situação, que coloca na mulher uma alta responsabilidade, não a deixam numa posição de ser de fato valorizada socialmente. Aquelas que não casaram, ou não tiveram filhos, permanecem identificadas como cuidadoras dos velhos da casa. Em muitas situações precisam parar de trabalhar para assumir plenamente seu papel de cuidadora, em outras, não pouco numerosas, dividem-se entre o cuidado de filhos, marido, pais idosos e sua ocupação profissional.

Quando trabalham muito, não podendo oferecer o cuidado com suas próprias mãos, devem poder provê-lo financeiramente.

- 2- Algumas famílias contratam uma empregada doméstica especializada, uma cuidadora de idosos particular.

Esta contratação é possível, apenas, quando o idoso ou seus familiares dispõem de rendimentos suficientes para arcar com tal despesa, além de todas as outras que agregam custos à situação de cuidado. Considerando o contexto de vida em países como o nosso, arcar com as necessidades de um idoso e com os encargos trabalhistas de uma cuidadora doméstica torna-se tarefa praticamente inviável para a maior parcela da população brasileira⁹.

- 3- Outra forma de atender a necessidade de cuidado daquele que envelhece com dependência é a internação em ILPIs, instituições de longa permanência para idosos.

A institucionalização em ILPIs, anteriormente conhecidas como casas de repouso ou asilos, constitui-se como opção que provoca muitos sentimentos, às vezes contraditórios, em familiares e na sociedade em geral. Muitos idosos e seus parentes são contrários ao asilamento, ou o veem como a última possibilidade de cuidado, apenas desejável quando todas as outras alternativas falharam. Podem vivê-la com o sentimento de estar abandonando seu pai, mãe ou avô, denunciando a falência em sua condição de oferecer suporte às necessidades físicas, psicológicas e sociais do idoso.

Em uma sociedade como a nossa, em que as responsabilidades são tidas como individuais, não é raro vizinhos, amigos e outros familiares desaprovarem a institucionalização do velho, sem oferecerem auxílio. É como se o familiar responsável estivesse desprezando o idoso, despejando-o em um ambiente degradante e insalubre, mesmo quando esta parece ser a melhor, e não raras vezes a única, opção de cuidado. Esta é uma observação importante, pois há inúmeras situações em que ficar em sua própria casa é perpetuar um abandono e isolamento, tal qual uma instituição total operaria. Por outro lado, a possibilidade de habitar uma ILPI, na qual se mantenha um cuidado integral, pode

⁹Por outro lado, tornar-se uma cuidadora particular de idosos é, para muitas pessoas, alcançar uma situação digna e minimamente reconhecida de trabalho.

consistir em resgate e garantia de condições ambientais fundamentais para a sustentação de um *self* suficientemente integrado.

- 4- Por fim, outra forma de atender às necessidades do idoso consiste em torná-lo usuário do sistema de saúde pública, podendo receber cuidados domiciliares regulares da parte de profissionais contratadas pelo poder público.

A disponibilização de cuidadoras, contratadas pelo poder público é uma alternativa, num país com fortes desigualdades como o nosso, considerando que muitos idosos não têm família, ou quando a possuem, não há condições para arcar, emocional, social ou financeiramente com seu cuidado. Entendemos que, quando o idoso dependente não tem família, ou quando esta, mesmo que presente, não tem condições de se responsabilizar por suas necessidades, é dever do poder público¹⁰ oferecer condições para que este cuidado seja adequado.

A cuidadora de idosos na saúde pública

A cuidadora de idosos na saúde pública surge¹¹, portanto, afinada às mudanças do viver na atualidade, convergente com o debate da saúde mental frente às questões de desinstitucionalização. Foi proposta como alternativa ao asilamento, à retirada do velho de sua residência, quando falham outros dispositivos sociais e familiares de cuidado e

¹⁰O Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), aprovado como Lei nº 10741, em 10 de outubro de 2003, é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Em seu artigo 3º diz que: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”. Em seu parágrafo V dispõe: “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”.

¹¹O trabalho da cuidadora de idosos na saúde pública no Município de São Paulo teve início em 2003 na URSI-Sé, Unidade de Referência à Saúde do Idoso da Sé, com o Projeto Piloto Anjos Urbanos (São Paulo, 2012). Atualmente é política pública para a cidade de São Paulo, com o nome de PAI – Programa acompanhante de Idosos. Além da equipe do programa recebe suporte de equipe de Unidade Básica de Saúde ou de equipe especializada na saúde do idoso.

acompanhamento. Porém, é fundamental ressaltar que deverá trabalhar, forçosamente, como membro de uma equipe especializada.

Admitimos, a partir da consideração do quadro atual, e dos desafios enfrentados pelas cuidadoras de idosos na saúde pública, que se trata de uma resposta imediata a situações muito concretas, que se tornam cada vez mais frequentes em nosso país, transformando, deste modo, um quadro de graves carências. Não discutiremos, neste momento, todas as questões que a institucionalização de uma nova profissão pode provocar, mas destacamos a necessidade de ser acompanhada criteriosamente, uma vez que se propõe a dar conforto e atendimento a pessoas que enfrentam perdas progressivas, tanto de funcionalidade orgânica como psicossociais. É uma experiência que, certamente, ensinará, na medida em que pudermos avaliar seus acertos e eventuais dificuldades.

O Cotidiano dos Cuidados: Desafios, Dificuldades e Impactos Emocionais

Mesmo recebendo uma formação específica, sob forma de treinamento em curto prazo, a cuidadora encontrará dificuldades em seu trabalho, pelo fato de lidar com situações de vida marcadas por fragilidades e carências. Enfrenta desafios e sobrecarga e deparam-se, tal qual a cuidadora domiciliar, com uma velhice repleta de doenças, perdas, fragilidades e dependência. (Santos et al, 2011; Moreira et al, 2011; Cruz, Hamdan, 2008; Cassis et al, 2007; Lemos et al, 2006; Maffioletti et al, 2006; Paes e Santo, 2005; Garrido e Menezes, 2004; Laham, 2003; Neri e Sommerhalder, 2002; Rezende e Rodrigues, 2000). Precisa lidar, diariamente, com contextos de grande imprevisibilidade, mesmo quando há um plano de cuidado e monitoramento por equipe de saúde, pois terá que dar respostas imediatas a variadas questões que emergem no fluxo cotidiano dos acontecimentos. Muitas vezes encontra-se em meio a experiências que despertam sentimentos contraditórios e oscilantes de impotência e onipotência. Será solicitada a lidar com todo o entorno dos idosos assistidos, com a família, vizinhos, amigos, demais membros da comunidade e profissionais de saúde, o que torna mais complexa a prática do cuidado.

A cuidadora na saúde pública tem seu horário de trabalho dividido para o cuidado a alguns idosos no domicílio e em acompanhamento a saídas de casa. Cada idoso recebe atendimento individual durante o período em que a cuidadora se dedica a ele, mas a

profissional pode acompanhar vários idosos por dia. Esta forma de organização do seu trabalho exige adaptação a variadas demandas, inclusive de ordem emocional, ao longo da semana e mesmo ao longo do dia. É paga pelo poder público, recebendo em média menos de dois salários mínimos¹², por quarenta horas de atividades semanais e não dormem ou comem na residência do idoso. Não se confunde, portanto, com a cuidadora contratada particularmente pelo próprio idoso ou membro da família.

Passa grande parte do tempo sozinha com os idosos, sem a proteção das paredes e recursos de um estabelecimento institucional, exposta às adversidades do ambiente familiar da pessoa cuidada. Neste contexto, são frequentes sentimentos de não saber o que fazer, de não dar conta das necessidades do idoso assistido, além de estabelecer relação de muito envolvimento emocional e proximidade física. Outra característica muito frequente é serem algumas cuidadoras também idosas (Diogo et al, 2005; Mazza et al, 2005; Braz, 2008; Anjos, 2010; Gaioli, 2010) ou pessoas com cinquenta anos ou mais, que vivenciam conflitos muito próximos dessa fase da vida.

Cuidar, além de sua dimensão concreta, carrega seríssimas implicações éticas e políticas. Posicionar-se frente a um outro, que necessita de ajuda, significa um esforço de reconhecimento e resgate de sua singularidade e de oferta das condições de sustentação para que sua identidade permaneça em devir, até seus últimos dias. Depende do reconhecimento de uma necessidade, de uma situação fragilizada, que não exclui a história e o potencial de quem é cuidado. Significa poder se deparar com a própria finitude e fragilidade, pois a cuidadora tem que lidar com sofrimentos humanos que não são exclusivos dos idosos, que estão presentes na vida de todos, tais como, solidão, desamparo, fragilidade, perda, adoecimento e medo da morte. Porém, em idades avançadas, estes sofrimentos perdem os suportes que, em outros momentos da vida, geralmente estão mais presentes.

Podemos, portanto, encontrar um paradoxo na ocupação da cuidadora de idosos, com a oferta de cuidado a uma condição complexa, multideterminada e produto de uma história de vida, que causa impacto emocional na cuidadora, na qual as mesmas questões ecoam, por serem inerentes ao curso da vida, como a finitude, o envelhecimento e as perdas. Cuidar pede dedicação e atenção a necessidades que nem sempre

¹² *Informações referentes às cuidadoras de idosos prestadores de serviço para a Prefeitura Municipal de São Paulo em outubro de 2013.*

correspondem aos recursos emocionais de quem cuida. Não surpreende, portanto, a ocorrência de dificuldades de relacionamento entre cuidadoras e idosos, cujas condutas refletem, de uma forma ou de outra, os diferentes modos como lidam com suas vidas. O quadro geral é complexo porque, aos desafios de uma convivência bastante próxima, somam-se práticas diversas de cuidado, envolvendo inclusive contatos corporais de grande intimidade.

Se eventualmente mal conduzido, o trabalho da cuidadora pode prejudicar tanto o idoso como a profissional, levando-os inclusive ao adoecimento físico e emocional. Por este motivo, a cuidadora de idoso necessita não apenas estar capacitada, no sentido do conhecimento de práticas de cuidado ao idoso, mas também de receber, ela própria, atenção e suporte emocional. A exemplo do que deveria ocorrer com todas as profissões de cuidado, a formação de uma cuidadora se dá essencialmente no campo ético, muito mais do que no campo técnico, no constante exercício do reconhecimento empático das necessidades do outro. O que é exigido nos dias atuais de uma cuidadora de idosos profissional não pode simplesmente ser aprendido tecnicamente¹³, com aulas ou transmissão de informações e conhecimentos de forma desafetada do drama concreto de vida. Entendemos ser fundamental o reconhecimento deste fato, pois, inclusive o indispensável domínio de procedimentos técnicos, em todas as profissões de saúde, educação e de assistência social, é um imperativo ético, mediante o qual os profissionais se preparam de modo a garantir maximamente o benefício daqueles a que se dedicam.

Pesquisando o imaginário de cuidadoras de idosos

Com o intuito de produzir conhecimentos que possam favorecer o acompanhamento psicológico de cuidadoras e idosos, realizamos pesquisa qualitativa empírica, fazendo uso do método psicanalítico, com o objetivo de estudar o imaginário coletivo da cuidadora sobre o idoso (Manna, 2013). O método psicanalítico define-se pela compreensão de que toda manifestação humana é dotada, em qualquer contexto, de sentidos afetivo-emocionais, ou seja, é sempre drama vivido em campo

¹³Segundo Zimmerman (1997), técnica é um “Conjunto de procedimentos e de regras, de aplicabilidade prática, e que fundamentam a exequibilidade da operação” (p. 33). Usamos o termo técnica para nos referirmos a um bem fazer que independe de quem faz.

inter-humano (Politzer, 1928). Destacamos a importância da interação humana como lugar primordial do acontecer clínico em psicanálise, do campo transferencial, entendendo que é a partir dele que pesquisa psicanalítica se sustenta.

Inseridas tanto como psicanalistas, no contexto da atenção à saúde pública de idosos, quanto como pesquisadoras na universidade pública, interessamo-nos em produzir conhecimento que contribua para o aprimoramento de práticas de cuidado ao idoso, ao mesmo tempo em que oferecemos espaço de atenção ao sofrimento e às experiências das cuidadoras. Conforme os princípios do Estilo Clínico *Ser e Fazer*, importará, sempre, estejamos na clínica ou na pesquisa, favorecer a superação de dissociações pela via de uma (re)aproximação de si mesmo, em ambiente humano suficientemente bom. Vale dizer, ambiente capaz de acolher e responder a necessidades emocionais fundamentais. Buscamos teorizar em máxima proximidade com a concretude do acontecer clínico (Bleger, 1963/1984), no intuito de conhecer a cuidadora de idoso real e concreta, aquela que encontramos na vida cotidiana, com suas faltas, limitações e virtudes, evitando idealizações descabidas. Abordaremos, portanto, pessoas reais e concretas, que sofrem impactos afetivos, numa atividade de caráter eminentemente vincular, que as coloca em estreito contato com idosos.

Para cumprir este fim, organizamos um encontro com um grupo de oito cuidadoras de idosos da saúde pública, no qual fizemos uso do Procedimento do Desenho Estória com Tema, criado por Aiello-Vaisberg (1997, 1999) a partir do Desenho-Estória de Walter Trinka (1972, 1976). Este procedimento simples¹⁴, utilizado lúdica e inspirado no jogo winnicottiano do rabisco, visa ser um facilitador da comunicação emocional, um mediador dialógico, com a oferta de espaço descontraído e sustentador das vivências das cuidadoras (Manna, Aiello-Vaisberg, 2013).

Os desenhos e histórias produzidos pelo coletivo de cuidadoras de idosos na saúde pública foram considerados de forma associativa, conjugados à lembrança da pesquisadora sobre a experiência vivida e deram origem a duas narrativas transferenciais. É importante frisar que tanto os desenhos, como as histórias escritas pelas cuidadoras também

¹⁴ Durante o encontro oferecemos ao grupo papel sulfite A4 e material gráfico e solicitamos que fizessem um desenho de um idoso e contassem uma história. Não foi necessário que se identificassem, pois o estudo visava conhecer o imaginário do coletivo cuidadoras de idosos na saúde pública e não a opinião de uma participante em particular.

são compreendidas como expressões narrativas (Manna, 2013), na medida em que contam, sob forma figurativa e verbal, como as cuidadoras imaginam¹⁵ os idosos, recortando uma parte significativa da dramática vivenciada (Politzer, 1928).

O material da pesquisa, composto pelos desenhos e histórias das cuidadoras de idosos na saúde pública, bem como as narrativas transferenciais realizadas pelas pesquisadoras, foram considerados interpretativamente, buscando campos que sustentam afetiva e emocionalmente o trabalho das cuidadoras. Um campo constitui-se como um mundo em que se habita imaginativamente¹⁶, de modo tal a gerar efeitos sobre nossas relações no mundo compartilhado. Cada campo/mundo se organiza ao redor de um valor fundamental de uma percepção que conferem sentido às múltiplas manifestações e interações que se dão sob sua influência.

***“Perdendo a Autonomia” e “Vontade de Viver(?)”:* Campos que sustentam encontros humanos**

Para finalizarmos, pretendemos destacar e discutir dois campos, produzidos interpretativamente no encontro com o coletivo estudado, e que expressam impacto emocional vivido pelas cuidadoras no contato com os idosos. Um deles denominamos *“perdendo a autonomia”* e o outro *“vontade de viver(?)”*.

O campo *“perdendo a autonomia”* articula-se em torno da percepção de que o envelhecimento traz perda progressiva da capacidade de cuidar de si mesmo como um adulto¹⁷.

¹⁵*Pensamos ser importante lembrar que, na medida em que a concepção de imaginação, aqui adotada, não se firma sobre uma contraposição entre falso e verdadeiro, podemos abordar o que imaginam pessoas sobre pessoas, situações ou objetos, como fenômeno altamente significativo.*

¹⁶*Podemos habitar muitos mundos emocionais, como domínios onde vigoram tramas imaginárias de variados tipos.*

¹⁷*Aqui cabe diferenciar perda de autonomia e dependência; o primeiro refere-se à perda, total ou parcial, da capacidade de tomada de decisão, enquanto que o segundo associa-se à necessidade de auxílio para a realização de alguma atividade. Desta forma, uma pessoa pode ter autonomia para decidir que roupa usar, mas depender de ajuda para vestir-se. O campo “perdendo a autonomia” inclui elementos também da dependência.*

Apresenta o inverso do que se passa com a criança, que, nas fases muito iniciais de seu desenvolvimento, vive um estado de dependência absoluta (Winnicott, 1983), mas que, com a provisão ambiental suficientemente boa, caminhará rumo à dependência relativa e a condições cada vez mais próximas da conquista de capacidades pragmáticas que definem o indivíduo adulto.

Porém, um idoso que adoece e necessita de cuidados não é uma criança, é um adulto que precisa de ajuda para a realização de atividades da vida cotidiana. Este quadro evidentemente se aproxima mais da necessidade de cuidados pela doença do que da falta de autonomia do bebê. Contudo, temos constatado, em nossa prática, que algumas cuidadoras infantilizam o idoso, tratando-o como uma criança incapaz. Entendemos que esta atitude, que muitas vezes se expressa pelo uso de falas sempre no diminutivo, seja uma tentativa defensiva da cuidadora, que inconscientemente busca tirar o idoso do campo da morte, para trazê-lo para o campo da vida. Secundariamente, a nosso ver, a infantilização se apresenta como defesa contra a sexualidade, fato bastante compreensível, dada a proximidade corporal. Em suma, acreditamos que, ao se dirigir ao idoso, como se este fosse uma criança pequena, busca tanto retirá-lo da posição de fragilidade e temor da morte como do campo do erotismo, que se associa aos cuidados pela manipulação do corpo.

A dialética autonomia/ perda de autonomia é fundamental na discussão do cuidado ao idoso. Na verdade, desde uma perspectiva do desenvolvimento humano, estamos melhor preparados, pessoal e socialmente, para lidar com a dependência transitória da criança saudável, que, antevendo conquistas em seu desenvolvimento, vai se tornar um adulto autônomo. A situação aqui é diferente, pois temos uma pessoa que era autônoma e caminha para deixar de sê-lo, em função das perdas vividas. Neste caso, surge a carência de apoio, onde, na grande maioria dos casos, vigorava anteriormente o pragmatismo característico do adulto saudável.

O campo “*Vontade de viver(?)*” organiza-se ao redor da crença de que a proximidade da morte coloca o idoso numa situação emocionalmente paradoxal, na qual coexistem necessidades opostas de sobrevivência e de desapego da vida. Este campo se constitui como interrogação relativa ao mistério da vida e da morte. Podemos morrer a qualquer momento da vida, entretanto, se podemos sair vivos da infância, da adolescência, da idade adulta, certamente não saímos vivos da velhice. O contato com esta situação coloca a cuidadora em posição muito próxima

ao desamparo do velho frente às mesmas questões, antecipando uma problemática potencialmente geradora de angústias.

Winnicott (1941) apresenta o jogo da espátula como forma de observação e comunicação com bebês, utilizando um abaixador de língua brilhante. Através deste jogo, o pediatra/psicanalista podia conhecer a forma de estar no mundo de bebês, entre cinco e treze meses. Sem a interferência de Winnicott ou da mãe, a criança com desenvolvimento saudável sente-se atraída pelo objeto, quer pegá-lo, mas hesita. Este primeiro momento foi chamado por Winnicott de período de hesitação. No período de posse, após superar o período de hesitação, a criança pega a espátula e leva à boca, com muita salivação. Por fim, a criança vive um período de repulsa pelo objeto, jogando-o ao chão, mesmo quando lhe é restituído repetidas vezes. Desta forma, após e só quando pôde fazer uso do objeto, a criança pode deixá-lo e partir, já que pode vivenciar uma experiência completa. Podemos utilizar este jogo como metáfora da vida humana, por sua utilidade para auxiliar na compreensão da dialética vida e morte, com os três períodos do ciclo vital do *self*: nascimento, acontecer de si pela apropriação do mundo e possibilidade de morrer (Saфра, 1999). O morrer é entendido por Winnicott como parte da saúde e do processo maturacional. Para morrer, a pessoa precisa primeiramente viver, existir e acontecer no mundo. Segundo Saфра (1999):

[...] assim como há a necessidade de que o *self* crie e tome como parte de si o tempo, o espaço, o mundo, há também necessidade de realizar o mesmo com o morrer. Tanto é importante para o indivíduo que entre no mundo humano, quanto é importante que, em um ponto de seu processo, o abandone. (...) O indivíduo pode acolher a morte, se aconteceu e se contribuiu com suas pegadas, com sua vida, com sua singularidade, na história da humanidade (p, 155).

Esta afirmação nos parece muito interessante e pertinente, pois aponta para a necessidade de viver para a possibilidade de experimentar a morte de modo sereno e não dissociado, como uma boa morte. Entretanto, não podemos deixar de mencionar que a vivência de finitude é complicada na sociedade contemporânea. A clínica nos mostra

que o ganho da idade nem sempre vem acompanhado de amadurecimento, que é sempre um desafio a ser alcançado. Também não temos garantida maturidade emocional suficiente na cuidadora para minimamente lidar com questões tão complexas. A morte é, com muita frequência, vivenciada como evento sofrido, como terror puro e aniquilamento do *self*, como agonia impensável, pois, afinal de contas, caminhamos todos de forma individualizada, apesar da necessidade do outro.

No fundo da dificuldade com a partida, temos o medo da morte e do desaparecimento de nós mesmos e daqueles que nos cercam. Este, talvez, seja o maior desafio, não só da cuidadora, mas de todos: lidar com o limite da vida. Alguns idosos estão, como condenados à pena máxima, no corredor da morte, assistidos pela cuidadora que vislumbra o destino humano de forma nua e crua. Aqui, a célebre frase de Simone de Beauvoir (1990), "*velho é o outro*", traduz uma estratégia de defesa emocional que pode auxiliar na proteção dissociativa da morte e do viver, algo tão humano.

Referências

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Investigação de Representações Sociais. In: W. Trinca (org.). São Paulo, Vetor, 1997.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. (1999). Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANDRADE, O.G. Suporte ao sistema de cuidado familiar ao idoso com AVC a partir de uma perspectiva holística de saúde [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2001.

ANGELO, M. O contexto familiar. In: Duarte, Y.A.O; Diogo, M.J.D.E. organizadores. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 27-31.

ANJOS, A.C.Y dos. As repercussões do cuidar do idoso em quimioterapia oncológica na vida do familiar cuidador. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2010.

AQUINO, F.T.M.; CABRAL, B.E.S. O idoso e a família. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A.L. Caçado, F.A.X.; Gorzoni, M.L.; Rocha, S.M. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara. 2002. p. 1056-60.

BLEGER, J. (1963) Psicologia da Conduta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BOHM, V. Histórias de vida de cuidadores de idosos. 2009. 73f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador: Prof. Dr. Sergio Antonio Carlos.

BEAUVOIR, S. A velhice. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1990.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estatuto do idoso, Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003.http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm

BRAZ, E. Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

CAMARANO, A.A.; GHAOURI, S.K. El. Famílias com idosos: ninhos vazios? Rio de Janeiro: IPEA; Ministério do Planejamento orçamento e gestão. 2003. (textos para discussão).

CASSIS, S.V.A.; KARNAKIS, T.; MORAES, T.A.; CURIATI, J.A.E.; QUADRANTE, A.C.R.; MAGALDI, R.M. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Revista Associação Médica Brasileira, 2007; 53(6): 497-501.

CRUZ, M.N.; HAMDAN, A.C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008.

DEBERT, G.G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: Neri, A.L.; DEBERT, G.G. organizadoras. Velhice e sociedade. Campinas: Papirus, 1999. p. 41- 68.

DIOGO, M.J.D.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. Revista da Escola de enfermagem da USP. v. 39, nº 1, p. 97-102, 2005.

GAIOLO, C.C.L.O. Cuidadores de idosos com doenças de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à resiliência. [Tese de doutorado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2010. 105f.

GARRIDO, R.P.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendida em um serviço psicogeriátrico. Revista de Saúde Pública. v. 38, nº 6, p. 835-41, 2004.

GORDILHO, A.; SERGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L.R.; FREIRE, M.P.A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Unati: Rio de Janeiro. 2000. 92p. (isbn: 85-87897-01-2).

GUEDES, L.C. Perfil dos cuidadores informais de idosos atendidos por um NRAD do Distrito Federal. 2012. 89f. Dissertação de Mestrado em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília / UCB. Brasília. 2012.

LAHAM, C.F. Percepções de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar. 2003. 161p. [Dissertação em Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LEMONS, D.N.; GAZZOLA, J.M.; RAMOS, L.R. Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. Saúde e Sociedade v.15, n.3, p.170-179, set-dez 2006.

MAFFIOLETTI, V.L.R.; LOYOLA, C.M.D.; NIGRI, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4): 1085-1092, 2006.

MANNA, R.E. (2013) O imaginário coletivo de cuidadores de idosos na saúde pública: um estudo psicanalítico. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-15082013-103617/pt-br.php>

MANNA, R.M.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Rabiscos-brincadeiras: por uma clínica psicanalítica da transicionalidade. *Revista Rabisco*. Volume 3, Número 1. 2013.

MAZZA, M.M.P.R. O cuidado em família sob o olhar do idoso. [tese de doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

MAZZA, M.J.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Orientações para idosos que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto. v. 39, nº 1, p. 97-102, 2005.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998. Brasília: IPEA; 2001. (Textos para discussão, 886).

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. Mudanças nas famílias brasileiras: as composições domiciliares entre 1978 e 1998. Brasília: IPEA; 2002. (Textos para discussão, 788).

MOREIRA, P.H.B.; MAFRA, S.C.T.; PEREIRA, E.T.; SILVA, V.E. Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos Vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, M.G. *REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL. RIO DE JANEIRO*, 2011; 14(3):433-440.

NERI, A.L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem estar do cuidador. In: Neri, A.L. organizadora. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Ed. Alínea, 2002. p. 9-63.

PAES, P.F.A.; SANTO, F.H.E. Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. v. 9, nº 2, p. 192-8, 2005.

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1277/127720493005.pdf>.

POLITZER, G. (1928). Crítica aos Fundamentos da Psicologia: a psicologia e a psicanálise. Piracicaba: UNIMEP, 1998.

REZENDE, C.H.A.; RODRIGUES, R.A.P. O estresse do cuidador de idosos. Arquivos de Geriatria e Gerontologia. v. 4, nº3, p. 93-7, 2000.

<http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/viewFile/4145/3092>.

SAFRA, G. A face estética do *self*: teoria e clínica. São Paulo: Unimarco Editora, 1999.

SANTOS, R. L.; SOUSA, M.F.B.; BRASIL, D.; DOURADO, M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. Revista Psiquiatria Clínica. 2011; 38(4): 161-167.

SÃO PAULO – SP. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção Básica.

Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos do Município de São Paulo – 2012/ Tiragem: 6000 exemplares. <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf>

TRINCA, W. (1972). O Desenho livre como estímulo de apercepção temática. Tese de doutorado não publicada. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

TRINCA, W. (1976). Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

WINNICOTT, D.W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradutor Irineo Constantino SchuchOrtis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 268p. Título original: The Maturational Processes and the Facilitating Environment.

WINNICOTT, D.W. (1941) A observação de bebês em uma situação estabelecida. In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. (trad. Por J. Russo). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1958 / 1993.

ZIMMERMAN, D.E. Fundamentos Teóricos. In: Como trabalhamos com grupos. Zimmerman, D.E. ; Osório, L.C. (org.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 33- 40.

OLHARES E PERSPECTIVAS DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS – PAI DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: Um Modelo em Construção de Política Pública de Saúde para Pessoa Idosa

Volnei Gonçalves Pedroso

Vitória Kety Cornetta

Angélica Rosa dos Santos

Cassia Sampaio Moura

Regina Maria dos Santos Marinho

INTRODUÇÃO

Conforme dispõe o Relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS de 2015, sobre o Envelhecimento e Saúde, pode-se afirmar que a maioria das pessoas no mundo viverá até os 60 anos e mais. As melhorias da expectativa de vida combinada com a queda nas taxas de fertilidade contribuíram para o rápido envelhecimento das populações em todo o mundo.

O rápido envelhecimento da população mundial, segundo a World economic and social survey (2007) vem provocando mudanças profundas nas Políticas Públicas de Saúde, no caso brasileiro, por exemplo, uma criança nascida em 2015, terá como expectativa de vida, 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos, assim, o ritmo de envelhecimento da população é muito mais rápido que no passado.

Para Beard et al. (2012), uma vida mais longa tem proporcionado novas perspectivas. Em muitas partes do mundo, o curso da vida é atualmente enquadrado em torno de um conjunto rígido de fases do ciclo de vida, caracterizada pela: infância, adolescência, vida para o trabalho, e a conseqüente aposentadoria. Assim, os anos extras são simplesmente adicionados ao fim da vida e permitem uma aposentadoria mais longa. Entretanto, quanto mais pessoas chegam a idades mais avançadas, buscam romper com o enquadramento rígido de suas vidas.

Em vez de passar anos extras de outras maneiras, as pessoas estão buscando estudar mais, ter uma nova carreira e porque não uma nova paixão. Por outro lado, as pessoas mais jovens esperam viver mais

tempo, elas também podem realizar planejamentos de vida, como: iniciar suas carreiras mais tarde e passar mais tempo no início da vida para criar uma família. A amplitude das oportunidades que surgem do aumento da longevidade dependerá muito de um fator fundamental: a saúde. Se as pessoas vivem mais e com saúde, sua capacidade de realizar as tarefas será diferente em relação a uma pessoa mais jovem. Se esses anos a mais são dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações são negativas para as pessoas idosas e para a sociedade.

Infelizmente, embora seja assumido muitas vezes que o aumento da longevidade está sendo acompanhado por um período prolongado de saúde, existem poucas evidências sugerindo que os adultos maiores de hoje apresentam uma saúde melhor do que os seus pais tinham com a mesma idade.

No entanto, a saúde precária não precisa dominar a idade mais avançada. A maioria dos problemas de saúde enfrentados por pessoas mais velhas são associados às condições crônicas. Muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas com atividades de promoção e prevenção de saúde, envolvendo hábitos saudáveis. Outros problemas de saúde podem ser controlados de maneira eficaz, no caso de detecção precoce. E mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam vidas dignas e com crescimento pessoal contínuo. Entretanto, o mundo está muito longe desses ideais.

O envelhecimento da população, portanto, demanda uma resposta e ação da saúde pública. Contudo, o debate tem sido insuficiente e as evidências, do que pode ser feito, são limitadas. Porém, isso não significa que nada pode ser feito. De fato, a necessidade de ação torna-se imperativa (LLOYD-SHERLOCK, et al., 2012; SMITH, et al., 2015).

O relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS de 2015 analisa a saúde e o envelhecimento, construindo estratégias de ação pública, apresentando passos que podem ser adotados em países de todos os níveis de desenvolvimento econômico. O relatório aborda as mudanças associadas ao envelhecimento no contexto de todo o curso da vida. Entretanto, dadas às questões únicas que surgem em idade avançada e a atenção limitada que esse período, tradicionalmente, recebeu o relatório tem como foco a segunda metade da vida.

Um dos desafios ao se desenvolver uma resposta para o envelhecimento da população é que muitas percepções e suposições sobre pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados. Isso limita a forma de conceituar os problemas, as perguntas que fazemos e a capacidade de aproveitar as oportunidades inovadoras. As evidências

sugerem que perspectivas atuais são necessárias. Não há mais pessoa tipicamente velha e sim “populações mais maiores”. Alguns adultos maiores de 80 anos apresentam níveis de capacidade física e mental comparáveis aos níveis de muitos jovens de 20 anos (BUTLER, 1980).

As Políticas devem ser estruturadas de forma a permitir que um maior número de pessoas alcancem trajetórias positivas do envelhecimento. E elas devem servir para quebrar as barreiras que limitam a participação social contínua e as contribuições de pessoas mais maiores. Porém, muitas pessoas experimentarão declínios significativos de capacidade em idades muito mais jovens. Uma resposta da saúde pública ao envelhecimento da população também deve abordar as suas necessidades. Ativar as capacidades e atender às necessidades das populações diversas pode resultar em políticas que parecem desconexas, e que podem até ser administradas por meio de esferas de governo diferentes e concorrentes. Contudo, as diferentes necessidades de pessoas mais velhas são vistas como um funcionamento contínuo.

Uma resposta política deve ser capaz de reconciliar essas diferentes ênfases em envelhecimento coerente. Embora parte da diversidade na população de adultos maiores não é aleatória, embora parte da diversidade observada em idade mais avançada reflita a herança genética (STEVES, et al., 2012), a maior parte dela surge dos ambientes físicos e sociais que habitamos. Esses ambientes incluem o lar, a vizinhança e a comunidade, que podem afetar a saúde ou impor barreiras ou incentivos que influenciam as oportunidades, decisões e comportamentos. Porém, o relacionamento com os ambientes varia de acordo com características pessoais, incluindo a família na qual nascemos, o gênero e a etnia. As influências dos ambientes são enviesadas por essas características, levando as desigualdades na saúde, e quando elas são injustas e evitáveis, às iniquidades na saúde. De fato, uma proporção significativa da diversidade da capacidade e circunstância que vemos em idades mais avançadas, provavelmente, será apoiada pelo impacto cumulativo dessas iniquidades na saúde em todo o curso da vida (DANNEFER, 2003). Essas tendências podem ser observadas nas trajetórias da capacidade física ao longo do curso da vida utilizando dados do Estudo Longitudinal sobre a Saúde das Mulheres. Isso demonstra a gama de capacidade física na idade avançada.

Para DANNEFER (2003), quanto mais alto o nível de adequação de renda, mais alto o pico no início da vida na capacidade física média. E essa disparidade tende a persistir em todo o curso da vida. Esses padrões implicam no desenvolvimento de políticas, uma vez que as pessoas com

as maiores necessidades de saúde em qualquer ponto no tempo também podem ser aquelas com menos recursos para tratá-los. As respostas da política devem ser criadas de forma a superar, em vez de reforçar, essas iniquidades.

A idade avançada não implica dependência, embora a sociedade geralmente a vê de forma estereotipada, que levam à discriminação contra indivíduos ou grupos simplesmente com base em sua idade. Tal discriminação foi rotulada de discriminação étnica podendo ser uma forma ainda mais generalizada de discriminação, do que o sexismo ou racismo (LEVY, et al., 2002; KITE, et al., 2002). Um estereótipo de discriminação étnica de pessoas mais velhas é de que são dependentes ou um fardo. Isso pode levar a uma suposição para o desenvolvimento da política de saúde, que os gastos com adultos maiores são um dreno na economia e a uma ênfase na contenção de custos. As suposições de dependência baseadas na idade ignoram as muitas contribuições das pessoas mais maiores para a economia.

Em pesquisa realizada para subsidiar o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde desenvolvida no Reino Unido em 2011 estimou que, após definir os custos das pensões, bem-estar e cuidados com a saúde em relação às contribuições feitas por meio de impostos, gastos de consumidores e outras atividades de valor econômico, as pessoas mais maiores contribuíram com aproximadamente £40 milhões para a sociedade, que subirá para £77 bilhões em 2030 (COOK, 2011).

Embora haja menos evidências de países de baixa e média renda, a contribuição de pessoas mais velhas nesses cenários também é significativa. No caso do Quênia, a idade média dos pequenos agricultores é de mais de 60 anos. Portanto, as pessoas maiores podem ser críticas para manter a segurança dos alimentos no Quênia e em outras partes da África Subsaariana (ABODERIN et al., 2010). Elas também possuem um papel crucial no apoio a outras gerações. Na Zâmbia, cerca de 1/3 das mulheres maiores são as principais fornecedoras e prestadoras de cuidados de netos cujos pais foram perdidos para a epidemia de HIV ou migraram para trabalhar.

Além disso, em todos os cenários de recursos, as pessoas mais velhas contribuem de muitas formas menos tangíveis economicamente. A Política deve ser moldada de forma a promover a capacidade dos adultos maiores de realizar essas múltiplas contribuições.

De fato, em alguns países de alta renda, as despesas de saúde por pessoa caem significativamente após aproximadamente 75 anos de idade, enquanto as despesas com cuidados de longo prazo aumentam (OLIVER,

2014; KINGSLEY, 2015; ROLDEN, 2014). Uma vez que mais e mais pessoas estão chegando a idades mais avançadas, permitir que elas levem uma vida longa e saudável pode, portanto, realmente aliviar as pressões sobre a os gastos com saúde.

A associação entre idade e gastos com saúde também é fortemente influenciada pelo próprio sistema de saúde (HAGIST, 2005). Isso provavelmente reflete diferenças em sistemas de provedores, incentivos, abordagens de intervenções em adultos maiores frágeis e normas culturais, principalmente próximos ao falecimento.

Na verdade, não importa quantos anos temos, o período de vida associado com os maiores gastos de saúde está relacionado ao último ou dois últimos anos de vida (WONG, *et al*, 2011). Porém, essa relação também varia significativamente entre os países. Cerca de 10% de todos os gastos com saúde na Austrália e nos Países Baixos, e cerca de 22% nos Estados Unidos, são incorridos no cuidado de pessoas durante o seu último ano de vida (POLDER, *et al*, 2006; KARDANIDIS, *et al*, 2007; HOOVER, *et al*, 2002). Além disso, os últimos anos de vida tendem a resultar em gastos mais baixos com saúde nos grupos de idades mais avançadas.

Embora mais evidências sejam necessárias, prever custos futuros de saúde com base na estrutura etária da população é, portanto, um valor questionável. Isso é reforçado por análises históricas que sugerem que o envelhecimento tem muito menos influência sobre os gastos com saúde do que outros fatores.

Por outro lado, outras mudanças sociais estão ocorrendo junto com o envelhecimento da população, dentre elas as normas de gênero também estão mudando em várias partes do mundo. No passado, o papel fundamental das mulheres era o de cuidadoras, tanto de crianças como parentes mais velhos. Hoje, as mulheres estão cada vez mais desempenhando outras funções, que as proporciona mais segurança em idades mais avançadas. Porém, essas mudanças também limitam a capacidade das mulheres e famílias de fornecer cuidado para os adultos maiores que precisam. Junto com os números rapidamente crescentes de pessoas mais velhas que podem precisar cuidados, os modelos antigos de cuidados à família simplesmente não são sustentáveis.

A mudança tecnológica também está acompanhando o envelhecimento da população e cria oportunidades nunca antes disponíveis. A internet pode permitir conexão contínua para a família, apesar da distância, ou acesso a informações que podem orientar o autocuidado de uma pessoa mais velha ou prestar apoio aos cuidadores.

Os recursos de apoio, como aparelhos de audição, são mais funcionais e acessíveis do que no passado, e os dispositivos portáteis fornecem novas oportunidades para o monitoramento e cuidados de saúde personalizados.

Essas mudanças sociais e tecnológicas significam que as políticas não devem ser orientadas por modelos sociais ultrapassados de envelhecimento, mas, em vez disso, devem aproveitar as oportunidades que as abordagens inovadoras proporcionam. Igualmente, o desenvolvimento de política com base no que pode acontecer no futuro é provavelmente limitante, uma vez que é difícil imaginar mudanças futuras e seus impactos. Portanto, ao se concentra em construir as capacidades de adultos maiores para lhes permitir navegar em seu mundo em transformação e inventar maneiras novas, melhores e mais produtivas de se viver. Isto é consistente com o trabalho em outras áreas políticas que tem como objetivo dar às pessoas a oportunidade de alcançar as coisas que valorizam, em vez de se concentrar apenas na utilidade econômica (GASPER, 1997; NUSSBAUM, 2003).

Os gastos em sistemas de saúde, cuidados de longo prazo e ambientes propícios mais amplos são frequentemente retratados como custos. Essa abordagem considera os gastos como investimentos que permitem a capacidade e, portanto, o bem estar das pessoas maiores. Esses investimentos também ajudam as sociedades a atender suas obrigações relacionadas aos direitos fundamentais das pessoas mais velhas. Em alguns casos, o retorno sobre esses investimentos é direto (sistemas de saúde melhores conduzem a uma melhor saúde, que permite maior participação e bem-estar). Outros retornos podem ser menos óbvios, porém exigem o mesmo grau de consideração: por exemplo, investimento em cuidado de longo prazo ajudará pessoas com perda significativa de capacidade a manter vidas dignas e também pode permitir que as mulheres permaneçam no mercado de trabalho, além de promover a coesão social por meio do compartilhamento de riscos em uma comunidade.

Reformular a justificativa econômica para ação, muda o debate do foco na minimização para os chamados custos para uma análise que considera os benefícios perdidos se as sociedades não conseguissem fazer as adaptações e os investimentos adequados. Quantificar e considerar integralmente a extensão dos investimentos e os dividendos que originarem será crucial se os tomadores de decisões moldarem políticas verdadeiramente informadas.

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas (KIRKWOOD, 2008). No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.

Além disso, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas. Essas mudanças incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Em resposta, os adultos mais velhos tendem a selecionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, otimizar suas capacidades existentes, por meio de práticas e novas tecnologias, bem como compensar as perdas de algumas habilidades encontrando outras maneiras de realizar tarefas (BALTES, et al, 2005). Os objetivos, as prioridades motivacionais e as preferências também parecem mudar (CARTENSEN, 2006; ADAMS, 2004; HICKS, et al, 2012). Embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, que pode ser associado ao “desenvolvimento de novos papéis, pontos de vista e muitos contextos sociais inter-relacionados” (BALTES, et al, 2005; DILLAWAY, 2009). Essas mudanças psicossociais podem explicar por que em muitos cenários, a idade avançada pode ser um período de bem-estar subjetivo maior (STEPTOE, *et al.* 2015).

Ao desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento é importante não só considerar as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade mais avançada, porém também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial.

Aos 60 anos de idade, a deficiência e o falecimento resultam de perdas de audição, visão e movimentos relacionados à idade, bem como doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência. Esses problemas não são apenas para os países desenvolvidos. De fato, os encargos associados a muitas dessas condições em pessoas mais maiores é muito maior em países de baixa e média renda.

No entanto, a presença dessas condições de saúde não diz nada sobre o impacto que elas podem ter na vida de pessoas mais maiores. Apesar de ter uma deficiência auditiva, uma pessoa pode manter altos níveis de funcionamento por meio de um aparelho auditivo. Além disso, é simplista considerar o impacto de cada condição independente porque o envelhecimento também é associado ao risco de sofrer mais do que uma condição crônica ao mesmo tempo (conhecida como multimorbidade). Na Alemanha, por exemplo, aproximadamente 1/4 dos adultos maiores entre 70 e 85 anos de idade apresenta 5 ou mais doenças concomitantemente (SAB, et al, 2009). O impacto da multimorbidade no funcionamento, utilização de instalações de saúde e custos é muitas vezes maior do que poderia ser esperado dos efeitos individuais dessas condições.

Além disso, outros estados de saúde ocorrem em idade mais avançada não são captados por classificações de doenças tradicionais. Essas doenças podem ser crônicas ou agudas. Essa complexidade nos estados de saúde e funcional apresentada por pessoas mais maiores levanta questões fundamentais sobre o que queremos dizer com saúde em idade mais avançada, como a medimos e como podemos promovê-la. São necessários novos conceitos definidos não apenas pela presença ou ausência de doença, mas em termos do impacto que essas condições estão tendo sobre o funcionamento e o bem-estar de uma pessoa mais maior.

O enquadramento da saúde e o funcionamento podem ser considerados na idade mais avançada “envelhecimento saudável” e “desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar”, por meio de conceitos da capacidade intrínseca e funcional.

Uma ação de saúde pública relacionada ao envelhecimento é uma necessidade, embora existam lacunas de conhecimento, termos de evidências suficientes para agir hoje. Porém, em estudos realizadas pela OMS apontam ações prioritárias que podem ajudar a alcançar os objetivos e aumentar a capacidade funcional das pessoas mais maiores: 1. Alinhar os sistemas de saúde a populações “mais maiores” que agora atendem; 2. Desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo; 3. Criar ambientes favoráveis aos adultos maiores; 4. Melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão do processo de envelhecimento.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA - PNSPI

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi fixada nos termos da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Vários determinantes colaboram para a construção dos princípios da PNSPI. O princípio norteador é o de que não há uma velhice e, sim, velhices. Não há um único modo de envelhecer. Sexo, gênero, local de moradia, heterogeneidade dos grupos etários, estilos e histórias de vida, hábitos saudáveis, meio ambiente, o exercício das potencialidades individuais, as oportunidades de se usar os talentos natos e inatos e a situação socioeconômica são alguns dos determinantes do processo de envelhecer (BRASIL MS, 2006). Essa Política tem o propósito de trabalhar em dois grandes eixos, tendo como paradigma a capacidade funcional da população idosa: as pessoas idosas independentes e a parcela frágil deste segmento populacional, as dependentes. A funcionalidade, posta como paradigma para a organização dos serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, exige um olhar para além das doenças, buscando-se a compreensão quanto aos aspectos funcionais do indivíduo que envelhece. Estes não envolvem somente a saúde física e mental, mas, também, as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional da pessoa idosa, vista de uma forma abrangente. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico e funcional da população idosa. As diretrizes definidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas idosas são, quais sejam: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. É responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde a

promoção da qualidade de vida da pessoa idosa. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta de todos os níveis de atenção do SUS.

FRAGILIDADE CLÍNICA E VULNERABILIDADE EM PESSOAS IDOSAS

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa sugere que a prática de cuidados às pessoas idosas deva ser fundamentada na abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais, que influenciam a saúde das pessoas idosas e o ambiente no qual está inserido. O envelhecimento populacional e a crescente incorporação das mulheres no mercado de trabalho estão reduzindo a capacidade das famílias no provimento do cuidado às pessoas idosas, principalmente aquelas que se encontram em situação de fragilidade, conceito amplamente discutido e absorvido pela literatura gerontológica. Destaca-se que o aumento das necessidades de atenção aos idosos com dependência associa-se, também, com a pouca oferta e qualidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's).

Fragilidade é um importante problema clínico e de saúde pública. Entretanto, sua definição permanece controversa. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos; encontra-se acamado; esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão; apresenta doenças, sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demências e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros, dentre outras: encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional dentre as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's); vive em situações de violência doméstica; e ter 75 anos ou mais de idade; vulnerabilidade é um conceito que remete a diversas categorias de análise, cenários e contextos. O termo implica na necessidade de múltiplos olhares para as estruturas sociais vulnerabilizantes ou condicionamentos de vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade nasceu na área dos Direitos Humanos, tendo sido incorporado ao campo da saúde a partir dos trabalhos realizados na Escola de Saúde Pública de Harvard sobre a epidemia da AIDS. A vulnerabilidade se associa às diferenças individuais e às formas de lidar com elas, associadas às dificuldades ambientais. Os eventos que vulnerabilizam as pessoas não

são apenas determinados por aspectos de natureza econômica, fatores como a fragilização de vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência) ou vinculadas à violência, ao território, à representação política dentre outros, também afetam as pessoas. Dessa forma, reconheceu-se a complexa interação entre a predisposição individual à vulnerabilidade, o ambiente vivenciado e a presença/ausência de estrutura social. A vulnerabilidade pode ser conceituada como programática, pois leva em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização dos serviços, o vínculo com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes. A vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e se relaciona com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional.

PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS – PAI

O Programa Acompanhante de Idosos é uma experiência implantada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, baseada na experiência realizada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que se constituiu em entidade parceira, por meio do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG). O projeto inicial teve como objetivo, capacitar indivíduos a realizarem atividades comunitárias de cuidado e acompanhamento de pessoas idosas frágeis, para atuarem na identificação de situações de risco que comprometessem a autonomia e independência, bem como contribuir, para minimizar os efeitos da dependência que as pessoas idosas possuíam. A capacitação ocorreu em 6 (seis) meses, sendo que, durante três meses, os participantes desenvolveram atividades de acompanhamento de pessoas idosas na região central da cidade de São Paulo. Os profissionais de saúde da região de Santa Cecília sentiram a necessidade de implantar ações, que ultrapassassem as práticas tradicionais de intervenção em saúde, ao constatarem as necessidades peculiares da população idosa que o seu território geográfico e social compunha. Com a confluência das propostas das Áreas Técnicas de Saúde da Pessoa Idosa e da Saúde Mental, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por meio da Unidade de Referência de Saúde do Idoso - Sé (URSI Sé) estabeleceu parceria com a instituição parceira Associação Saúde da Família, para implantação do Projeto “Anjos Urbanos” (2004). O projeto foi piloto e se constituiu com o

objetivo de oferecer cuidados domiciliares às pessoas com dependência funcional para as atividades da vida diária. Foram contratadas pessoas que haviam realizado a capacitação inicial feita pela UNIFESP, estabelecendo como área de abrangência as regiões de Santa Cecília, Sé e Santana, ficando a URSI Sé responsável pelo gerenciamento do projeto. Posteriormente, a mesma experiência foi repetida na região da subprefeitura da Mooca, por meio de parceria entre a Unidade de Referência à Saúde do Idoso – Mooca (URSI Mooca) e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. A demanda originou-se da necessidade de atenção a um grupo de pessoas idosas, em situações muito semelhantes aos encontrados na Sé, que não tinham a possibilidade de autocuidado e corriam riscos de institucionalização. Mediante a realidade apresentada, o projeto foi instituído na região, denominado de Acompanhamento Comunitário do Idoso. O treinamento inicial das acompanhantes foi realizado pela equipe gerontológica da URSI Mooca. Em 2008, face à avaliação positiva que o projeto recebeu, a Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação da Atenção Básica, decidiu torná-lo uma Política Pública para a população idosa fragilizada do município de São Paulo. Foi expandido para outras doze regiões da cidade, com nova denominação: “Programa Acompanhante de Idosos”. Em 2012, após uma terceira expansão, o PAI passou a contar com 22 equipes, distribuídas em todas as regiões da cidade de São Paulo, através de parcerias com as seguintes instituições: Associação Saúde da Família, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e Superintendência de Atenção à Saúde do Serviço Social da Construção Civil, as quais, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Saúde, planejam e executam o Programa Acompanhante de Idosos. O Programa encontra-se em atividade e já constitui importante opção de atendimento aos idosos em situação de fragilidade, pois rompe a exclusão em que esses indivíduos se encontram, decorrente da situação de sua saúde. Também se transformou numa prática positiva de política pública, pois responsabiliza o gestor da política de saúde a exercer o seu papel no contexto do envelhecimento. Hoje o Programa conta com 40 equipes, sendo 120 idosos para cada equipe, totalizando 4.800 pacientes, gerenciado pelas Organizações Sociais.

DEFINIÇÃO DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS - PAI

É uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais da saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais.

DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA

Objetivo Geral: Desenvolver um Programa na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo, que contemple a assistência integral à saúde de população idosa dependente e socialmente vulnerável, com dificuldade de acesso ao sistema de saúde e com isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar ou social;

Objetivos Específicos: Promover assistência integral à saúde da população idosa descrita, objetivando desenvolver autocuidado, autonomia, independência e melhoria do estado de saúde; evitar, ou adiar a institucionalização e oferecer condições a essa população de uma vida mais autônoma e de melhor qualidade; promover a quebra do isolamento e exclusão social; formar, acompanhar e dar suporte técnico a acompanhantes de idosos (AI's), para atender a população idosa descrita, em seu domicílio e/ou na cidade; integrar as redes formais e informais de atenção à pessoa idosa para fortalecimento de parcerias e obtenção de alternativas de atendimento das demandas.

DAS DIRETRIZES DO PROGRAMA

O Programa Acompanhante de Idosos, política pública de saúde da cidade de São Paulo, propõe-se a responder às necessidades das pessoas idosas, que têm comprometimento de sua capacidade funcional. Para o desenvolvimento, eficiência e eficácia das ações pertinentes ao Programa, estas diretrizes são fundamentais: assegurar o acesso da pessoa idosa frágil ao sistema de saúde e aos recursos da comunidade; garantir a inclusão e o acompanhamento das pessoas idosas matriculadas na Unidade de Saúde de referência; propiciar a inserção social da pessoa idosa atendida na comunidade e a sua participação social; respeitar o espaço de moradia da pessoa idosa, bem como os seus pertences pessoais, móveis e utilidades domésticas; incentivar a autonomia e a independência da pessoa idosa atendida; desenvolver uma ética de

respeito e dignidade aos valores humanos e, principalmente, do respeito à individualidade da pessoa idosa; respeitar os valores, costumes e crenças da população atendida, incluindo a opção religiosa; oferecer suporte técnico aos familiares da população atendida; oferecer aos profissionais, que não tenham conhecimento em Gerontologia, a oportunidade de atualização permanente neste campo de conhecimento; desenvolver as ações do Programa na perspectiva de intervenção através de equipe interdisciplinar, assegurando a especificidade de cada um dos participantes da equipe; garantir o processo de educação permanente das equipes que desenvolvem as atividades, direta e indiretamente, com a população alvo do Programa; realizar atividades que garantam acompanhamento, suporte e supervisão sistemáticos dos acompanhantes de idosos; garantir a unicidade do Programa, levando em conta as especificidades locais e regionais. A Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS, 2001), estabeleceu as normas de funcionamento de serviços de atenção à pessoa idosa no Brasil, definindo as modalidades de atendimento, respeitando as complexidades e especificidades.

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA

O Programa Acompanhante de Idosos desenvolve-se numa Unidade de Saúde da Rede Básica de Atenção, preferencialmente em uma Unidade Básica de Saúde, fazendo parte, portanto, da rede de serviços em saúde. A metodologia e a operacionalização do trabalho devem obedecer, aos seguintes passos: constituição da equipe de trabalho, composta pelos profissionais que serão os executores das ações e que terão funções bem estabelecidas; inserção da equipe de trabalho na unidade de saúde onde as atividades serão desenvolvidas; garantia de espaço físico adequado para a equipe do Programa dentro da unidade de saúde e de equipamentos necessários para o desenvolvimento das ações pertinentes; identificação do território geográfico de abrangência do Programa, respeitando-se a orientação de que o tempo de deslocamento do acompanhante não ultrapasse 60 minutos entre ida e volta; identificação e cadastramento das pessoas idosas, que serão potenciais beneficiários do Programa e que residem na área de abrangência do Programa, com preenchimento da ficha cadastral; avaliação inicial da situação de saúde e da condição social da pessoa cadastrada, para possível inclusão no Programa, desde que preencha os critérios de inclusão definidos e que haja concordância da pessoa idosa, ou do responsável legal, se houver

impedimento; a inclusão no Programa, sempre que possível, será compartilhada com a família ou representante (cuidador informal) para que exista co-responsabilidade no acompanhamento, respeitando a autonomia da pessoa idosa; preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com as devidas assinaturas; preenchimento da ficha de avaliação inicial e elaboração dos dois planos de cuidados, um destinado à equipe técnica e outro ao acompanhante de idosos; introdução da equipe de trabalho na residência do usuário, para apresentação do acompanhante designado, e início das funções e ações, de acordo com o plano de cuidados estabelecido; elaboração, por cada acompanhante de idosos, de relatórios periódicos a respeito do desenvolvimento do plano de cuidados de todos os usuários sob seus cuidados profissionais. É de suma importância o registro sistemático das intervenções realizadas pela equipe de trabalho; acompanhamento e avaliação constante das ações, por meio de reuniões periódicas da equipe técnica com os acompanhantes, para discussão de cada caso, com análise do desenvolvimento dos planos de cuidados, inclusive das situações não previstas inicialmente; educação permanente dos acompanhantes de idoso, com discussões sobre temas relacionados ao envelhecimento e ao cuidado de pessoas idosas dependentes e fragilizadas; suporte psicológico à equipe de trabalho e, em especial, aos acompanhantes de idoso, através de articulação com a rede, ou por contratação de profissional específico, de acordo com a necessidade; preenchimento dos indicadores de monitoramento e avaliação do programa, na periodicidade pactuada com a Secretaria Municipal da Saúde; desligamento gradual ou alta do Programa, caso o usuário preencha os critérios de desligamento/alta definidos; encaminhamento do usuário desligado do Programa para a unidade de saúde de origem; fornecimento de um serviço de transporte para cada equipe, cuja forma de contrato é definida de acordo as diretrizes da SMS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A. ESTRUTURA: número de unidades com quadro completo de equipe técnica; número de unidades com quadro completo de acompanhantes; número de unidades com quadro completo de auxiliares de enfermagem; número de acompanhantes com capacitação inicial.

B. INDICADORES: tempo médio de permanência no programa por usuário; percentual de usuários segundo a auto declaração de raça/cor; percentual de usuários, segundo número de condições crônicas;

percentual de usuários, segundo número de medicamentos utilizados; capacidade funcional física; percentual de usuários, segundo o grau de autonomia; número médio de usuários acompanhados por mês, por acompanhante, segundo o grau de capacidade funcional física; número médio mensal de usuários acompanhados pela equipe de trabalho, segundo o grau de capacidade funcional física; número médio de usuários acompanhados por mês, por acompanhante, segundo o nível de complexidade do plano de cuidados; número médio mensal de usuários acompanhados pela equipe de trabalho, segundo o nível de complexidade do plano de cuidados.

JUSTIFICATIVA

O Programa Acompanhante de Idosos implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo poderá representar uma estratégia de políticas de saúde pública para o de enfrentamento do envelhecimento da população paulista, estando em consonância com o Plano de Metas de 2017-2020, especialmente nas metas: redução de 5% na taxa de mortalidade precoce por doenças crônicas não transmissíveis selecionadas, contribuindo para o aumento da expectativa de vida saudável e na transformação de São Paulo como Cidade Amiga do Idoso, com vistas ao selo do Programa São Paulo Amigo do Idoso.

OBJETIVOS

- Identificar as percepções dos coordenadores e técnicos regionais do Programa Acompanhante de Idosos – PAI sobre os resultados do Programa frente aos objetivos propostos;
- Identificar o quanto o Programa contribuiu para redução da discriminação com a pessoa idosa;
- Destacar os pontos fortes e de melhoria do programa.

METODOLOGIA

Diante das características do estudo, a opção pela estratégia metodológica de pesquisa qualitativa, se deu em função da necessidade de orientar e dar referencial à investigação; gerar hipóteses baseados na percepção, compreensão e crenças dos coordenadores e supervisores do Programa Acompanhante de Idosos, das regiões de saúde: Norte, Sul, Leste, Oeste, Sudeste e Centro.

Utilizou-se revisão documental baseada no Relatório Anual da Organização Mundial de Saúde – OMS de 2015, sobre o Envelhecimento e Saúde, Portaria nº 2.528/2006, que estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idoso – PNSPI, Documento Norteador do Programa de Acompanhante de Idosos – PAI da Secretaria Municipal de Saúde e Boletim CEInfo: saúde em dados.

A opção pela técnica de Grupo Focal se deu em função da necessidade de fundamentar a investigação diagnóstica do estado da arte do Programa Acompanhante de Idosos – PAI, a partir dos olhares “juízos”, opiniões e posicionamentos dos coordenadores e supervisores do Programa.

De origem anglo-saxônica, a técnica de Grupo Focal foi introduzida no final da década de 1940. Desde então, tem sido utilizada como metodologia de pesquisas sociais, principalmente aquelas que trabalham com avaliação de programas, *marketing*, regulamentação pública, propaganda e comunicação (STEWART, 1990). O custo relativamente baixo associado a seu emprego e possibilidade de obtenção de dados válidos e confiáveis em um tempo abreviado contribuíram para a incorporação maciça da técnica de grupos focais nas pesquisas de marketing (PATTON, 1990; SILVA, 2005).

Diferentes autores chamam atenção para o incremento na utilização dos grupos focais nos últimos anos. Para FLICK (2004), a técnica de GF experimenta uma espécie de renascimento. No campo das ciências sociais, sua penetração se inicia pelo campo da política, mas se espraia progressivamente pelos diversos segmentos da pesquisa social (CRUZ NETO, et al, 2002).

Na área de saúde, o Grupo Focal tem sido mais consistentemente usado a partir da segunda metade dos anos 80 (CARLINI-COTRIM, 1996; VEIGA, 2001). Com base na consulta realizada no MEDLINE, Carlini-Cotrim (1996) destaca o fato de que, até 1984, praticamente não existiam estudos publicados em Saúde Pública que utilizassem Grupo Focal. Em compensação, para o período 1990-1994, a autora evidencia um aumento expressivo de pesquisas utilizando o método, com média de dois trabalhos publicados por mês. Os Estados Unidos lideram o *ranking*, com o maior número de publicações, 57% da produção total (75/153) localizada no MEDLINE. O Brasil até então era representado em apenas duas publicações, ambas realizadas em colaboração com investigadores norte-americanos.

Foram entrevistados 20 coordenadores do Programa, selecionados seguindo representação regional, com duração de 2 (duas)

horas cada sessão. As sessões foram acompanhadas por 2 observadores, com a função de observar as atitudes e comportamentos; um relator com a função de descrever e sistematizar as falas gravadas; e um moderador pesquisador, com a função de coordenar o processo de discussão, atuando como facilitador, com vistas a possibilitar a participação de todos.

Com o propósito de disparar o debate das sessões do Grupo Focal foram abordadas as seguintes questões:

- Em sua opinião os objetivos propostos pelo Programa Acompanhante de Idosos – PAI, com vistas a contemplar à assistência integral à saúde da população idosa dependente, socialmente vulnerável foram atingidos?
- O Programa contribui para redução da discriminação etária, étnica, gênero e violência a população idosa?
- Destaque os pontos fortes e de melhoria do Programa Acompanhante de Idosos – PAI.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e concordaram com a gravação e fotos, para compor a produção de conhecimento.

RESULTADOS DA PESQUISA

Quando perguntado sobre o cumprimento dos objetivos do PAI, se os mesmos foram atingidos. Os participantes foram unânimes em responder “sim”, porém observam:

“Questão cultural do envelhecer”; “frágil, vulnerável e com inúmeras demandas”; “falta de recursos”; “diferença da característica do idoso por região”; “restrita à gestão da saúde”; “circular outras instâncias além da saúde”; “atendimento insuficiente em termos de porcentagem do número total de idosos por região”; “demanda maior que a possibilidade”; “sociedade preconceituosa, inclusive o próprio idoso em alguns casos”; “deveria ser Política Pública, não apenas um Programa, nas percepções do processo de envelhecimento”; “o Programa deveria ser integral com outros segmentos: habitação, educação, cultura, além da saúde”; “porta de entrada sem porta de saída”; “rejeição do próprio idoso”; “problema na própria rede: quando o idoso é do PAI nenhum outro órgão recebe ou interfere”; “falta de integração entre as Políticas Públicas”; “o quanto o PAI economiza do ponto de vista da assistência”; “sim ou não é subjetivo, pois são observações não sistematizadas”.

Quando perguntado sobre a contribuição do PAI para redução da discriminação etária, étnica, gênero e violência contra a população idosa? As respostas foram: SIM, porém:

“Falta divulgação”; “falta de indicadores”; “empoderamento do idoso”; “impacto na UBS”; “redução de ações jurídicas e sensibilização da sociedade”; “indicador de qualidade é mais importante que de quantidade”; “preconceito com idoso continua mesmo com o PAI”; “evolução com a AMPI, com relação à reabilitação é o maior gargalo”; “não vamos conseguir diminuir o índice de violência no território”; “cinco equipes é muito pouco”; “são muitos tipos de violência que o idoso pode sofrer: negligência, maus tratos, sem acesso a cartão de banco”; “conseguimos conscientizar o acompanhante e o próprio idoso das vertentes da violência”; “mais autonomia ao idoso”; “microterritório todos conseguem trabalhar intersetorial, porém no macro território é mais complexo e falho”; “na ESF é melhor”; “a AMPI caminha melhor com o PAI”; “a cada trimestre poderia ter reunião para monitoramento”; “difícil a integração com a Secretaria de Desenvolvimento Social”; “há preconceito com o Programa PAI”; “faltam indicadores para respostas objetivas”; “mais autonomia ao idoso”; “a metodologia AD não é só para suprir o acesso, mas é estratégia metodológica “in lócus”, o que propicia a família, cuidadores, vizinhos atuarem com intervenções de multiplicadores e de controle”; “o que é violência para cada um de nós?”; “a diminuição dos relatórios nos prontuários e as das notificações judiciais, são indicadores”.

Durante a discussão o moderador questiona o grupo onde o Programa se insere melhor na Atenção Básica ou ESF? Respostas: *“Boa Pergunta...”; “quando sozinha é melhor...”; “na ESF é melhor, já em unidade básica tradicional é diferente”; “a articulação é diferente na ESF, e o resultado é outro”; “o caminho pode ser mais longo na tradicional, mas ocorre também”.*

Quando solicitado aos participantes sobre os pontos fortes e de melhoria do Programa as respostas foram:

Pontos Fortes: *“Busca do trabalho em parceria”; “ampliação do Programa”; “o Programa por si só já é forte”; “vai além da saúde física”; “trazer AMPI para além do PAI (além de Diabetes e Hipertensão)”; “multiplicador do conhecimento do cuidar do idoso”; “reinserção no SUS”; “garantia de sobrevida com qualidade e autoestima”; “não é mais o quartinho do PAI, o PAI está na UBS”; “maestria diante das dificuldades”; “fazer a diferença na vida do idoso e da família”; “transforma o meio, acompanhantes analfabetos que foram alfabetizados para cuidar do*

idoso"; "retorno da família, indicador de qualidade"; "ineditismo e orgulho de quem trabalha no Programa"; "paixão visceral"; "Idoso se sentir de direito".

Pontos de melhoria: "Integração com outras Secretarias"; "demanda: maior número de atendimentos"; "divulgação do Programa"; "virar Política Pública"; "destinação de recursos"; "falta de divulgação e reconhecimento"; "profissionais de saúde nem conhecem o Programa"; "trabalho em rede"; "falta de recurso para o PAI"; "pior lugar na unidade"; "falta de autonomia para dar alta"; "descontinuidade do processo do cuidado, não tem acesso a EMAD, ambulância para transporte e unidades de retaguarda"; "ampliar o Programa"; "acrescentar profissionais de reabilitação no Programa"; "fila de espera e falta de orientação ao acompanhante"; "falta de integração com a rede hospitalar"; "tudo é muito pobre: sem cadeira, sem lugar para fazer relatório, reunião sem infraestrutura"; "falta monitoramento do andamento das OSS e do andamento do Programa"; "falta trabalhar os fatores emocionais da equipe"; "equipe sem suporte"; "faltam recursos".

CONCLUSÃO

O discurso dos sujeitos do estudo confirma o contido nos documentos destacados como referencial teórico, de que o ambiente social em que vive o idoso, bem como a ausência ou falta do cuidado integral à saúde, mesmo os idosos acompanhados pelo Programa Acompanhante de Idosos – PAI interfere no processo de envelhecimento.

O estudo demonstrou que mudanças sociais e tecnológicas estão ocorrendo junto com o envelhecimento da população, que podem significar que envelhecer no futuro será diferente das gerações anteriores. Indicando assim, a necessidade de estabelecer ações e Políticas de Saúde Públicas, voltadas a ao idoso e a população "mais maiores", bem com a necessária mudança na percepção de saúde e envelhecimento.

Em 2004, visando responder à necessidade da população paulistana idosa, aliada as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo propõe Programa Acompanhante de Idosos - PAI, em parceria com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo e Organizações Sociais de Saúde, com base em experiência anterior com o projeto "Anjos Urbanos".

O Programa Acompanhante de Idosos – PAI revelou-se uma experiência exitosa, recebendo prêmios, menção honrosa, além de ter

sido objeto de reflexões acadêmicas e discussões técnicas para o aprimoramento do modelo assistencial. Nesta perspectiva, a área técnica da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo declara como sendo uma Política Pública de Saúde para o Idoso.

No entanto, nos discursos dos sujeitos do estudo parece que não perceberam esta transformação na prática, ainda supondo a fragilidade e vulnerabilidade de um simples “Programa”. Confirmada nas falas: *“deveria ser Política Pública, não apenas um Programa”*; *“o Programa por si só já é forte”*; *“não é mais o quartinho do PAI, o PAI está na UBS”*; *“há preconceito com o programa PAI”*; *“ampliação do programa”*; *“empoderamento do idoso”*; e *“mais autonomia ao idoso”*.

Relatam ainda a necessidade de extensão e fortalecimento do Programa considerando o perfil da população idosa, segundo dados do CEInfo, a população idosa paulistana em 2017 corresponde à 422.567 idosos e o Programa Acompanhante de Idosos - PAI conta com 40 equipes para atender uma população de 120 idosos por equipe, totalizando 4.800 idosos, representando aproximadamente 1% da população idosa paulista.

Percebe-se que os sujeitos da pesquisa são profissionais comprometidos com a proposta do Programa Acompanhante de Idosos - PAI, visto que, maioria das respostas foi “sim” especialmente a relacionada ao cumprimento de dos objetivos do Programa, considerando: autocuidado, autonomia, independência, melhoria no estado da saúde física e mental, além da redução da discriminação: etária, étnica, gênero e violência da população idosa.

Porém, como resultados das discussões sobre o cumprimento dos objetivos do Programa Acompanhante de Idosos pode-se concluir que: os objetivos são pretensiosos e arrojados quando se propõe a contemplar assistência integral à saúde da população idosa, dependente e socialmente vulnerável, com dificuldade de acesso ao Sistema de Saúde e com isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar, identificado nos discursos: *“atendimento insuficiente em termos de porcentagem do número total de idosos por região”*; *“demanda maior que a possibilidade”*; *“o Programa deveria ser integral com outros segmentos: habitação, educação, cultura, além da saúde”*; *“problema na própria rede: quando o idoso é do PAI nenhum outro órgão recebe ou interfere”*.

Com relação à contribuição do Programa para redução da discriminação do idoso, entre elas, a violência é necessário resgatar o conceito de violência ao idoso preconizado pela OMS (2002), que define:

“é um ato de acometimento ou omissão que pode ser tanto intencional como voluntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus-tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso”.

Assim, identificamos no discurso dos sujeitos *“empoderamento do idoso”*; *“mais autonomia ao idoso”*; *“são muitos tipos de violência que o idoso pode sofrer: negligência, maus tratos, sem acesso a cartão de banco”*, podem ser ferramentas para redução da discriminação etária, étnica, gênero e violência a população idoso.

Por fim o debate sobre os pontos fortes do Programa os sujeitos indicam: a importância da *“Busca do trabalho em parceria”*; *“multiplicador do conhecimento do cuidar do idoso”*; *“garantia de sobrevivência com qualidade e autoestima”*; e *“fazer a diferença na vida do idoso e da família”*.

Como pontos de melhoria indicam a necessidade do trabalho intersetorial especialmente com outras Secretarias; *“falta de divulgação e reconhecimento”*; *“falta de monitoramento”*; *“trabalho em rede”*; *“acrescentar profissionais de reabilitação no Programa”*; e *“falta de integração com a rede hospitalar”*.

Uma das queixas dos sujeitos da pesquisa está relacionada ao suporte psicológico para as equipes, para compreender as limitações pessoais, do trabalho e do Programa, que está estabelecido na diretriz operacional do Programa e a não realização deste suporte poderá estar dificultando a alta do paciente, especialmente no tocante aos vínculos estabelecidos entre os profissionais e pacientes do ponto de vista emocional.

Conclui-se que os sujeitos do estudo se identificam com os objetivos e propósitos do Programa. Onde o processo de identificação dos sujeitos com o Programa sugere a *“paixão visceral”* colocada como um ponto forte e que representa um *“sentimento humano intenso e profundo marcado pelo interesse e atração da pessoa apaixonada por algo ou*

alguém". Podendo numa primeira análise verificarmos a defesa do Programa, e no segundo momento a negação da existência de problemas, perdendo a criticidade dos reais limites e possibilidades do Programa.

Para que o Programa Acompanhante de Idosos – PAI possa se constituir como uma Política de Saúde Pública para Pessoa Idosa é necessário fortalecer e ampliar o Programa com vistas ao envelhecimento saudável, mudando os paradigmas operacionais, revendo os critérios de inclusão e exclusão, observando o perfil epidemiológico da população assistida, promovendo saúde integral e co-responsabilizando as demais redes de apoio social da gestão Municipal, Estadual e Federal.

REFERÊNCIAS

_____. Prefeitura do Município de São Paulo. Boletim CEInfo: Saúde em Dados. 2017. Acesso em 13 de julho de 2017 (www.prefeitura.sp.gov.br)

_____. Prefeitura do Município de São Paulo. DOCUMENTO NORTEADOR DO PROGRAMA ACOMPANHANTE DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. 2012. Acesso em 27 jun 2017 (www.prefeitura.sp.gov.br)

ABODERIN I, KIZITO P. **Dimensions and determinants of health in old age in Kenya**. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.

ADAMS KB. **Changing investment in activities and interests in elders' lives: theory and measurement**. Int J Aging Hum Dev. 2004;58(2):87–108.

ARXER SL, MURPHY JW. **The Symbolism of globalization, development, and aging**. Dordrecht: Springer; 2012.

BALTES P, Freund A, Li S-C. **The psychological science of human ageing**. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.

BEARD JR, BIGGS S, BLOOM DE, FRIED LP, HOGAN P, KALACHE A, et al. Editors. **Global population ageing: peril or promise?** Geneva: World Economic Forum; 2012.

BRASIL, MPAS. **Portaria nº 73**, de 10 de maio de 2001. Estabelece Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção à Pessoa Idosa. Brasília, 2001. Acesso em 13 de julho de 2017 (www.saude.gov.br).

BRASIL, MS. **Portaria nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional à Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Acesso em 13 de julho de 2017 (www.saude.gov.br).

BUTLER RN. **Ageism: a foreword**. J Soc Issues. 1980.

CARLINI-COTRIM, B. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-93, 1996.

CARSTENSEN LL. **The influence of a sense of time on human development.** Science. 2006 Jun 30; 312(5782):1913–5.

Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

COOK J. **The socio-economic contribution of older people in the UK. Work Older People.** 2011.

CRUZ NETO, O., MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação.** In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 13., ABEP, 2002.

DANNEFER D. **Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory.** J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003.

DILLAWAY HE, BYRNES M. **Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations.** J Appl Gerontol. 2009.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2004.

GASPER D. **Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic.** J Int Dev. 1997; 9(2):281–302.

HAGIST C, Kotlikoff L. **Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries.** Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005.

HICKS JA, TRENT J, DAVIS WE, King LA. **Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory.** Psychol Aging. 2012.

HOOVER DR, CRYSTAL S, KUMAR R, SAMBAMOORTHY U, CANTOR JC. **Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey.** Health Serv Res. 2002.

KARDAMANIDIS K, Lim K, DA CUNHA C, TAYLOR LK, Jorm LR. **Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life.** Med J Aust. 2007.

KINGSLEY DE. **Aging and health care costs: narrative versus reality.** Poverty Public Policy. 2015.

KIRKWOOD TB. **A systematic look at an old problem.** Nature. 2008.

KITE M, WAGNER L. **Attitudes toward older and younger adults.** In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002.

LEVY B, BANAJI M. **Implicit ageism.** In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002.

LLOYD-SHERLOCK P, MCKEE M, EBRAHIM S, GORMAN M, GREENGROSS S, Prince M, et al. **Population ageing and health.** Lancet. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NUSSBAUM MC. **Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice.** Fem Econ. 2003; 9(2–3):33–59.

OLIVER D, FOOT C, HUMPHRIES R. **Making our health and care systems fit for an ageing population.** London: The King's Fund; 2014.

OMS. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** 2015.

PATTON, M. **Q. Qualitative evaluation and research methods.** 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.

POLDER JJ, Barendregt JJ, VAN OERS H. **Health care costs in the last year of life—the Dutch experience.** Soc Sci Med. 2006.

ROLDEN HJA, VAN BODEGOM D, WESTENDORP RGJ. **Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses.** Soc Sci Med. 2014.

SAB A-C, Wurm S, ZIESE T. **Somatic and Psychological Health**. Editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais**. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.

SMITH A. **Grand challenges of our aging society: workshop summary**. Washington (DC): National Academies Press; 2010.

STEPTOE A, DEATON A, STONE AA. **Subjective wellbeing, health, and ageing**. *Lancet*. 2015 Feb 14; 385(9968):640-8.

STEVES CJ, SPECTOR TD, JACKSON SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012.

STEWART, D. W.; SHAMDASANI, P. **Focus group research: exploration and discovery**. Newbury Park: Sage, 1990.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. **A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político**. *Opin. Publica*, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

WONG A, VAN BAAL PHM, BOSHUIZEN HC, Polder JJ. **Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings**. *Health Econ*. 2011.

World economic and social survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations; 2007.

THE RESILIENCE PROCESS OF FAMILIES IN A CONTEXT OF SOCIAL VULNERABILITY: A Brazilian study*

Jéssica Raquel Koschmieder
Adriana Leonidas de Oliveira.

Nancy Julieta Inocente.

Quésia Postigo Kamimura.

Ceneide Maria de Oliveira Cervený

Abstract

Introduction: Resilience has been much discussed in issues related to human development, from child development to psychological health. Understanding how families assisted by philanthropic associations deal with conflicts and challenges of life is of paramount importance so that the managers and administrators of these organizations can devise appropriate strategies. **Objectives:** The present study aims to analyze the resilience process of twenty families that are in a context of social vulnerability and are attended at a philanthropic institution of early childhood education in the city of Cáceres-MT (Brazil). **Methodology:** This is an exploratory study with a qualitative approach which used semistructured interviews for data collection. The contents were analyzed using qualitative content analysis techniques. **Results:** Results highlight the importance of resilience in the process of human development, and it can still be recognized that the key processes of resilience - belief - organization - communication - empower families in making decisions that favored and strengthened the relationships and bonds built within them, aiming at the family, social, economic and spiritual well-being of its members. **Conclusions:** It can be concluded that, although poverty is the core of governmental neglect and lack of public policies, the process of resilience is remarkable. Whether by encouraging their abilities and skills, whether by material and spiritual support, these families seek strengths within their own limitations to strengthen the family structure and to understand and equate the problems that afflict them.

Keywords: Human development. Family resilience.

* Trabalho apresentado no VIII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, realizado pela Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, ALAPSA 2018, em Havana, Cuba.

Introduction

The concept of resilience is not a new subject in the world of science. Human beings and their adaptive capacities have long been discussed and investigated. Why do some people, even after experiencing severe adversity, remain healthy while others faint? Initially, the name of invulnerability was called the phenomenon of the people of the first group. However, it was perceived that the individual did not remain healthy because of an unshakeable or even impenetrable structure, but rather to overcome and adapt adversities, so it was called resilience the process of healthy adaptation of the individual who experiences severe situations of vulnerability (Brandão, Mahfoud & Gianordoli-Nascimento, 2011).

The first social institution responsible for transmitting values and beliefs is the family, acting as a mediator between man and culture, and the family is therefore the matrix of human learning. "The family constitutes the dynamic unity of affective, social and cognitive relations that are immersed in the material, historical and cultural conditions of a given social group" (Dessen & Poland, 2007 p.22).

Souza (2004) researched resilience in family contexts and stated that family resilience is defined based on the functional, structural and adaptive characteristics of the family. In other words, it would be the way the family reacts to the crisis, the learning acquired and the flexibility in solving problems.

Objectives

General Objective

The present study aims to analyze the resilience process of twenty families that are in a context of social vulnerability and are attended at a philanthropic institution of early childhood education in the city of Cáceres-MT (Brazil).

Specific objectives

Describe the challenges faced by the families and the risk factors to which they are exposed;
 Identify the protection factors present;
 Understanding the coping resources used by families in the face of adversity

Method

This is an exploratory study with a qualitative approach which used semistructured interviews for data collection. The contents were analyzed using qualitative content analysis techniques.

The sample was composed by twenty families assisted by philanthropic associations in a Brazilian city in the state of Mato Grosso.

Main Results

Four categories were built based on the content of the interviews: challenges experienced by the family, protection factors, family perception in coping with the problem and learning from the challenge. These are presented in Table 1.

Table 1 – Content Analysis Categories

Content Analysis Categories	Content Analysis Sub-Categories	CONTENT
Challenges experienced by families	Family Mismatches	Poverty, Abandonment and Unemployment
	Risk factors	Addiction, Violence, Illness
Protection Factors	Social inclusion	philanthropic association, Neighbors, Relatives
	Belief	Church (Faith)
	Communication and Relationship	Family Interaction

The perception of the family in facing the problems	Nonconformity and Compliance with the situation	The Clash / Inertia
	Dreams	Find it possible
Learning from the challenge	Understanding Reality	Perseverance
		Love, Trust and Hope
	Learning from mistakes	Reflection

In the first category about the challenges faced by the families, the respondents were unanimous in pointing out the financial difficulties as one of the critical factors. There is no prospect of improvement in short term. Low schooling is evident in all these families. Combined with this, the economic crisis brings with it unemployment and, as a consequence, the dismemberment of the family that is vulnerable to all sorts of problems: such as alcoholism, drug use and violence.

The research brings the certainty of the need that these children have of shelter, since they are subjected to all sorts of risks. The analysis of this category is anchored in Gomes and Pereira (2005), when they affirm that the family is not something concrete, but something that is constructed from elements of reality. And the reality of these families is great vulnerability.

The authors affirm that the high levels of poverty that afflict society find their main determinant in the structure of Brazilian inequality, a perverse inequality in the distribution of income and in the opportunities for economic and social inclusion. They also affirm that the situation of social vulnerability of the poor family is directly related to the structural misery, aggravated by the economic crisis that launches the man or the woman to the unemployment to the underemployment.

Regarding protection factors, the answers obtained reflect well that the philanthropic association, friends and relatives are the sustaining pillars of protection of these families. This allows greater security for life, more time

for work and a little more peace of mind.

The help of the family and, principally, the brotherhood of the siblings is a support of those who have little or no hope.

Communication and relationships make them more confident in coping with problems. The speech of one of the participants corroborates this statement: "I think we can handle it well. We talk a lot, and I also think it's important to try to put yourself in the other's place, it helps a lot. " You can also see another participant saying: "So I think we have better face the problems today, but we still need to improve the dialogue."

For Rutter (1993), it is of crucial importance to know the factors that affect adversity situations and the dynamics of the protective mechanisms that will increase the knowledge and the reasons why some individuals are not affected by deprivation. The author assures that resilience is not only related to the strengths and weaknesses of each person, but rather to what he calls the negotiation that people do when they are at risk.

Conclusions and recommendations

It can be concluded that, although poverty is the core of governmental neglect and lack of public policies, the process of resilience is remarkable. Whether by encouraging their abilities and skills, whether by material and spiritual support, these families seek strengths within their own limitations to strengthen the family structure and to understand and equate the problems that afflict them.

It is possible to notice that despite the contexts of difficulties, the families have been looking for growth, as much in economic as in social, emotional and spiritual scope. Many of the families still struggle against unemployment and underemployment, which is one of the factors that has contributed the most to the contexts and situations of vulnerabilities present in the discourse of the participants. This factor has led family groups to situations of poverty and financial and emotional instability. On the other hand, situations like these have developed creativity within these family units. Souza (2004) says that creativity arises in moments of greatest adversity.

Organizational processes and communication reveal an environment where there are certain types and levels of conflict and repression, but also a high degree of trust, solidarity and reciprocity in the environment and in family ties.

It is possible, given the results of the research, to affirm that families attended by philanthropic institution experience constant situations of

social vulnerability and, therefore, are subject to risks and difficulties. However, it can not be said that such situations have limited or even blocked the development of these families.

Given the discussions of the data presented, it is possible to conclude that the process of resilience of families in a context of social vulnerability contributes with the empowerment in the life of the people so that they can try to leave the situations of risk or conflict that are. The key processes of resilience - belief - organization - communication - present in the discourses of the respondents, empower families to make decisions that have strengthened the relationships and bonds built within them, aiming at the family, social, economic and spiritual well - being of their members. We recommend that more studies of this nature be carried out, since they can subsidize more appropriate public policy to the reality of the families involved.

References

Brandão, J. M., Mahfoud, M. & Gianordoli-Nascimento, I. F..(2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 21, n. 49, p. 263-271, Aug.

Dessen, M. A. & Polonia, A. C. (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia* (Ribeirão Preto) [online]. , vol.17, n.36, pp.21-32. ISSN 0103-863X. Available in: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100003>.

Gomes, A.M. & Pereira, M.L.D.(2005). Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência e saúde coletiva*. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>> 05/02/2016.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of adolescent health* 14:626-631.

Souza, M. T. S. (2004). Família e Resiliência. In: C.M.O.Cervený (org), *Família e...* São Paulo; Casa do Psicólogo.

CONTEXTOS DA ECONOMIA E GESTÃO DA SAÚDE

Introducción. Fundamentos

La calidad no tiene precio, pero si tiene un costo. Están por un lado los costos de la calidad y por otro los costos de la mala calidad. Estos últimos son muchos más caros que los costos de la calidad.

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar sus riesgos.

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Calidades:

- Hacer lo correcto, en forma correcta.
- A tiempo, todo el tiempo
- Desde la primera vez
- Mejorando siempre
- Innovando siempre
- Siempre satisfaciendo a los clientes
-

Dimensiones de la calidad:

- Humana
- Técnica
- Del entorno

Incluye:

- Calidad científico técnica
- Satisfacción de los usuarios/usuarios
- Eficacia
- Efectividad
- Eficiencia
- Accesibilidad
- Continuidad
- Comodidad

Componentes de la calidad:

Planificación de la calidad

- Políticas de calidad
- Planes estratégicos y operativos con enfoque de calidad

Organización para la calidad

- Dirección Ejecutiva de Calidad en salud
- Unidades de Calidad
- Equipos de Mejora

Garantía y mejoramiento

- Estandarización
- Autoevaluación
- Acreditación
- Mejora continua
- Evaluación de tecnología

Información para la calidad

- Monitoreo de la calidad
- Información al usuario

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la adquisición de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

Principios de la Garantía de Calidad

- Se orienta hacia las necesidades y expectativas del usuario y de la comunidad
- Se concentra en los sistemas y procesos de prestación de la atención
- Utiliza datos e información para analizar la prestación de la atención (Evidencia)
- Alienta el trabajo en equipo para la solución de problemas y mejora de la calidad

Entornos de práctica favorables:

Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente

Agreguemos a lo anterior:

- Seguridad del paciente
- Seguridad del personal de salud
- Ética profesional

La medición de los costos asociados a la calidad facilita la evaluación de los programas de mejora, porque determina:

- Adoptar un lenguaje común (dólares/euros/cruzeiros/pesos) para gestores y profesionales de salud, administradores y todos en general.
- Permite la medición “objetiva” de la calidad.
- Pone en evidencia de la rentabilidad de los planes de calidad.

El concepto tradicional de mejora de la calidad asistencial está basado en promover la efectividad y orientarse al cliente.

Donabedian postulaba que los programas de calidad pueden comportar un impacto en los costos que implique: detectar situaciones en que es necesario aumentar los recursos, evitar actuaciones que perjudican la salud y aumentan los costos, suprimir procedimientos ineficaces y costosos e introducir procedimientos igualmente eficaces pero menos costosos.

La idea equivocada de que la calidad es más costosa, viene por no medir el costo de la mala calidad y, si no se mide, no se puede controlar.

El costo de la calidad incluye:

- Costo de la prevención, que son las acciones para investigar, impedir o reducir los defectos y los errores en los servicios.
- Costo de la evaluación que consiste en efectuar una valoración de los servicios y comprobar si responden a lo que estaba previsto.

Por otra parte, el costo resultante de la mala calidad incluye:

Costo de los fallos internos: como por ejemplo radiografías y análisis clínicos repetidos por pérdida o por mala calidad. También historias clínicas mal archivadas o perdidas.

- Costo de los fallos externos, tales como:
 - Reintervenciones quirúrgicas
 - Reingresos por la misma causa
 - Errores en la atención de la salud: médicos, de enfermería y de medicación.
 - Infección hospitalaria
 - Quejas y reclamaciones
 - Pérdida de confianza del usuario
 - Reclamaciones judiciales

Para corregir la mala calidad y por lo tanto mejorar los costos, se debe:

- Identificar y seleccionar el problema
- Establecer las posibles causas del problema analizando la información disponible
- Tomar medidas para suprimir la causa
- Determinar los cambios necesarios

- Evaluar los resultados hasta que el problema quede resuelto

Dentro de los fallos que producen mayores costos, tanto económicos directos como indirectos (morbilidad y mortalidad) se encuentran:

- a) las infecciones hospitalarias.
- b) los errores de la práctica médica y dentro de ellos los errores de medicación.
- c) En los servicios de laboratorio, radiología.

Efectos económicos atribuibles a la infección hospitalaria

Introducción. Definición

Es aquella infección que aparece en un paciente hospitalizado y que no estaba presente, ni en período de incubación, en el momento de su ingreso al hospital.

Es un efecto adverso (no deseado) de la atención hospitalaria de un paciente.

Incluye también las infecciones adquiridas durante el proceso de internación pero que se manifiestan después del alta.

El índice de infección es un indicador que pone en evidencia la calidad del centro en su estructura, proceso de atención y cuidados de los pacientes allí ingresados.

Siendo un indicador que se ha mejorado con los programas de vigilancia y control

Debemos recordar que existe “Minimun irreductible” o “fracción de infección nosocomial” que es imposible de erradicar y que varía según los centros.

Frecuencia

Entre las más frecuentes mencionamos:

- Urinaria: urocultivo con más de 10* UFC/ml (unidades formadoras de colonias por mililitro).
- Sitio quirúrgico: lugar donde se realizó la intervención quirúrgica.
- Pulmonar: infiltrado nuevo más expectoración.
- Sangre: Hemocultivo positivo.

Fuentes de infección

- Endógena
- Exógena
o Infección cruzada
o Ambientales e instrumental

Factores predisponentes

- Intrínsecos
 - o Sexo
 - o Edad
 - o Enfermedad de base
 - o ITU (Infección del tracto Urinario) previa
- Extrínsecos
 - o Sondas uretrales
 - o Tratamientos intravenosos
 - o Procedimientos quirúrgicos
 - o Formación del personal de salud

Historia

En 1975 se creó en Estados Unidos de América un estudio a nivel nacional denominado

SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) realizado durante 10 años. Algunas conclusiones del mismo fueron:

- Se logró una reducción de un 32% de la infección en los hospitales con programa.
- Se constató un aumento entre 7 y 48% de la infección en hospitales en que no se aplicó el programa o fueron ineficaces.
- El programa resultó ser costo-efectivo (es decir se pagaba solo) si con la prevención se mejora el 6% de la infección.

Evidencia empírica

- La Infección Nosocomial (IN) determina morbilidad, mortalidad y aumento de los costos.
- Aumento de los días de estadía hospitalaria.
- Aumento de los costos determinados por los servicios de los días adicionales.
- La disminución de la IN optimiza la utilización de los recursos de salud.
- Con datos del SENIC se constató que el 5% de pacientes que ingresan en un hospital adquieren una IN y en un momento dado puede haber 10% de infectados.
- El 1,5% de infectados morirá debido a la IN y en el 4% contribuirá decisivamente.
- En Inglaterra, año 1980 se constató un 9,2% de prevalencia.

- En USA (1985) 5,7% de incidencia, con 2.000.000 de pacientes internados:
- 12.000 bacteriemia con 27% de mortalidad.
- 20.000 muertes anuales por causa directa de la infección.
- 60.000 como causa indirecta.
- En España los datos de prevalencia fueron: 11,2 (1986), 9,87 (1990), 8,08 (1997).
- En USA se constató un aumento de la de la hospitalización promedio de 4 días con un máximo de 64 y costo promedio de 1.833 dólares por día. Producen 8.700.000 días adicionales y 4 billones de dólares anuales de costo adicional (datos SENIC 1986).
- En España se constató en el año 1985 un costo adicional de 87.000 millones de pesetas que representan el presupuesto total anual de 29 hospitales de 300 camas.

Distribución de las principales Infecciones nosocomiales

- Infección Tracto Urinario 35-45%
- Infección sitio quirúrgico 18-27%
- Neumonía 8-33%
- Bacteriemia 3-5%

Infección de tracto urinario

Factores predisponentes

- Intrínsecos
 - o Edad
 - o Sexo
 - o Enfermedad de base
 - o Infección Tracto Urinario previa
- Extrínsecos
 - o Sonda vesical: duración, tipo y técnica de colocación

Infección de sitio quirúrgico

Definición

Es aquella infección que se produce en el lugar donde se realizó la intervención quirúrgica y ocurre dentro de los 30 días después de la cirugía cuando no hubo implante protésico y dentro del año si se colocó un implante.

Clasificación

- Incisional superficial: afecta a la piel y tejido celular.
- Incisional profunda: afecta a tejidos profundos de la herida quirúrgica
- Órgano cavitaria: afecta a otra parte anatómica, distinta a la incisión, que fuera abierta o manipulada durante la operación.

Datos

Las infecciones de sitio quirúrgico determinan:

- Alargamiento de la estadía media entre 7,3 y 26 días.
- Aumento de los costos promedio por paciente entre 910 y 5.100 dólares.
- Según datos del NNIS, del año 1990 produjeron un aumento promedio de 7,3 días y 3.152 dólares por paciente, lo que representa 1,6 billones anuales de gasto en USA.
- Es la principal causa de complicación del postoperatorio.
- Representan casi la cuarta parte de las IN.
- Las 2/3 partes de las mismas son incisionales.
- En el 77% de los fallecidos se debió a las de órgano-espacio.
- El 25% ocurren después del alta.

Clasificación de las heridas quirúrgicas según el grado de contaminación

- Limpia
- Limpia-contaminada
- Contaminada
- Sucia

Costos de la infección quirúrgica

- Preinfección: costos de las medidas preventivas y de evaluación
- Postinfección:
 - o Costos directos
 - o Costos indirectos
- Morbilidad (secuelas)
- Mortalidad (años perdidos)
 - o Costos intangibles (cuidados informales, familiares, ausencia al trabajo)

Profilaxis antibiótica en Cirugía (PAQ)

Es de vital importancia:

- La introducción de protocolos específicos determinaron:

- o Los pacientes que recibieron PAQ pasaron de 39% a 97%
- o La media de días que recibieron antibióticos disminuyó en un 38%
- o Tasas de infección de herida quirúrgica disminuyó un 27%
- o Fármacos relativamente baratos y con relación costo-beneficio. Shapiro M, 1982. Mac Gowan JE, 1991

Metodología del cálculo del impacto económico de la IN

- Cálculo de los días adicionales de estadía hospitalaria atribuibles a la IN
- Cálculo de costos
 - o Costos variables: que dependen del volumen de servicios
 - o Costo marginal: costo añadido de cada IN y por lo tanto cual es el costo ahorrado por cada IN evitada

Métodos de estimación de las estadias excesivas atribuibles a la IN

- Directos
 - o Valoración médica implícita
 - o Utilización del AEP (Protocolo de Evaluación del uso Apropiado)
- Comparativos
 - o de grupos no apareados
 - o de grupos apareados: matching o estudios “caso-control”

Comparación de grupos apareados (matching, caso-control)

- Comparar pacientes infectados con no infectados (controles)
- Se comparan los días adicionales de hospitalización y los costos de los mismos.
- El apareamiento no es fruto del azar sino que debe basarse en una serie de características que hacen que los pacientes tengan la misma estadía (o costos) esperados en el caso en que la IN no se haya producido.
- Se trata de conseguir que ambos grupos sean lo más similares posibles, excepto en la aparición de la infección.
- La cuestión más delicada de los estudios comparativos consiste en definir que variables se utilizarán.

Apareamiento por:

- Edad (mayor o menor de 5 años)
- Sexo
- Servicio Hospitalario
- Diagnóstico principal

- Procedimiento quirúrgico principal
- Diagnósticos secundarios
 - o Hay que tratar de eliminar todos los factores de confusión tales como enfermedades subyacentes u otras complicaciones
 - o Se determinan los días de internación y costos de ambos grupos
 - o Se resta la media aritmética de los días de internación y costos de los casos menos la media aritmética de los controles.
 - o Se dice que este método sobrestima los valores
 - o También pueden utilizarse como variable los GRD
 - o Mejor aún si se adiciona la comorbilidad como el número de diagnósticos secundarios

Resultados

- Estimación de los costos de la infección.
- Estimación de los costos marginales.
- Demostrar los costos ahorrados:
 - o Ahorro potencial: cantidad que puede ser ahorrada en estimaciones de la eficacia de los programas de control.
 - o Ahorro actual: cantidad ahorrada al presente al disminuir las tasas de infección.
- La calidad tiene un costo pero es mucho más cara la no-calidad.
- Es muy importante cuantificar la calidad para que los datos sirvan de ejemplo.
- Esto facilita la comunicación al proveer un lenguaje común (pesos, dólares, euros) comprensible desde todas las perspectivas.
- Basarse en los indicadores para el seguimiento y control.
- Realizar las correcciones necesarias.

Ejemplo: Trabajo de tesis:

Incremento de costos atribuible a la infección quirúrgica en la apendicectomía y la colectomía

1. JUSTIFICACIÓN de la medición de los costos que determina la infección quirúrgica

- a. El sistema de pago prospectivo se está empleando cada vez más en el mundo, que obliga a conocer los costos.
- b. Es el primer paso de cualquier estudio de evaluación económica.

- c. Es una medida de la calidad.
- d. Podemos conocer el costo de oportunidad en días/cama de ocupación y el costo adicional que determina.
- e. Hay una estimación imprecisa de los costos que producen.
- f. Es un elemento esencial en la Gestión por procesos.

2. OBJETIVOS

- a. Validar un sistema propio de medición de los costos directos reales de la infección de sitio quirúrgico.
- b. Determinar los costos mediante la medición directa en:
 - Apendicectomía
 - Colectomía

3. MATERIAL Y METODO

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Metodología de Apareamiento (Matching) Individual de Pacientes Agrupados por Múltiples Características. Estudio de casos y controles con base poblacional; los casos fueron todos los pacientes diagnosticados de infección de sitio quirúrgico tras apendicectomía o colectomía y los controles una muestra seleccionada aleatoriamente entre los pacientes no infectados que reunían características comunes para el apareamiento.

2. TIPOS DE APAREAMIENTO

Apareamiento 1:

- Diagnóstico Principal
- Procedimiento Quirúrgico Principal
- Edad
- Sexo

Apareamiento 2: se agrega:

- Diagnósticos Secundarios

3. FUENTES DE INFORMACIÓN

- Registros e historia clínica informatizada del Hospital de Barcelona durante los años 1998 y 1999.
- Contabilidad analítica basada en el programa ADS plus, con los datos de:
 - o Consumos de farmacia

- o Materiales sanitarios
- o Pruebas adicionales de diagnóstico
- o Días de estancia generados

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Comparación de Medias
- Pruebas no Paramétricas: Test de Wilcoxon
- Nivel de Significación de $p < 0,01$
- SPSS Versión 9.0

5. ESTIMACIÓN

- Prolongación de la estadía hospitalaria
 - o Número de días
 - o Valor monetario
- Costos alternativos
- Costos directos reales totales
- Reingresos por complicaciones

4. RESULTADOS

1. APENDICECTOMÍA

MÉTODO DE APAREAMIENTO 1

	Casos	Controles	Diferencia	%
Estancia hosp. en días	10,7	3,0	7,7	357
Estancia hosp. en euros	2.410,53	816,90	1.593,63	295
Costos alternativos	588,07	125,00	463,07	470
Total de costos directos	2.998,60	941,89	2.056,71	318
Diferencias significativas	(p<0,01)			

MÉTODO DE APAREAMIENTO 2

	Casos	Controles	Diferencia	%
Estancia hosp. en días	10,9	3,6	7,3	303
Estancia hosp. en euros	2.253,81	753,92	1.499,89	299
Costos alternativos	497,88	116,89	380,99	426
Total de costos directos	2.751,70	870,81	1.880,89	316
Diferencias significativas ($p < 0,01$)				

2. COLECTOMÍA

MÉTODO DE APAREAMIENTO 1

	Casos	Controles	Diferencia	%
Estancia hosp. en días	27,4	9,8	17,6	280
Estancia hosp. en euros	6.537,64	2.062,90	4.474,64	317
Costos alternativos	4.167,71	537,56	3.630,15	775
Total de costos directos	10.705,34	2.600,55	8.104,79	412
Diferencias significativas ($p < 0,01$)				

MÉTODO DE APAREAMIENTO 2

	Casos	Controles	Diferencia	%
Estancia hosp. en días	25,5	10,1	15,4	252
Estancia hosp. en euros	5.680,75	2.115,48	3.565,28	269
Costos alternativos	3.346,28	505,21	2.840,37	661
Total de costos directos	9.081,12	2.621,39	6.405,65	344
Diferencias significativas ($p < 0,01$)				

3. TOTAL COSTOS DIRECTOS REALES

COLECTOMÍA

Con infección: **9.081,12**

Sin infección: **2.621,39**

APENDICECTOMÍA

Con infección: **2.751,70**

Sin infección: **870,81**

4. INCREMENTO ADICIONANDO A LOS REINGRESOS

INCREMENTO ADICIONANDO LOS REINGRESOS

Operación	Estancia	Estancia Euros*	Costos altern.*	Total*
Apendicectomía	8,4 días	1.722,07	443,60	2.165,67
Colectomía	20,9 días	4.897,53	3.389,99	8.286,52

* Euros.

5. CONCLUSIONES

- La infección de sitio quirúrgico es una causa de no calidad y determina un incremento de los costos hospitalarios.
- La cuantificación del costo es una de las fases imprescindibles de un programa.
- Se aporta una metodología válida para la obtención de evidencia respecto a los efectos económicos de la infección en dos procesos asistenciales distintos.
- La infección de sitio quirúrgico determina:
 - o Prolongación de la estada hospitalaria
 - Más de 7 días en la apendicectomía
 - Más de 15 días en la colectomía.
 - o Aumento de costos directos reales
 - Más de 1.800 euros de media en la apendicectomía por paciente infectado.
 - Más de 6.400 euros de media en la colectomía por paciente infectado.
 - o Incrementos totales superiores a 300%.
 - o Estos aumentos son aún superiores (8,4 días y 20,9 días respectivamente) si se adicional los reingresos debidos a la complicación infecciosa inicial.
- A pesar de ser 2 procedimientos quirúrgicos de una complejidad muy diferente, ambos tuvieron incrementos similares (ver grafico).

Los hallazgos justifican:

- Medidas de control de la infección.
- Considerar incentivos para los programas de control.
- Generalización del estudio en otros centros para comparar resultados.

Conclusiones finales

La infección hospitalaria, también denominada nosocomial, constituye una de las causas más importantes de costos los de la no calidad, cuyas cifras económicas son muy elevadas como lo determinan los distintos estudios realizados. Es importante destacar que además de los costos directos de las mismas, se encuentran los costos de la morbilidad y mortalidad que determinan, como también los costos adicionales que surgen en su transcurso y que son prácticamente no medidos. Entre las primeras causas figuran la infección urinaria y la infección de sitio quirúrgico que determinan costos muy elevados. Es de gran importancia cuantificarlas y exponer los resultados; como también la puesta en práctica de las medidas de prevención que comienzan con el simple lavado de manos a nivel de todo el hospital y los programas que como el de profilaxis antibiótica prequirúrgica que han demostrado su efectividad y determinan un ahorro considerable.

La calidad es un instrumento de vital importancia en todas las entidades y fundamentalmente en las de salud. La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas de salud modernos. La gestión de la calidad es mucho más que un conjunto de métodos y técnicas, en realidad es una nueva cultura. Es una innovación que apunta a entender las relaciones entre personas implicadas en el hacer cotidiano de las actividades asistenciales de una organización de salud. La economía de la salud se basa en la calidad para lograr objetivos de mejora. Estudiar e investigar los costos de la no calidad obtiene resultados con precisión y establece objetivos de mejora de la calidad. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. Se debe agregar además el componente subjetivo de la calidad que es la calidad percibida por los usuarios. Como también es muy importante la seguridad del paciente, la seguridad del personal de salud y la ética profesional.

Bibliografía

AMAT O. Costes de calidad y no calidad. Barcelona: Gestión 2000 S.A.; 1992.

ANTOÑANZAS VILLAR F, ANTON BOTELLA F, JUÁREZ CASTELLO C. Cálculos de los costes de sida en España mediante técnicas de simulación. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:568-72.

ECONOMÍA Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD 201

CAINZOS FERNÁNDEZ M. Infección en cirugía. Doyma, 1994.

CAMPANELLA J. Principles of quality costs. En: Principles, implementation and use. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press, 1989:53-58.

CARRASCO G. Economía y calidad. *Farm Hosp* 1997; 6:233-245.

DÍAZ MOLINA C, GARCÍA MARTÍN M, BUENO CAVANILLAS A, LÓPEZ LUQUE A, DELGADO RODRÍGUEZ M, GÁLVEZ VARGAS R. Estimación del coste de la infección nosocomial en una unidad de medicina intensiva. *Med Clin (Barc)* 1993; 100:329-32.

DONABEDIAN A. Explorations in quality assessment and monitoring (I). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: ML Health Administration Press; 1980.p. 1-31.

EPINE 97. Evolución de la prevalencia de la infección nosocomial en hospitales españoles en el período 1990-1997.

GRUPO DE TRABAJO EPINCAT. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en Cataluña (I). Infecciones y factores de riesgo. *Med Clin (Barc)* 1990; 95; 41-2.

HALEY RW, CULVER DH, WHITE JW, MORGAN WM, EMORI TG. The nationwide infection rate, a need for new vital statistics. *Am J Epidemiol* 1985; 121:159-67.

HALEY RW, Measuring the cost of nosocomial infection: methods for estimation economic burden on the hospital. *Am J Med* 1991 (3B Suppl): 32S-8S.

HARRINGTON HJ. The shadow over the quality cost. En: IBM technical report. TRO 2588. New York: IBM general products, 1984; 125-131.

HORAN TC, GAYNES RP, MARTONE WJ, JARVIS WJ, EMORI TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: A modification of CDC definitions of surgical wound infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1992; 13:606-8.

LAFFEL G, BLUMENTHAL D. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA* 1989; 262:2869-73.

LARSON E, ORAM LF, HEDRIK E. Nosocomial infection rates as an indicator of quality. *Med Care* 1988; 26:676-84.

MORIS DE LA TASSA J, FERNÁNDEZ MÚÑOZ P, ANTUNA EGOICHEAGA A, GUTIÉRREZ DEL RIO MC, DE LA FUENTE GARCÍA B, CARTON SÁNCHEZ JA.

Study of costs associated with catheterrelated bacteremia. Rev Clin Esp 1998; 198:641-6.

NICHOLS RE. Surgical wound infection. Am J Med 1991; 91 (3B Suppl): 54S-64S.

PEÑA C, PUJOL M, PALLARÉS R, CORBELLA X, VIDAL T, TORTRAS N, ET AL. Estimación del coste atribuible a la infección nosocomial: prolongación de la estancia hospitalaria y cálculo de costes alternativos. Med Clin (Barc) 1996; 106:441-4.

POLA MASEDA A. Gestión de la Calidad. Barcelona: Marcombo, S.A.; 1988.

RABANAQUE HERNÁNDEZ MJ, AIBAR REMÓN C, GÓMEZ LÓPEZ LI. Estimación del coste de las infecciones nosocomiales mediante estudios caso-control apareados. Cir Esp 1999; 66:379-85.

RÍOS J. F., MURILLO C; CARRASCO G; HUMET C. Incremento de costes atribuible a la infección quirúrgica de la apendicectomía y colectomía. Gac Sanit. 2003; 17 (3): 218-25.

SÁENZ GONZÁLEZ MC, GONZÁLEZ CELADOR R. El coste de la infección quirúrgica. Cir Esp 1989; 46:229.

RÍOS J. F. Costos de la calidad y no calidad. Efectos económicos atribuibles a la infección hospitalaria. Capítulo del libro Economía y Financiamiento de la salud. Año 2013. Editorial Dunken.

VARO J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1994.

INTERFEDERALISMO: Planejamento e Organização da Rede de Saúde PEBA

Izadória Lopes Rêgo

Quésia Postigo Kamimura

Adriana Leonidas de Oliveira

José Luis Gomes da Silva

Introdução

O Pacto pela Saúde, principalmente na sua dimensão do Pacto de Gestão, busca transcender desafios para efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, especialmente no que se refere ao aprofundamento das estratégias de regionalização, das relações federativas, da participação social e da qualificação das ações do SUS por meio da organização de redes integradas, hierarquizadas e regionalizadas de saúde.

Nesse cenário, para apoiar a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção, superar a fragmentação das ações e dos serviços, qualificar o cuidado de saúde e da gestão em saúde, o Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituiu o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS-Rede), que, em seu teor, representa um importante instrumento para consolidação desse sistema (BRASIL, 2011a).

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), que dispõe sobre a regulamentação da Lei 8.080/2011, consagra um novo marco na relação interfederativa, preenche uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS e ratifica a importância da regionalização e da hierarquização das ações e serviços públicos de saúde. Instituiu o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) como um acordo de colaboração entre os entes federativos (União, Estado, Municípios) na organização e integração das ações e serviços de saúde em rede de atenção, contribuindo efetivamente para a garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Criou, ainda, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que lista as ações e serviços ofertados pelo

SUS, e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que lista os medicamentos essenciais disponíveis no SUS.

O decreto definiu, ainda, o planejamento integrado, apresentando o mapa de saúde como ferramenta de apoio das necessidades de saúde, das ações e serviços, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde e para fortalecer o processo de governança do SUS, reconhecendo, ainda, as Comissões Intergestoras – CIT e CIB, e criando as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Para efetivação do projeto QualiSUS-Rede e construção de responsabilidades e atribuições de cada ente federado, é necessário o cumprimento e elaboração de mecanismos de organização loco-regional que busquem um consenso e priorizem os problemas de saúde, a fim de pactuar soluções adequadas à qualificação do SUS e à melhoria das condições de saúde no âmbito da região de saúde, assegurando participação do conjunto de municípios que compõem o território regional.

Nesse sentido, na organização de uma rede, é imperioso que todos reconheçam explicitamente suas dependências e interdependências, representando a possibilidade de concreta construção da atenção integral à saúde. Para isso, há a necessidade de estabelecer condições jurídicas, administrativas e de informações para operar serviços, sistemas e organizações através da responsabilidade compartilhada, por meio da conjunção de recursos e o compromisso de reduzir desigualdades regionais e promover a equidade social (SANTOS; ANDRADE, 2011; BRASIL, 2012).

O processo de planejamento e organização de rede regional representa a efetivação do Pacto pela Saúde em suas três dimensões. Remete ao pacto pela vida com o consenso de prioridades que expressam a realidade loco regional, evidenciando o Pacto em Defesa do SUS, garantindo os compromissos entre os entes federados, a participação social e o Pacto de Gestão, que vem definir as responsabilidades em cada instância de gestão.

Desse modo, em sintonia com as concepções de Molina (2004, p. 86), o planejamento deve ser pensado como um instrumento “capaz de resolver os obstáculos organizacionais”, racionalizando as prioridades e os recursos humanos e de materiais, para, dessa maneira, facilitar a satisfação das demandas sociais.

Postas essas considerações, este capítulo pauta-se na reconstrução do processo de planejamento da região PEBA (Pernambuco-Bahia), que se constitui como Rede de Saúde interfederativa, composta

por 52 municípios das regiões do extremo norte da Bahia, com 27 municípios, e Sul de Pernambuco, com 25 municípios no semiárido nordestino, banhados pelo rio São Francisco, como apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Mapa da Região PEBA



Fonte: PEBA (2012).

A Região está situada no semiárido nordestino, no submédio do Rio São Francisco. Constitui a região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina e Juazeiro como o maior exportador de frutas e o segundo maior polo vinicultor do Brasil. Conhecida como polo dinâmico de irrigação e fruticultura decorrente de suas grandes áreas de irrigação ao longo do São Francisco, destaca-se também a exploração turística às margens do rio São Francisco com suas ilhas e hidrelétricas (PEBA, 2012). Possui uma população estimada de 2.098.3 habitantes (estimativa IBGE, 2016), estando apenas nove municípios com população acima de 50.000 habitantes: Petrolina – PE (490.103 hab.), Juazeiro – BA (220.253 hab.), Paulo Afonso - BA (119.930 hab.), Araripina (83.287 hab.), Senhor do Bonfim (80.769 hab.), Campo Formoso (73.118 hab.), Casa Nova (72.798 hab.), Ouricuri (68.236 hab.), Salgueiro (60.117 hab.) (IBGE, 2017).

De cunho qualitativa e por meio de pesquisa documental, buscou-se nas Secretarias de Saúde dos Estados (Bahia e Pernambuco), Secretaria Municipal de Saúde dos municípios referências dentro da rede PEBA, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e o Ministério da Saúde,

documentos oficiais, normas, decretos, portarias, resoluções, planos de regionalização e investimentos dos estados que compõem as redes e os planos que tratam da regionalização de redes interfederativas na região estudada, a partir dos quais construiu-se o universo da pesquisa (BARDIN, 2011).

Do conjunto dos documentos tidos e submetidos aos processos analíticos, considerando a categoria temática Planejamento e Organização da Rede Regional, dentre os indicadores, emergiram: composição da rede regional, características da região, condições sanitárias e de saúde, processo de construção de rede de saúde.

A elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Plano Municipal de Saúde (PMS), como instrumentos de planejamento local, é fundamental, uma vez que eles contribuem para uma maior clareza nas linhas de ação a serem trabalhadas no processo de tomada de decisão.

Tendo em vista a necessidade de elaboração dos PMS e RAG no processo de regionalização, conforme determinação do Ministério da Saúde, a Tabela 1 apresenta os municípios por CIR, que elaboraram tais instrumentos:

Tabela 1 – Municípios que elaboraram o RAG e o PMS nas regiões que compõem a rede

<i>UF</i>	<i>Região de Saúde</i>	<i>Nº Municípios</i>	<i>PMS</i>	<i>Sem PMS</i>	<i>RAG Apreciado e Aprovado no CMS</i>	<i>RAG Em Análise Pelo CMS</i>	<i>Sem Informação RAG</i>
BAHIA	3	27	22	5	19	-	8
PERNAMBUCO	3	25	20	5	20	-	5
TOTAL	6	52	42	10	39	-	13

Fonte: PEBA (2012)

Observa-se, nessa tabela, semelhança entre as informações por municípios em que apenas cinco (5) municípios de cada região não informaram os PMS.

Considerando a regionalização como um caminho para fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde disponíveis para os usuários do SUS, este deve ser conduzido de modo a estimular a identificação e discussão em torno dos problemas e “gargalos” existentes, estimulando a

criatividade dos gestores e demais envolvidos neste processo a buscarem juntos as soluções e os meios mais adequados para o avanço do Sistema Único de Saúde. Para isso, a elaboração do Relatório Anual de Gestão e o Plano Municipal de Saúde são fundamentais, haja vista serem instrumentos basilares no processo de construção do SUS local como ferramenta de acompanhamento da gestão.

A elaboração desses instrumentos proporciona expressão concreta de planejamento, contudo, fazem-se inferências quanto à qualidade desses documentos, “[...] uma vez que não definem com a clareza necessária os recursos humanos e materiais suficientes à infraestrutura viável a rede de serviços de saúde” (MOLINA, 2004 p. 87), e ao impacto que, realmente, estes instrumentos vêm acarretando à gestão, como documento orientador de um planejamento ou apenas um cumprimento de obrigatoriedade.

O planejamento deve ser entendido como mecanismo de organização regional, visto como “[...] instrumento de trabalho e de referência para gestão da saúde” (BRASIL, 2010 p.24), “[...] indicando compromissos, direitos, metas e formas de financiamento das ações e serviços referenciados a fim de promover a garantia de acesso e a integralidade da atenção” (BRASIL, 2010 p. 23).

Partindo dessa premissa, o planejamento das regiões deve ser pensado como uma estratégia de gestão que identifique as necessidades loco regional e que contemple o papel de cada ente federado no processo de regionalização, de modo que possibilite minimizar os obstáculos organizacionais e que racionalize as prioridades e os recursos humanos e materiais, para, dessa maneira, resolver as demandas reprimidas nas ações de saúde, utilizando como instrumentos o PDR¹⁸, o PDI¹⁹ e o PRS²⁰.

Nota-se paridade dos estados na utilização dos instrumentos de planejamento, garantindo um desenho regional articulado e coeso para a regionalização interfederativa. Aponta possibilidades de arranjos organizacionais para a rede loco regional e interestadual que garanta, no processo de reordenamento das ações e serviços de saúde, acesso, resolutividade e integralidade da atenção. O Subprojeto QualiSUS da rede PEBA não menciona que os estados trabalham com o PRS.

Composição da Rede

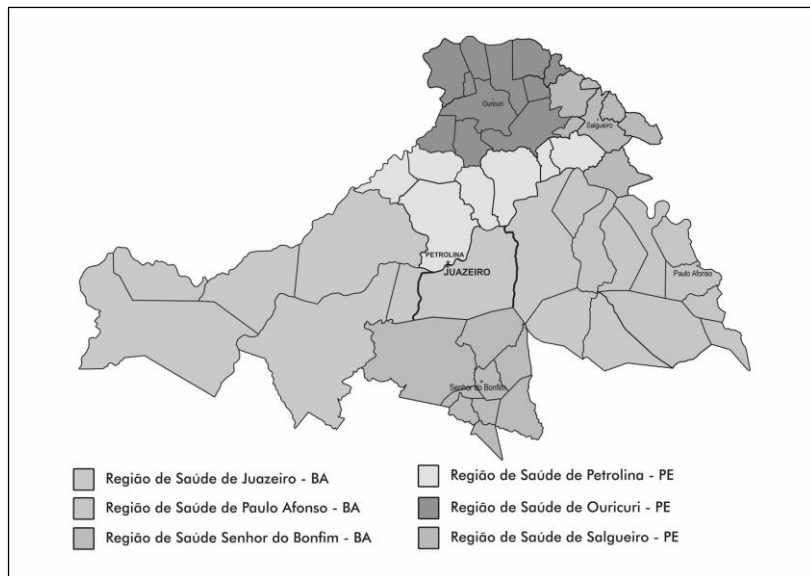
¹⁸ *Plano Diretor de Regionalização*

¹⁹ *Plano Diretor de Investimentos*

²⁰ *Plano Regional de Saúde*

O desenho da Região PEBA é formado por seis CIR, sendo 03 (três) no estado da BA e 03 (três) no estado de PE que compreende 52 municípios, conforme Figura 2.

Figura 2 – Desenho das CIR da Região PEBA após conformação do Decreto 7508/2011



Fonte: Adaptado do Google mapas

A CIR do estado de Pernambuco é composta pela macrorregional Petrolina que compreende 03 (três) microrregionais (Petrolina, Salgueiro e Ouricuri).

Tabela – 2a. Colegiados de Gestão Regional que compõem a rede PEBA

ESTADO	MACROR REGIÃO	COMISSÃO INTERGESTO RES REGIONAL	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO (habitantes)
PE	PETROLINA	ORICURI	10	350.075
		PETROLINA	7	490.103
		SALGUEIRO	8	146.414
TOTAL		3	25	911.613

Fonte: PEBA (2012) e IBGE (2017).

A CIR no estado da Bahia é composta pela macrorregional Juazeiro que compreende 3 microrregionais (Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso) apresentada na Tabela a seguir.

Tabela – 2b. Colegiados de Gestão Regional que compõem a rede PEBA

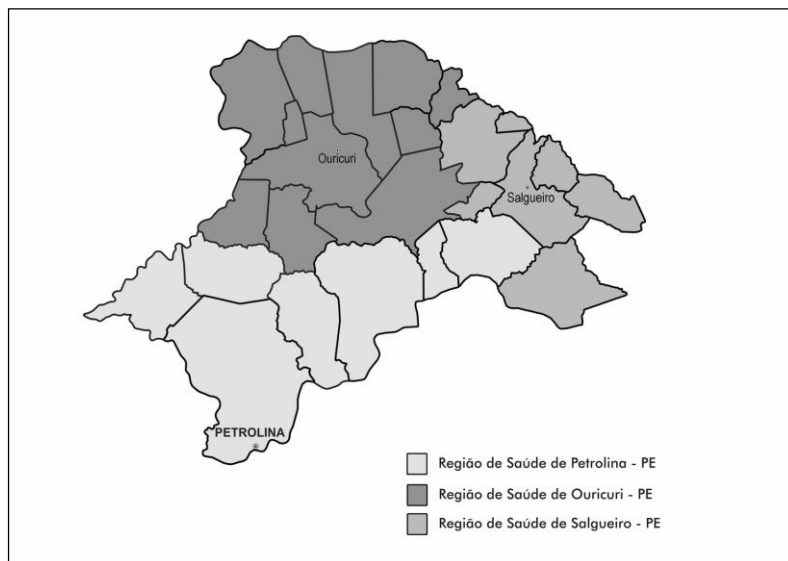
ESTADO	MACROR REGIÃO	COMISSÃO INTERGESTO RES REGIONAL	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO (habitantes)
BA	JUAZEIRO	JUAZEIRO	9	544.737
		PAULO AFONSO	9	258.473
		SENHOR DO BONFIM	9	307.498
		TOTAL	3	27

Fonte: PEBA (2012) e IBGE (2017).

A organização das regiões de saúde da Rede PEBA apresentada no Subprojeto QualiSUS, foi estruturada de modo que não houve alteração após publicação do decreto nº 7508/2011, o que ratifica a organização e planejamento das regiões de saúde dos estados, facilitando a integração dos serviços.

O estado de Pernambuco está organizado em 12 CIR, dentre as quais 03 (três) fazem parte da rede PEBA, como mostra a Figura 3.

Figura 3 – Desenho das CIR Pernambuco à luz do decreto 7.508/2011



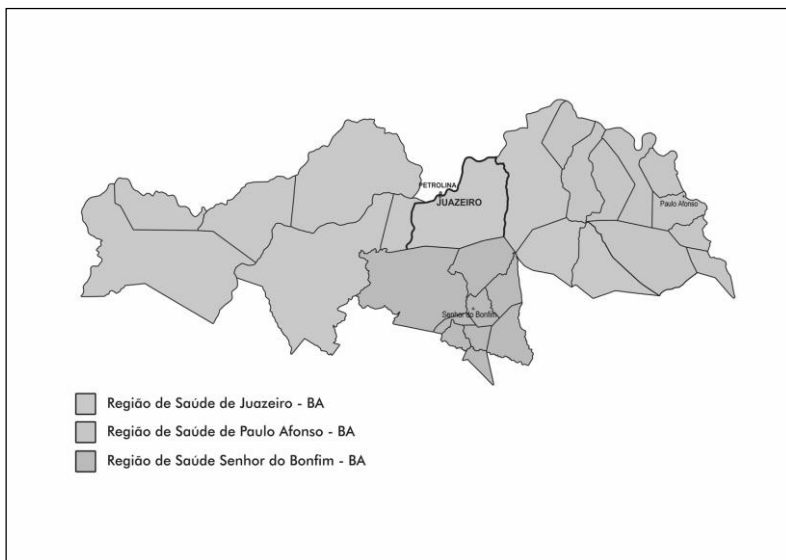
Fonte: Adaptado do Google mapas

O estado da Bahia está estruturado em 28 CIR²¹, dentre as quais 03 (três) compõem a Rede PEBA ilustrada na Figura 4 A composição dos municípios de uma das regiões de saúde do estado da Bahia foi alterada após elaboração do subprojeto QualiSUS, deixando o município de Canudos de compor a região de Serrinhas, sendo transferido para a Região de saúde de Juazeiro²².

Figura 4 – Desenho das CIR Bahia à luz do decreto 7.508/2011

²¹ Resolução CIB n° 275/2012..

²² Resolução CIB n° 070/2013.



Fonte: Adaptado do Google mapas

A Tabela 3 ilustra o histórico da instituição de regiões informadas à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos estados que compõem a Rede PEBA a partir de 2007.

Tabela 3 - Histórico da instituição da Região de Saúde informada à CIT no período de 2007 a 2012

UF	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PE		11	11	11	11	12	12
BA	30	28	28	28	28	28	28

Fonte: Ministério da Saúde (2013)

Tendo em vista que as regiões de saúde têm por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, a tabela 3 evidencia que os estados que compõem a rede PEBA apresentam uma proximidade na construção da primeira pactuação das regiões de saúde enviadas ao MS, fato este favorável para uma relação interfederativa integrada.

Outra característica da região PEBA, além de estar estruturada com as CIR, a região dispõe do colegiado regional interestadual (CRIE), que tem o intuito de garantir o acesso, resolubilidade e integralidade da atenção, permitindo, portanto, um encontro solidário, cooperativo e

responsável entre os entes federados, uma vez que a região não é de exclusiva jurisdição de nenhum dos estados, fortalecendo, desse modo, a governança regional.

Caracterização da Região

A região PEBA apresenta IDH médio e uma distribuição populacional de forma bastante desigual, onde apenas 09 municípios apresentam população acima de 50.000 habitantes. Entretanto, apresentam distinção nos indicadores sanitários, de educação e saúde.

A Tabela 4 demonstra os indicadores de IDH e educação da região PEBA.

Tabela 4: Indicadores de IDH e Educação da região

INDICADORES	PEBA
IDH	0,626
Analfabetismo (%)	25,60

Fonte: Dados extraídos do subprojeto QualiSUS-Rede PEBA (2012) com base na Sala de Situação MS 2011.

A Tabela 4 evidencia um IDH médio quando comparado à classificação da ONU, acima de 0,499 e abaixo de 0.799. Contudo, mesmo com um IDH considerado médio, encontra-se muito próxima ao IDH baixo, ratificando, assim, a necessidade de implementar políticas públicas de saúde, educação e assistência social na região, devendo ser assumidas pelos gestores como possibilidades de redução das desigualdades sociais.

Outro fator preocupante, que corrobora para o fortalecimento das Políticas Públicas, é o índice de analfabetismo, pois uma parcela significativa da população adulta dos estados é analfabeta. O documento (Subprojeto QualiSUS-Rede PEBA) não expressa esse segmento com divisão dos estados, todavia, observa-se um alto índice de analfabetismo na região.

No que se refere às condições sanitárias, estão expressas na Tabela 5.

Tabela 5: Indicadores sanitários das regiões

INDICADORES (%)	PEBA
------------------------	-------------

Abastecimento de água rede pública	-
Esgotamento sanitário	39
Energia elétrica	88
Coleta de lixo	61

Fonte: Dados extraídos do subprojeto QualiSUS-Rede PEBA (2012) com base no SIAB 2011

Nota-se, na distribuição e organização dos indicadores sanitários, que se faz necessária uma melhoria importante na cobertura de água e esgoto como medidas fundamentais para o combate a doenças emergentes e verminoses, para, assim, melhorar as condições de higiene das populações. Considerando, ainda, que o lixo é outro fator predisponente para disseminação de doenças, observa-se a necessidade de implementação de medidas para coleta e acondicionamento correto dos resíduos sólidos na região.

Quanto às condições de vida e saúde da população das regiões interestaduais, observa-se que a cobertura de ações e serviços de atenção primária ainda é escassa, como mostra a Tabela 6, sendo este um fator contribuinte para a superlotação nos hospitais com internamentos por CSAP (Condições Sensíveis à Atenção Primária).

Tabela 6 - Distribuição da Cobertura dos Serviços de Saúde na Atenção Primária PEBA

	MACRORREGIÃO	Nº Municípios	População	Nº ESF	Cobertura (%)	Saúde Bucal (Nº)	Nº NASF
PEBA	JUAZEIRO	27	1.006.894	211	69,55	160	-
	PETROLINA	25	911.613	203	71	150	16
	TOTAL MÉDIO	52	1.918.507	414	70	310	16

Fonte: PEBA (2012)

As áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde são bastante heterogêneas, decorrentes da qualidade de vida de cada município, em função de determinantes ambientais demográficos e das políticas sociais bem diversificadas nas regiões de saúde, o que corrobora para um descompasso no atendimento básico, sendo necessária a qualificação da Atenção Primária e integração dos serviços em uma única gestão, otimizando os atendimentos de média e alta complexidade.

O documento QualiSUS da região PEBA não evidencia o número de consultas médicas básicas e consultas médicas por especialidade.

Considerando o desenho da assistência materno-infantil, a Rede apresenta como iniciativa para melhoria da assistência materno-infantil a adesão à rede cegonha, havendo necessidade da melhoria da qualidade de assistência ao pré-natal, como mostra a Tabela 7.

Tabela 7 – Indicadores da assistência materno-infantil nas regiões

INDICADORES	PEBA
Nº de partos / 2010	26.405
Idade gestacional < que 37 semanas (%)	-
Partos cesáreo (%)	29,13
Nº de gestantes > 7 consultas (%)	-
Mães entre 10 e 19 anos (%)	-
Incidência de sífilis (nº caso novo)	41,00
Taxa mortalidade infantil (%)	12,08
Captção de gestantes até 12º semana (%)	-

Fonte: Dados extraídos dos documentos QualiSUS-Rede PEBA, com base em dados do MS 2011.

De acordo com os dados expressos no subprojeto QualiSUS-Rede PEBA, nota-se um alto índice de partos cesáreos, se comparado ao preconizado pelo OMS²³; comparando a cobertura de consultas de pré-natal, percebe-se baixa cobertura de assistência (consultas), comparando com a meta nacional²⁴; alto índice de mortalidade infantil, demonstrando fragilidades nas condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, refletindo o incremento de fatores socioeconômicos, de infraestrutura e prestação de serviços por políticas públicas preventivas e assistenciais.

Os indicadores inerentes à região foram elencados de acordo com a Portaria GM/MS Nº 1459/2011, uma vez que a região aderiu à Rede Cegonha com vistas a um novo modelo de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolubilidade, com intuito de reduzir a mortalidade materna e neonatal da região. Quanto ao índice de mortalidade registrado, tem nas doenças do aparelho circulatório a principal causa de morte, seguida de causas externas, neoplasias e doenças do aparelho

²³A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15% (OMS, 1996).

²⁴A meta nacional estabelecida para cobertura de consultas de pré-natal é de 62,91%.

respiratório. Contudo, é preocupante o índice de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias que ocupam uma posição importante nas causas de mortalidade da região, haja vista serem consideradas doenças evitáveis. Desse modo, considerando as condições sanitárias da Região PEBA apresentadas na Tabela 5, torna-se evidente a necessidade de intervenção de políticas de saneamento e educação em saúde.

Quanto ao índice de mortalidade registrado, demonstra que há homogeneidade entre os estados, tendo nas doenças do aparelho circulatório a principal causa de morte, seguida de causas externas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Contudo, é preocupante o índice de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias que ocupam uma posição importante nas causas de mortalidade, haja vista serem consideradas doenças evitáveis. Desse modo, considerando as condições sanitárias da Região PEBA apresentada na Tabela 5, torna-se evidente a necessidade de intervenção imediata de políticas de saneamento e educação em saúde.

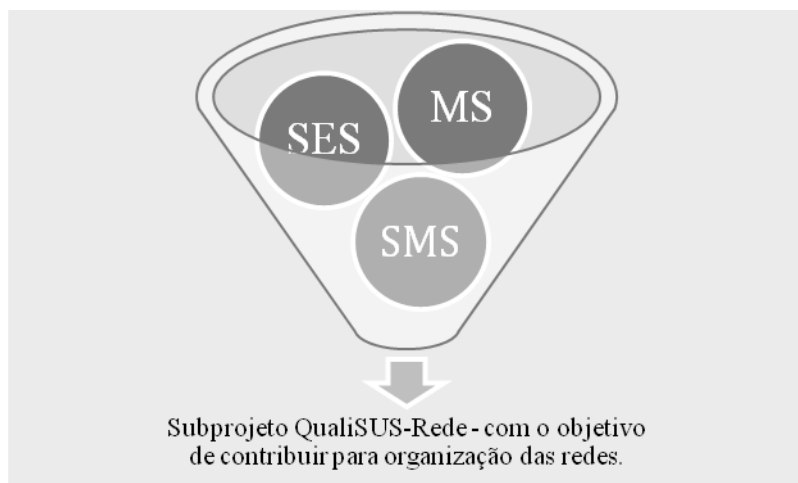
Processo de Construção da Rede

O Projeto de Formação e Melhoria da Rede de Saúde QualisUS-Rede²⁵ foi instituído em março de 2011, como estratégia de apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde, ponderando as prioridades expressas a partir das necessidades apontadas, de aprofundar a estratégia de regionalização, qualificar as relações federativas entre os municípios da região e organizar a rede integrada de saúde no território (BRASIL, 2011).

Trata-se de uma articulação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, ilustrada na Figura 5.

Figura 5: Articulação dos entes federados na construção das redes

²⁵*Instituído pela Portaria 396/2011.*



Fonte: Pesquisa documental

O Projeto QualiSUS-Rede surge com o objetivo de contribuir para organização das redes. **Expressa como prioridade o ordenamento da Atenção Primária.** Contudo, outras intenções são expressas no projeto como priorizar investimentos na atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; na atenção de urgência e emergência; aprimorar os sistemas logísticos de suporte às redes; fortalecer os mecanismos e instrumentos de gestão governamental e organizacional em apoio à estruturação das redes de atenção; fortalecer a regionalização, a contratualização, a regulação do acesso, a responsabilização dos gestores e a participação social; qualificar o cuidado em saúde, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de capacitação profissional; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos relacionados ao desenvolvimento de metodologias e processos de avaliação e gestão da qualidade; implementar gestão da inovação tecnológica em saúde (BRASIL, 2011).

Nesse processo de reordenamento, para garantir o acesso, a resolutividade e integralidade da atenção os municípios, estados e o MS discutiram modelos e formas de organização das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, foi elaborado o projeto de implementação da Rede Interestadual PEBA.

Santos e Andrade (2011) traduz que o atendimento em rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações, é resultado da interação, interconexão de serviços de entes que se juntam organizadamente. Para isso, é necessária a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos.

A organização de regiões de saúde e redes assistenciais estão previstas na Constituição Federal firmada no princípio da “integralidade da assistência à saúde do indivíduo” (art. 198, II, da CF, e art. 7º, II, da Lei nº 8.080/90), unificando o atendimento garantindo ao cidadão ações e serviços contínuos e articulados dentro do sistema, ou seja, na rede de saúde, sendo impossível o seu cumprimento por cada ente da Federação, isoladamente.

O art. 20 do Decreto 7.508/2011 diz que “[...] a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011, p. 6).

Nesse contexto, Albuquerque e Viana (2015) expressam que, para assegurar uma ação eficaz do Estado na garantia de direito a assistência à saúde, é necessária uma estratégia de política nacional na conformação das regiões e redes de saúde para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde e induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do SUS.

A proposta de implantação da Rede PEBA aconteceu a partir do consenso entre os municípios de Petrolina – PE e Juazeiro – BA (2012). Os estados PE e BA e o MS discutiram as formas de organização da rede de atenção à saúde a partir de uma rede interestadual que garantisse otimização dos recursos e integralidade da assistência à saúde, bem como integração e fortalecimento da gestão em saúde.

Após consenso entre os dois estados, elaboraram-se as propostas preliminares, respeitando as orientações técnicas constantes no Manual de Apoio aos estados e municípios para formulação das Propostas Preliminares e dos Subprojetos QualiSUS-Rede (2012) elaborados pelo Ministério da Saúde.

O retrato histórico da região PEBA se configurou a partir da aprovação do Mapa de Saúde, identificando suas fragilidades e com definição das prioridades da região, pactuado entre os entes federados com uma responsabilidade tripartite firmando uma política contratual entre os entes federativos, desse modo, tecendo o melhor caminho para a consolidação de um sistema público de grande complexidade.

Diante dos objetivos do projeto e da estratégia de elaboração do subprojeto regional, foi instituído o Grupo Condutor (GC), cujos membros foram eleitos pelo Colegiado Regional Interestadual com composição tripartite e a Instituição de Ensino e Pesquisa Universidade do Vale do São Francisco UNIVASF. Ainda durante esse processo de construção, foram identificadas fragilidades, especialmente no tocante à informatização e regulação praticada entre as unidades de saúde dos municípios para com os serviços de referência, e foi apresentado o Grupo de Trabalho (GT), proposto pelo GC (PEBA, 2012).

São utilizadas várias estratégias essenciais para execução do projeto, dentre elas, a realização de oficinas regionais entre o grupo condutor com o objetivo de identificar entraves à execução das ações programadas e as medidas a serem tomadas para superá-las.

Frente às fragilidades identificadas nessa região, o primeiro projeto, como Rede de Atenção à Saúde com gestão interestadual, foi à implantação da primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos, com sede no município de Juazeiro, financiada e coordenada por um modelo de cogestão entre os estados de PE e BA, e manutenção pelo município de Juazeiro e Petrolina (PEBA, 2012).

Partindo desse pressuposto e considerando a elaboração de instrumentos de planejamento das ações e serviços de saúde como fortalecedor do processo de descentralização, hierarquização e organização das ações e serviços de saúde, é possível afirmar que a organização da rede de serviços de saúde e o planejamento das ações ocorrem de forma fragmentada, dificultando, assim, o estabelecimento de referências pactuadas e refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços.

A análise situacional dos projetos evidenciou inúmeras carências, entretanto, foram elencadas no subprojeto QualiSUSredes temáticas como prioritárias para a região PEBA (Quadro 1).

Quadro 1: Redes Temáticas prioritárias para Região PEBA

PEBA	Rede de atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Tecnologia e informação
-------------	---

Fonte: Dados extraídos do Subprojeto QualiSUS - PEBA (2012).

O QualiSUS-Rede oferece uma oportunidade ímpar para a estruturação da capacidade de governança regional. As CIR desempenham um papel importante no processo de regionalização, como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa em que é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos. Viabilizam aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Considerações Finais

A assistência à saúde é o componente mais importante dentro de qualquer sistema de saúde, sendo de responsabilidade dos Estados sua garantia aos cidadãos. A vinculação da qualidade de vida aos princípios e conceito de saúde exigiu dos gestores a geração de novas formas de organização e de prestação da assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde exigem das instâncias de gestão esforços permanentes de planejamento, articulação e pactuação. Nessa perspectiva, em qualquer esfera institucional, a função de gerir saúde perpassa vários desafios, visto que os gestores se deparam com uma vasta e diversificada gama de situações e problemas que possui cada território, as peculiaridades alusivas a seus usuários e equipes, a sua capacidade instalada em termos de estruturas e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais.

Quanto aos componentes que versam este capítulo, constituem-se um constante desafio para a região em estudo, visto que é composta por dois estados com estrutura organizacional divergente, em que cada um possui seu município polo, com diferentes visões sobre o grau de prioridade das ações e serviços de saúde. Contudo, Nota-se a articulação e a cumplicidade interestadual, possuindo uma rede articulada e hierarquizada. No entanto, torna-se necessário traçar novas estratégias a fim de superar o desafio frente às barreiras geográficas da região PEBA,

para, assim, garantir, efetivamente, aos moradores da região, assistência e acesso às ações e aos serviços de saúde.

O planejamento regional está organizado em conformação com do Decreto 7.508/2011. Em sintonia com o Pacto pela Saúde, a Rede PEBA, por meio das CIR, permite um espaço contínuo de co-gestão que viabiliza aos gestores interpretar a realidade regional e buscar a conduta apropriada para resolução dos problemas comuns da região.

Outrossim, o amplo desafio em concretizar, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação, o modelo de gestão compartilhada e solidária através da conformação de redes de serviços regionalizadas, pretendendo, com sua organização, garantir de forma racional o acesso da população a todos os níveis de atenção.

Diante disso, cabem questionamentos no tocante à rede interfederativa, ou seja, de gestão compartilhada, haja vista que a rede estudada é composta por diferentes federações com visões de prioridades nem sempre harmônicas, sendo, este, um dos principais desafios à regionalização.

Os achados fortalecem a necessidade de organização, pactuação e aproximação dos estados no processo de planejamento e implementação da regionalização do setor saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. **Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 28-38, dez. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição Brasileira (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Congresso Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Cidades. 2016 OU 2017? Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 07 jun 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Biblioteca IBGE**. 2016 Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/tocantins/augustinopolis.pdf>>. Acesso em: 07 mai 2016..

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 396**, de 4 de Março de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto 7508**, de 28 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1459**, de 24 de Junho de 2011.

MOLINA, Vera Lucia Ignácio. **Negociações “pelo alto”**: um estudo sobre a formulação das Políticas de Saúde, em São José dos Campos, de 1980 a 1996. Taubaté: Cabral, 2004. 415p.

PEBA, **Subprojeto QuliSUS-REDE da Região Fronteira Agrícola do Médio do Vale do Médio São Francisco**. Versão preliminar. Rede PEBA, 2012.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (3), p. 1671-1680, 2011.

O PERFIL DAS DEMANDAS JUDICIAIS AJUIZADAS CONTRA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM IMPERATRIZ-MA

Rayssa Gabrielle Pereira de Castro

Quésia Postigo Kamimura

Adriana Leônidas de Oliveira

Vitória Kedy Cornetta

Introdução

Contemporaneamente, um dos direitos humanos mais discutidos no Brasil e essenciais para o cumprimento da dignidade humana é o acesso à saúde, pois este está previsto pelo Estado brasileiro no art. 1º, inciso III da Constituição da República Federativa Brasileira de 1988 (CRFB/88), que exige dos Poderes Públicos medidas que viabilizem a pronta recuperação dos enfermos, nos aspectos físico e psíquico, além de medidas preventivas de manutenção da saúde e de prevenção de doenças, que assegurem a todos a possibilidade de uma vida digna e em condições de desenvolver todas as suas habilidades (HOLTHE, 2008 apud LESSA; KAMIMURA; CORNETA, 2013), além do respeito à liberdade e a não discriminação, direito à vida, proteção à saúde, acesso ao trabalho em condições humanas e dignas, dentre outras. (LESSA; KAMIMURA; CORNETA, 2013).

No Brasil, a publicação da CRFB/88, juntamente com o processo de Reforma Sanitária e a criação, posteriormente, do Sistema Único de Saúde (SUS), marcaram um importante passo em busca da efetivação dos direitos à saúde. Notoriamente, o conceito de saúde para os brasileiros foi amplamente modificado e melhor compreendido. A Constituição Brasileira passou então ao patamar de guardiã da saúde, da assistência social e previdência, tornando estas, questões públicas e de responsabilidade do Estado. Estes quesitos, levantados pela CRFB/88 ficam claros em seu artigo 196 onde se proclama que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos

e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988)

O fato de a saúde apresentar-se como um dever do Estado é devido primariamente ao seu financiamento, advindo dos impostos que são pagos, tanto pelos contribuintes dos Municípios, como dos Estados e União. Estes, por vez, devem criar as condições necessárias para que qualquer pessoa, respeitadas todas as diferenças, tenha o acesso livre aos serviços de saúde, sejam eles à nível básico ou primário de atenção à saúde, média e alta complexidade, programas estratégicos e de prevenção e acesso à medicamentos. (SILVA; JUNIOR, 2008)

Tendo por base o dever do Estado de garantir acesso a saúde, proclamou-se a Lei nº8.080, de 1990, que foi a responsável pela criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, institucionalizando-o e concebendo em suas diretrizes básicas a **Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde** da população brasileira. Há de se citar que a criação do SUS foi uma resposta direta à reforma Sanitária instaurada nos anos anteriores, que, seguindo o ritmo mundial em busca dos direitos humanos, buscava um sistema capaz de fomentar o acesso universal da população a um conjunto de bens e serviços que garantissem a saúde e bem estar da população de forma integral e equitativa. Ao SUS, também foram acrescentados princípios que respeitassem a natureza do Sistema e também aqueles que pudessem melhorar a estrutura de estratégias do mesmo, de forma a respeitar suas diretrizes políticas, organizativas e operacionais, sendo eles a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social. (TEIXERA, 2011).

Para Teixeira e Pacheco (2011) os direitos humanos estabelecidos na ordem jurídica estatal, podem ser classificados em três dimensões: os direitos individuais, que, de forma geral, buscam a proteção do indivíduo contra os demais membros do corpo social ou contra os arbítrios do Estado; os direitos de fraternidade, cujos estão relacionados ao gênero humano, meio ambiente e a paz; e os direitos sociais, que buscam no Estado a garantia de execução de políticas sociais, econômicas e culturais. A este último direito, prende-se novamente o direito à saúde.

Para Silva (2014) a saúde no Brasil passou a apresentar-se como um direito público subjetivo e um bem jurídico constitucionalmente tutelado. A cargo do poder público, ficam as obrigações de formular e implementar políticas sociais e econômicas que visem garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência médico hospitalar. O artigo 196, da CRFB/88 é programático e destinado a todos os agentes políticos que constituem a organização federativa do Estado Brasileiro. O

direito a saúde não pode ser entendido ou transcrito como uma promessa institucional, pois caso isso ocorra, quebra-se o processo constitucional instaurado.

O SUS, como o pilar de sustentação para, ao que se refere à Carta Maior Brasileira, garantia de acesso à saúde, visando o direito e respeito à dignidade humana, deve oferecer à população o atendimento satisfatório e desejado, visando não somente a igualdade essencial, mas também o cumprimento de suas diretrizes básicas, gerando uma gama de serviços interligados. (SILVA; JUNIOR, 2008)

O art. 3º, caput, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, traz que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Recobrando que a integralidade, a universalização e a equidade apresentam-se como princípios primordiais do SUS, o atendimento não satisfatório realizado através dos seus serviços, fere o direito constitucional à saúde e, uma vez que esse direito não esteja acessível, provoca-se o Poder Judiciário, onde através do mesmo, podem ser gerados ajuizamentos contra União, Estados e Municípios. O resultado desse fenômeno é a **judicialização da saúde**, onde, o estreito laço existente entre o direito social à saúde e o direito fundamental a vida, associam-se à escassez de recursos na área da saúde, levando o paciente à busca de sua tutela jurisdicional, a fim de ver todas as suas necessidades sanadas. Entre as principais necessidades de saúde, que podem ser buscadas através da tutela jurisdicional, citam-se a realização de exames básicos e especializados, cirurgias de variados graus de complexidade, fornecimento de medicamentos e suprimentos nutricionais, tratamentos fora de domicílios, entre outros. (SILVA, 2014)

O Poder Público, diante da sua limitação e escassez de recursos Públicos, penalizado ainda mais pela quantidade de demandas judiciais a

serem atendidas é obrigado a preservar o interesse coletivo e trivializar as escolhas pelos princípios de universalidade e equidade. Ao Poder Executivo cabe a definição da prioridade dos gastos de acordo com a capacidade financeira do Estado e as necessidades de saúde da população, que geram demandas cada vez maiores. Entretanto, a existência de previsão orçamentária, não pode servir como pretexto para a escusa das responsabilidades constitucionais, pois o Poder Executivo pode recorrer a créditos adicionais. O reconhecimento do direito à vida, bem como sua manutenção, são ímpares e legitimamente constitucionais, sendo assim não se tratam de caridades, mas sim, de obediência ao comando que os regulamenta (TRISSOTO, 1998).

Observa-se que os direitos sociais, tais qual o da saúde, devem ser entendidos e cumpridos, garantindo o seu acesso, bem como o seu cumprimento efetivo e com dignidade. Porém, nota-se que a efetivação desse direito pode não ocorrer em algumas ocasiões e que nestas situações o poder judiciário pode ser solicitado, dando origem ao fenômeno de judicialização na saúde.

O capítulo tem como objetivo descrever o perfil das demandas judiciais ajuizadas contra a Secretária de Saúde do município de Imperatriz MA, traçando-se paralelos entre os direitos e deveres do Poder Público quanto ao fornecimento do acesso à saúde.

Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, cujo material de análise foram os documentos referentes às ações judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS), ajuizados e expedidos no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013.

A coleta de dados foi realizada no período de maio de 2014, por meio de formulário onde as informações recolhidas referem-se à data de ajuizamento da ordem, beneficiário (idade e sexo), representante judicial (advogados, defensoria pública ou promotorias), vara judicial de tramitação, tipos de pedidos (medicamentos, materiais correlatos, nutrição-alimentação, cirurgias, leitos de Unidade de Terapia Intensiva, adulto, neonatal e pediátrica, consultas médicas, exames especializados e Tratamento Fora de Domicílio-TFD). Os dados obtidos foram armazenados e analisados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel.

A investigação bibliográfica apresentada refere-se a um método de estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais e/ou redes eletrônicas, ou seja, material acessível ao público em geral e a investigação explicativa tem como principal objetivo tornar algo inteligível, justificando-lhe os motivos,

objetivando assim, esclarecer quais fatores contribuem de alguma forma para a ocorrência de um determinado fenômeno (VERGARA, 2011). A característica de descritiva refere-se ao objetivo de descrever as características de um determinado fenômeno, aqui, relacionado ao perfil das demandas judiciais, ajuizadas contra a Secretária de Saúde de Imperatriz-MA.

O total de ações judiciais analisadas, obtidas do arquivo da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) foi de 515 processos. É válido ressaltar, que o banco de dados desta secretaria esta passando por informatização, o que poderá ser útil para pesquisas posteriores, no entanto, o presente estudo se deu todo por técnicas manuais de recolhimento de dados.

A problemática levanta-se em torno do ajuizamento de ações contra a Secretária de Saúde do município de Imperatriz-MA, buscando a compreensão do fenômeno crescente de judicialização na saúde, bem como buscando a descrição do perfil destas demandas judiciais e traçando-se paralelos entre os direitos e deveres do Estado, quanto ao fornecimento do acesso a saúde, do direito constitucional e municipal à saúde.

O fenômeno da judicialização na saúde

A crescente demanda de processos judiciais, individual e coletivos, contra os Poderes Públicos, teve início na década de 90 mediante as reivindicações das pessoas vivendo com HIV/AIDS, estas por vez, buscavam atendimentos para medicamentos e procedimentos médicos não previstos em programas assistenciais. As reivindicações realizadas por meios das ordens judiciais fundamentaram-se no direito constitucional à saúde, que incluía o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União, Estados e Municípios. As pressões causadas pelas reivindicações na época resultaram na criação de uma política pública voltada para estes pacientes. (RIOS, 2003; VENTURA, 2003; SCHEFFER et al., 2005 apud VENTURA, 2010).

A criação do SUS em 1990, como discutido anteriormente, trouxe ao Brasil uma nova perspectiva de saúde, pois as criações de diversas políticas públicas dentro do mesmo levariam ao acesso universal da população a um conjunto de bens e serviços que garantissem a saúde e bem estar da população de forma integral e equitativa. Ao SUS, também

foram acrescentados princípios que valorizassem o respeito à natureza do Sistema e, também aqueles que pudessem melhorar a estrutura de estratégias do mesmo, de forma a respeitar suas diretrizes políticas, organizativas e operacionais. (TEIXEIRA, 2011)

Porém, nota-se no Brasil, a crescente existência de demandas judiciais que sobressaem à existência de algumas políticas públicas que visam o tratamento de doenças. Toma-se como um exemplo, um caso em que o direito a saúde seja apenas relacionado à oferta de medicamentos e não a ações que promovam a prevenção e cura de doenças e agravos. Demonstra-se que mesmo baseados no princípio do comprimento da Constituição, vários gestores e autores dessas demandas, apontam para distorções que podem surgir de interesses distantes das diretrizes do SUS. Reis, Araújo e Cecílio (2013) afirmam que outro problema ocasionado pelas demandas judiciais é o fato de que os estratos mais pobres da população, com menos acesso a um advogado, acabam sendo preteridos em relação àqueles com melhores condições econômicas, resultando na iniquidade apontada pelo autor.

Quando o Poder Público, como gestor do SUS, define seus programas assistenciais e preventivos, representados pelas políticas de saúde de medicamentos, tratamentos, procedimentos, dentre outras ações fundamentadas cientificamente, o mesmo não está, necessariamente, tentando se omitir da garantia do direito à saúde, mas sim tentando revelar um compromisso com a formulação de políticas adequadas, que constituem o meio disposto pela Constituição para assegurar esse direito. É necessário se considerar todas as necessidades de saúde de uma população, para que então possam ser formuladas as políticas voltadas para a mesma. No entanto, o aspecto das demandas judiciais, cada vez mais frequente, sob as políticas públicas de saúde, oferece motivo de preocupação, visto que levam a um aumento das estratificações entre a população, no que tange ao acesso aos serviços de saúde (VIEIRA, 2008).

Vieira (2008), afirma que quando se analisam as solicitações advindas das ordens judiciais, é possível vislumbrar um jogo de reivindicações que não atendem aos critérios estabelecidos pelo Poder Público, onde o SUS deve preservar o direito à saúde de todos, ou seja, o interesse coletivo. Porém, o mesmo Poder, torna-se contraditório, ao tentar trivializar as escolhas pelos princípios da universalidade e da equidade, promulgados pela Lei Orgânica da Saúde, justificando-se pelas dificuldades orçamentárias. O Poder Público se vê ainda, em meio à necessidade de priorizar gastos ao se analisar a situação financeira das

localidades, como é o caso de suas políticas de saúde, que através de estudos de produtividade justificam os gastos, e garantem a eficácia do recurso financeiro empenhado.

A integralidade em saúde compreende três ideais inter-relacionados, onde o primeiro relaciona-se a enxergar o paciente como um todo, e não apenas como portador de uma doença específica, o segundo consiste em integrar ações preventivas com ações curativas, e o terceiro em integrar todos os níveis operacionais de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). A integralidade não significa dar a cada um o que este afirma necessitar, sem qualquer critério ou limite, muito menos implica para o Estado a obrigação de disponibilizar ao usuário do SUS todas as tecnologias de saúde disponíveis no mercado, pois as necessidades de saúde são infinitas e os recursos orçamentários para custeá-las são sempre limitados. Por este fator, a Constituição Federal exige uma Administração Pública responsável e comprometida com os resultados, baseada nos princípios da moralidade, impessoalidade e eficiência. (AGU, 2012)

A problemática gerada hoje pelo fenômeno de judicialização da saúde é uma das principais preocupações dos gestores públicos. Decisões tomadas pelo Poder Público, são frequentemente desrespeitadas, desconsideradas e/ou modificadas pelos juízes a pedido de advogados, defensores públicos e promotores de justiça. Orçamentos escassos são comprometidos com a compra de medicamentos caros, alguns de eficácia duvidosa e riscos desconhecidos, procedimentos cirúrgicos diferenciados, exames que por vezes pode ser substituídos por outras técnicas, dentre outros (NETO, 2007). É fundamental prever as consequências que podem interferir na coletividade ao se prestar assistência de forma individualizada, considerando que a lei deve ser interpretada de acordo com o conceito de Justiça e o fim social a que se destina, e não somente aplicada pelo simples fato de ser uma lei, e, por isso, ser imposta e obedecida. (LESSA; KAMIMURA; CORNETA, 2013).

Existem efeitos negativos do fenômeno da judicialização da saúde sob alguns ângulos. Um destes, demonstra que o deferimento absoluto de ordens judiciais pode aprofundar as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, infringindo princípio do SUS, pois favorece aqueles que têm maior possibilidade de reclamar sua demanda judicialmente, em contrapartida aos que não possuem acesso à justiça. Aponta-se neste quesito o comprometimento exatamente do princípio de **integralidade**, discutido anteriormente, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição

patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda. (MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MESSEDER et al., 2005 apud CHIEFFI; BARATA, 2009).

Santos (2006), confirmando os preceitos impostos pela Constituição e SUS, fala que não há possibilidade de se atender as demandas cada vez maiores e mais sofisticadas da sociedade, caso o sistema de saúde público não possua organização, parâmetros, critérios epidemiológicos, protocolos, critérios de incorporação de tecnologia e limites de gastos. Mas, também alega que não podemos ter ingenuidade de acreditar que os governos não tentam mitigar o direito à saúde mediante diversos subterfúgios e que assim, existem sempre os dois lados da moeda. Baptista (et al., 2009), aponta que alguns estudiosos afirmam existir um efeito benéfico entre o acesso à justiça e à saúde, uma vez que se gera sobre o estado um “sentimento” de responsabilização mediante a constante necessidade de desenvolvimento de procedimentos adequados para a incorporação, compra e distribuição de procedimentos terapêuticos pela rede pública.

São inquestionáveis os efeitos que a CRFB/88 promoveu sobre os direitos e deveres do Estado, principalmente no tocante ao direito social da saúde. Porém, a constante atuação do Poder Judiciário e Ministério Público têm revelado que ainda existem inconsistências e contradições na normativa do SUS ou de suas políticas, caso contrário, não seriam observado o crescimento cada vez maior, no número de demandas judiciais ajuizadas contra os poderes Públicos. Entretanto, afirma-se que se está no caminho para a resolutividade desta problemática, a medida que a Carta Maior da Federação vem passando por constantes aperfeiçoamentos, principalmente aqueles que tentam atender às necessidades democráticas, a partir da melhor organização das instituições políticas. (BAPTISTA et al., 2009)

2. Referencial teórico

Nos últimos anos, o crescimento das demandas judiciais no Brasil, começou a ganhar um representativo destaque nos estudos desenvolvidos, pois se demonstra que os gastos relativos ao cumprimento destas ordens são cada vez maiores (CHIEFFI; BARATA, 2009; PEPE, et al., 2010). Os gestores públicos estão, consecutivamente, mais preocupados com a problemática gerada pela judicialização na saúde, uma vez que decisões tomadas por secretários de saúde são rapidamente revogadas e

até mesmo modificadas por Juízes, a partir dos pedidos advindos do Ministério Público, através das Promotorias Especializadas, dos defensores públicos, promotores de justiça, ou advogados. Os orçamentos, que já são ditos como escassos podem ainda, ser cada vez mais comprometidos com a evolução deste fenômeno judicial. (NETO, 2007)

Com base nos princípios contemplados pela Lei Orgânica nº 8.080/90, percebe-se que a integralidade relaciona-se a um processo de extensão de cobertura dos serviços em saúde, de forma que os mesmos sejam acessíveis a toda a população, mesmo que para isso barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais, sejam rompidas. A Equidade, por vez, é para Teixeira (2011, p. 5), “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade, levando a ele a recuperação da saúde, tanto coletiva como individual. E a integralidade por fim, deve andar lado a lado com a equidade, pois se relaciona às possíveis ações para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando na sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Para Leivas (2006), atualmente no debate jurídico, a sinergia entre saúde e direito, na garantia do cidadão ao acesso à justiça e acesso à saúde, teria sua melhor compreensão se a eficácia do direito à saúde fosse o mais ampla possível, devendo ao poder Judiciário, ponderar direitos, bens e interesses, para que assim, possa fixar o conteúdo da prestação devida pelo estado. Por exemplo, caberia ao Juiz analisar, baseados nas informações prestadas pelos requerentes federativos, se existem ou não opções terapêuticas através do SUS, que possam ser aplicadas às necessidades do paciente que reclama seus direitos, ou se a prescrição médica apresentada é a melhor opção para o paciente e ainda se a mesma é respaldada em evidências científicas e segue os Protocolos Clínicos.

Se a dignidade humana é diretamente proporcional ao direito à saúde e este, está devidamente previsto pela Constituição Brasileira de 1988 e pela lei nº 8.080, é sabido que é obrigação do Poder Público, prover de medidas que sejam viáveis à recuperação de enfermos, prevenindo, mantendo ou tratando doenças. Porém, quando este direito, de alguma forma e por alguma razão é negligenciado, existe então a intervenção judicial. Em razão disto, surgem diversos questionamentos que colocam

em cheque os efeitos da intervenção judicial. Se por um lado, o Judiciário é apontado como a última alternativa para aqueles que não receberam do Estado às prestações necessárias para a garantia da saúde, por outro, destaca-se que a atuação judicial pode ter efeitos negativos para o desenvolvimento do sistema de saúde e resultar, inclusive, em danos aos pacientes que buscam a proteção judicial (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; MARQUES; DALLARI, 2007)

Da saúde ao direito à saúde

Para Scliar (2007), contemporaneamente, a saúde apresenta-se como uma questão de cidadania e de justiça social, que vai muito além de um estado biológico. Os principais documentos nacionais e internacionais acerca do tema, consagram a caracterização de saúde como um completo estado de bem-estar, e não a mera ausência de doenças, incorporando também a concepção de que a situação de saúde é determinada pelas condições de vida e de trabalho dos indivíduos, pela conjuntura social, econômica, política e cultural de determinado país.

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. (SCLIAR, 2007, p. 2)

O direito à vida e à saúde são reconhecidos no mundo todo, como os mantenedores da dignidade humana e parte integral dos direitos humanos. Porém a falta de concordância no entendimento destes direitos, bem como o correto fornecimento deles à população ocasionou e continua ocasionando uma separação entre a Lei e a vivência na prática por milhões de pessoas ao redor do mundo. Para Ribeiro (2011), sendo o artigo 196, da Constituição Federal de 1988, aquele que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, observa-se que a saúde está relacionada diretamente à inviolabilidade do direito à vida.

Em 1946 os Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU), declaram através da Organização Mundial da Saúde, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que existem princípios que são basilares para a felicidade dos povos, bem como para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança, onde a “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. (OMS, 1946)

A saúde de qualidade é um dos principais componentes da vida, sendo assim, é um pré-requisito para a existência do ser humano. Observa-se facilmente a conexão existente entre saúde e o direito à vida. Muitos doutrinadores demonstram que a saúde é um direito de primeira geração, ou seja, é talvez o mais importante dentre eles. O direito a saúde é um direito fundamental e indispensável para uma vida com dignidade, “vale dizer que os direitos fundamentais e, acima de tudo, a dignidade da pessoa humana ao que se referem, são indissociáveis, estando no centro o discurso jurídico constitucional” (FLUMIAN, 2008, p. 05).

A Constituição Federal de 1988, de uma forma nunca vista antes no constitucionalismo brasileiro, trouxe a dignidade da pessoa humana como o valor maior do Estado, tendo em torno dele, os demais direitos, sendo assim, os direitos fundamentais, incluindo aí os direitos sociais, os guardiões da dignidade humana. (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008).

É notória, a associação do direito à saúde com os direitos fundamentais e os direitos humanos, portanto a compreensão destes faz-se necessária. Para Sarlet (2005, p. 35):

[...] o termo direitos fundamentais se aplica para aqueles direitos do ser humano e reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão direitos humanos guardaria relação com os documentos de direito internacional, [...] independente de sua vinculação com determinada ordem constitucional [...] de tal sorte que revelam um

É imprescindível entender que o direito à saúde deve ser encarado como direito fundamental social subjetivo, e que, caso o Estado não realize sua promoção, este pode ser tutelado judicialmente de modo a alcançar sua concretização. Ressalta-se que ao se atribuir a determinados direitos a qualificação como um direito fundamental é de suma importância preocupar-se conscientemente com sua prática. Todo direito fundamental, bem como é o caso da saúde é uma norma de caráter de princípio lógico. Este tipo de direito possui foco na força normativa e, sua aplicação ultrapassa casos pontuais e específicos, pois busca promover a máxima eficácia dos valores garantidos pela Constituição Federal. (GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2008).

A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à vida rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam. As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público (LIMA NETO 2013, p. 04 apud CAMARGO, 2014).

Para Figueiredo (2007), a proteção do ser humano tornou-se objeto e objetivo do constitucionalismo, inicialmente foi sob a forma de direitos do homem, depois como direitos humanos e, finalmente, como direitos fundamentais. Camargo (2014), afirma que uma vez que os direitos sociais levaram centenas de anos para serem positivados e entendidos, é responsabilidade da sociedade atual efetivá-los de forma

que possam atender cada dia mais uma gama maior de indivíduos, garantindo a estes, uma existência digna e com felicidade. O direito à saúde é essencial para que se efetivem outros direitos, pois este se trata de um direito fundamental, bem como o direito à vida e a liberdade, visto que, sem saúde, não existem existe bem estar físico e mental e, portanto a dignidade estará comprometida.

Do Direito à Saúde na gestão municipal

O processo de descentralização, advindo do arcabouço do SUS, exigiu que os gestores aperfeiçoassem e buscassem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantissem a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população e levando a promoção da integralidade das ações de saúde. (BRASIL, 1998). Em outras palavras, a descentralização da gestão do sistema implicou na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Ocorreu uma redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de Gestão, apoiando-se nas características políticas e administrativas do SUS em seus respectivos territórios (Nação, Estado ou Município), conseqüentemente, ocorreu a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para controle dos gestores correspondentes.

Seguindo o preceito da descentralização da saúde proposta pelo SUS, a Lei Orgânica (LO) do município de Imperatriz, no Estado do Maranhão, promulgada em 06 de abril de 1990, dispõem acerca do direito à saúde em seus artigos 140 a 144, enfatizando que:

Art. 140. A saúde é direito de todos os munícipes e dever do Poder Público, garantida mediante políticas sociais, econômicas e ambientais, que visem à eliminação do risco de doenças e outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (IMPERATRIZ, 1990, p. 32)

Observa-se o anseio em uma saúde concreta e que seja pautada em políticas públicas que abranjam as mais variadas diferenças e que atenda o paciente de forma igualitária, baseado nos mesmos princípios que fundamentam o funcionamento do SUS no Brasil. Para Góis (2009) o Direito à saúde é um direito prioritário, porém, trata-se do direito a uma saúde com qualidade de direito do ser humano, e não à prestação de uma saúde qualquer. A aceitação ética, cultural e individual, assim como na competência profissional de todos que lidam diariamente com a prática nos serviços de saúde é que determina a sua qualidade.

Destaca-se, também na Lei Orgânica de Imperatriz, seu Art. 141, cujo afirma que o município integra, juntamente com União e o Estado com os recursos da seguridade social, o Sistema Único Descentralizado de Saúde. Segundo Gomes (2004), a descentralização da gestão preconizada pelo SUS, levou os municípios a assumirem a responsabilidade direta pela atenção à saúde, bem como a manutenção, gerenciamento e aplicação dos recursos destinados à efetivação digna e essencial do direito à saúde, promovendo intensas modificações.

Acerca da descentralização do SUS e do repasse de recursos e responsabilidades a cada município, os incisos I,II, IV e V do Art. 141 da L.O de Imperatriz, reforçam, concomitantemente, o atendimento integral a saúde, com prioridades para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, da participação da comunidade, da integridade na prestação das ações e serviços de saúde e da organização dos distritos sanitários com alocação de recursos, tanto técnicos quanto práticos, que estejam adequados à realidade epidemiológica local, reconhecendo assim, que a saúde deve prover de métodos preventivos e que está intrinsecamente ligada às condições ambientais do município e sua rede sanitária.

Sobre isso, Góis (2009) ressalta:

O Fundo Municipal de Saúde surge como solução para a satisfação do direito à saúde no âmbito da competência de cada esfera do Poder. Não se admitindo de nenhuma forma a omissão homicida que tem caracterizado a realidade sanitária brasileira; as filas dos hospitais; as pessoas morrendo e sendo amputadas todos os dias. Desta forma a saúde pública fica condicionada e intimamente relacionada com as condições ambientais dos municípios. Daí a necessidade de uma maior

preocupação no sentido de higienizar as cidades, quanto aos serviços públicos de limpeza e coleta dos lixos.

Nesse nível de gestão pública as demandas por atenção à saúde são apresentadas pela população, e assim, a oferta e o acesso aos serviços de saúde, devem ser oferecidos de acordo com as necessidades da população local. Trata-se de uma rede complexa de ações que envolvem a gestão municipal e as políticas públicas voltadas para a efetivação do direito à saúde. A Constituição Federal de 88, em seus Artigos. 23, incisos II e VII e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, regulamentam que os Municípios terão a responsabilidade de cuidar da saúde de seus municípios, cabendo ao Estado e à União a cooperação financeira e técnica, quando preciso, na implantação e organização das tarefas relacionadas à esse serviço. A legislação de cada município deve ajustar-se aos princípios organizacionais do SUS, tanto em suas Leis Orgânicas, como em seus Planos Municipais de Saúde. (DALLARI et al., 1996)

Exemplificando-se, o Título II, ainda da Lei Orgânica de Imperatriz, proclama sobre a competência do município em seus Artigos 7 e 8, sendo de responsabilidade do Município de Imperatriz prover de tudo que se relacione e respeite, ao interesse e o bem-estar de sua população, incluindo serviço de atendimento à saúde da população, promovendo-o, no que lhe couber e cuidando da saúde e da assistência pública, protegendo e garantindo também as pessoas portadoras de deficiência de qualquer natureza, além de guardar, proteger e promover programas de construção de moradia, fomentando assim, condições habitacionais e saneamento básico, imprescindível à manutenção da saúde. (IMPERATRIZ, 1990)

Fixa-se, que o direito e a justiça devem permear as relações administrativas dos Poderes Executivos locais, tanto na aplicação, quanto na concretização do Direito à saúde, e que esses sejam baseados nos planejamentos para a implementação dos Direitos Sociais, especialmente a saúde. A realidade deve ser adequada à vivência e características de cada município, bem como as necessidades sentidas pelos seus municípios, objetivando-se o reestabelecimento da harmonia desejada, a partir da justiça social. (GÓIS, 2009)

O município de Imperatriz – MA

Imperatriz, segunda maior cidade do Estado do Maranhão, situa-se às margens do Rio Tocantins, ficando ainda, no encontro das Rodovias

BR-010 (Belém-Brasília) e MA-122, que segue rumo à região central do Maranhão. Seu centro urbano está estruturado em torno da BR-010, tendo a oeste o Tocantins. Sua área central abriga o porto e é dotada de infraestrutura, bom padrão construtivo e espaços consolidados, assim como os bairros Juçara, Três Poderes, Mercadinho, União, Maranhão Novo e Nova Imperatriz. A cidade é também considerada o segundo centro econômico do Maranhão, ficando atrás apenas da capital do Estado, Imperatriz é referência regional no comércio e na produção de calçados, o município fornece bens e serviços, inclusive os de saúde, para o oeste do estado, o norte do Tocantins e o sul do Pará. (FUNDAÇÃO VALE, 2010).

Com uma área 1369,02 km² e uma população, segundo o Censo 2010, de 247, 505 mil habitantes, a cidade de Imperatriz, possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal alto (IDHM 2010), correspondente à 0,731. Sua densidade demográfica é 180,82 hab/km². (ADH, 2013)

Imperatriz contava em 2005 com oito hospitais, tanto rede privada quanto pública, que ofereciam 947 leitos de clínica cirúrgica, pediatria, obstetrícia, especialidades clínico cirúrgicas, Unidades de Tratamento Intensivo (U.T.I) geral e neonatal. Atualmente a quantidade de hospitais permanece o mesmo, porém com capacidade de leitos aumentada. (FUNDAÇÃO VALE, 2010). O município receberá no ano de 2014, um hospital macrorregional que contará com 100 leitos de internação em enfermaria, 12 leitos de U.T.I, quatro salas de cirurgia, unidade de pronto atendimento (UPA) funcionando 24 horas, central de imagem com exames de ultrassonografia, raio-x, endoscopia e mamografia, além de laboratório de análises clínicas. (MARANHÃO, 2013)

Em relação à Atenção Básica no município, dados da Secretária de Saúde de Imperatriz (SEMUS) informam que atualmente o município conta com 43 postos de saúde no município, que realizam desde procedimentos de baixa complexidade até microcirurgias. Os Programas Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estão presentes em todas as unidades de saúde. O município conta ainda com um Centro de Especialidades Médicas, que é referência por abranger também outros programas de saúde, como Central de Assistência Farmacêutica, Programa Saúde da Mulher, Centro de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, Auditoria de Saúde e Central de Regulação de Consultas. (IMPERATRIZ, 2014)

Segundo Mendes e Burnett (2009), o município de Imperatriz está classificado como uma região de Aglomerados e centros regionais,

isto é, municípios com baixo estoque de riqueza, mas que possuem grandiosa importância regional, representando assim, um pólo entre regiões menos urbanizadas ou com menor dinamismo. Deve-se a esta característica, o fato de Imperatriz, representar-se como uma cidade de grande porte para prestação de serviços, inclusive os de saúde, causando demandas sempre crescentes.

Judicialização da Saúde em Imperatriz - MA

A pesquisa coletou dados de 515 ordens judiciais, no período referente aos anos de 2012 e 2013. Onde, durante o ano de 2012 o total de ações ajuizadas contra a Secretaria de Saúde de Imperatriz, foi de 285 e em 2013 o total apresentou uma pequena queda, totalizando em 230 demandas. Os dados estão expostos a seguir.

Para Ventura et al. (2010) a alta quantidade de demandas judiciais na área da saúde, reflete nada mais, do que a busca da efetividade desse direito fundamental. Sant'Ana (2009), afirma que no caso do Brasil, o Estado é o principal responsável e cumula deveres legais de proteção da saúde, no âmbito individual e coletivo, e também pelo de prover os meios para o cuidado de todos os cidadãos. Revela-se ainda que o crescente fenômeno da judicialização no Brasil demonstram algumas deficiências e insuficiências do SUS e também do sistema judicial brasileiro no que diz respeito ao cumprimento de forma satisfatória de suas responsabilidades.

No que tange aos resultados da presente pesquisa, inicia-se em relação ao gênero e faixa etária dos beneficiários das ordens judiciais (Tabela 01), em que se observou a quantidade de demandas ajuizadas nos anos de 2012 e 2013, que os beneficiários do gênero masculino, sobressaem em relação ao feminino, porém é valido lembrar que este acontecimento pode mudar de comportamento de ano para ano. Geralmente, as mulheres tendem a se preocupar mais com sua saúde, e por isso, lutam diferenciadamente por seus direitos, porém a consciência masculina sofreu modificações nos últimos anos, e o conceito de saúde e cuidados com a mesma foi mais bem absorvido. Porém, o Ministério da Saúde afirma que diante de doenças graves e crônicas os homens possuem maior vulnerabilidade que as mulheres e que morrem mais precocemente do que as mesmas (BRASIL, 2008). Entender o perfil da população atendida nos serviços de saúde, ou pelas demandas aqui estudadas, é fundamental para compreensão e reformulação de políticas públicas de saúde.

Relacionado à faixa etária, observa-se que as crianças e os idosos representam a maior parcela da população atendida judicialmente em 2012. Em 2013, a maior representatividade ficou para as crianças, porém o quantitativo de idoso beneficiados por ordens se matem importante.

A identificação de grupos populacionais específicos na população demandante das ações judiciais é imprescindível para identificar a inadequações de prescrição de medicamentos, identificar os tratamentos adequados, recursos médicos auxiliares, direitos constitucionais, e ainda, as prerrogativas de benefício diferencial por faixas etárias, como é o caso do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Estatuto do Idoso. (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Tabela 01 – Perfil dos beneficiários das ordens judiciais ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS		ANO DO PROCESSO			
		2012		2013	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	149	52,3	119	51,7
	Feminino	136	47,7	111	48,3
	TOTAL	285	100	230	100
Faixa Etária	0 a 17 anos	59	20,7	78	33,9
	18 a 29 anos	28	9,8	17	7,5
	30 a 39 anos	30	10,5	30	13,0
	40 a 49 anos	26	9,1	21	9,2
	50 a 59 anos	27	9,5	19	8,3
	60 a 69 anos	46	16,1	33	14,3
	70 anos ou mais	45	15,8	14	6,1

	Não Consta*	23	8,1	17	7,4
	TOTAL	285	100	230	100

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Nota: * Devido a deficiência dos dados administrativos secundários muitas demandas não forneciam informações sobre faixa etária

No tocante a análise dos dados referentes ao representante judicial do autor da ação, é interessante entender que a ação o representa um instrumento jurídico-processual, através do qual o cidadão, quanto beneficiário, reclama seus direitos ou defende-os, através do Poder Judiciário. Geralmente o autor ou requerente da ação é pessoa física, jurídica ou instituição judicial, sendo elas em suma, Ministério Público, representado nesta pesquisa pelas Promotorias Especializadas de Saúde, Defensoria Pública e Procuradorias nas esferas de governo. As ações judiciais buscam garantir ou reivindicar um direito. (MARQUES; DALLARI, 2007; PEPE et al., 2009).

O número de ações conduzidas por advogados e instituições judiciais, ou ainda, Núcleos de Apoio Jurídicos, geralmente ligados a Instituições de Ensino Superior (Tabela 02). Na análise dos dados, observa-se que em ambos os anos de estudo, o representante judicial prevalente é Defensoria Pública, somando 77,9% em 2012 e 73,9% em 2013. Há de se considerar relevante também, a representação por meio das Promotorias, ligadas ao Ministério Público, em que no caso do Município de Imperatriz, são Promotorias Especializadas em Saúde, cujo em 2012 o total corresponde a 19,3% e no ano de 2013 a 19,1%. O Município de Imperatriz figurou como réu em todas as ordens judiciais analisadas.

Fica notória a escolha, por parte dos beneficiários do Sistema de Saúde, das alternativas judiciais com o benefício da gratuidade. Ressalta-se que para o uso deste benefício legal deve haver a caracterização da hipossuficiência econômica do autor processual, onde o reivindicante deve cumprir a exigência comprovar a sua não capacidade de arcar com as despesas processuais e advocatícias, sem que comprometer o seu sustento e de sua família. Os beneficiários da gratuidade de justiça geralmente são representados por advogados dativos, por defensores públicos estatais e até mesmo promotores especializados, conforme observado na cidade alvo do estudo. A variável de caracterização do perfil judicial das ordens ajuizadas contra o poder Público, pode, evidenciar sucintamente, uma característica pessoal do beneficiário, bem como a

correlação entre acesso à justiça e a efetividade do acesso a medicamentos, considerando o tipo de processos judiciais analisado. (VENTURA et al., 2010)

O Estado democrático representa a existência de canais sólidos de exercício do direito de ação via Poder Judiciário e, sempre que o cidadão entender que algum direito lhe foi violado poderá recorrer à reclamação via meios judiciais. A assistência jurídica gratuita oferecida pelas Defensorias Públicas dos estados constitui, tal qual o direito à saúde, um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado constitucionalmente previstos, representando por fim, uma das conquistas no acesso da população ao Judiciário. (VENTURA et al., 2009)

Com referência às Varas de tramitação dos processos ajuizados contra a SEMUS de Imperatriz-MA, revela-se que em 2012 e 2013 a Vara da Fazenda Pública da Comarca de Imperatriz, tramitaram respectivamente 80,7% e 70,4% das ações ajuizadas, denotando assim a maioria dos processos. Porém, é válida a observação que em 2013 ocorreu um aumento na quantidade de ações tramitadas pela Vara da Infância e Juventude da mesma comarca, acompanhando assim, a faixa etária dos beneficiários, explanada anteriormente.

Tabela 02 – Perfil judicial das ordens ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA, quanto aos representantes judiciais e varas de tramitação do processo.

DADOS DO PROCESSO		ANO DO PROCESSO			
		2012		2013	
		N	%	N	%
Representante Judicial	Defensoria Pública	22	2,7	170	3,9
	Promotorias Especializadas em Saúde	5	5,1	44	9,1
	Advogados	7	7,0	14	1,6
	Núcleos de Apoio Jurídico	1	1,0	2	0,9
	TOTAL	85	85,0	230	85,0
Vara de Tramitação	Vara da Fazenda Pública	30	30,2	162	0,4

Vara da Infância e Juventude	3,5	8,61	67	9,22
Vara Especial de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher *	2,0	7,0	--	--
Vara Criminal *	-	--	01	0,4
TOTAL	85,2	100,1	230	100,1

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Nota: *: Pedidos não realizados, referente ao ano de ajuizamento.

Referente à quantidade de ações ajuizadas por mês nos anos de 2012 e 2013, apresenta-se a tabela 03. O período de referência mensal das ações, não se relaciona diretamente ao motivo da demanda, mas sim, pelo fato da saúde da população sofrer variáveis e caso estas sejam positivas para quadros de doença ou outras necessidades, levam à procura dos serviços de saúde.

Uma vez que os municípios são responsáveis por assegurar a direta atenção à saúde, bem como trabalhar para manutenção, gerenciamento e aplicação de recursos destinados a mesma, bem como à sua efetivação, o estudo progressivo e mensal da quantidade de ordens demandadas pode auxiliar na compreensão da capacidade de gestão dos serviços públicos oferecidos, bem como da sua produtividade (GOMES, 2004). Os municípios devem ter resguardados o seus direitos à saúde, através de políticas sociais, econômicas e ambientais, que visem à eliminação dos riscos de doenças e outros agravos. As ações devem envolver promoção, proteção e recuperação da saúde. (IMPERATRIZ, 1990)

Tabela 03 – Quantidade de ordens por mês ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA nos anos de 2012 e 2013

	ANO DO PROCESSO
--	------------------------

MÊS	2012		2013	
	N	%	N	%
Janeiro	18	6,3	18	7,8
Fevereiro	43	15,1	20	8,7
Março	19	6,7	41	17,8
Abril	42	14,7	14	6,1
Maiο	27	9,5	20	8,7
Junho	22	7,7	35	15,2
Julho	23	8,1	24	10,4
Agosto	15	5,3	13	5,7
Setembro	24	8,4	24	10,4
Outubro	24	8,4	7	3,0
Novembro	23	8,1	11	4,8
Dezembro	5	1,8	3	1,3
TOTAL	285	100	230	10

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Na tabela 04 estão apresentados os principais pedidos realizados pelas ordens ajuizadas contra a Secretaria de Saúde de Imperatriz-MA, durante os anos de 2012 e 2013. Nota-se a predominância durante o ano de 2012 em relação às solicitações por vagas em Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I) para beneficiários adultos, totalizando 137 pedidos, ou seja, uma proporção de 45,6% dentre as 285 ordens ajuizadas neste ano. Quando comparado com o ano de 2013, onde o total de ordens ajuizadas foi de 230, esse mesmo tipo de solicitação teve importante redução, totalizando em apenas 06 demandas, ou seja, 2,4%. As U.T.I's pediátrica e neonatal, não apresentam grande representatividade do ponto de vista proporcional, mas levantam a importância dos cuidados e atenção à saúde de crianças.

No ano de 2010, um decreto de emergência, informando crise de Saúde em Imperatriz-MA, foi disponibilizado pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde e da Portaria nº 2.186 de 02 de agosto de

2010, um aporte de recurso financeiro, ao referido município, no montante de R\$ 2.713.962,00 (dois milhões, setecentos e treze mil, novecentos e sessenta e dois reais), a ser disponibilizado ao Estado do Maranhão e Município de Imperatriz, este, correspondeu à abertura de novos leitos de UTI no município, sendo 10 leitos de UTI pediátrica, 04 leitos de UTI adulta e 27 neonatais. Deu-se prioridade aos leitos neonatais, pois neste ano, 19 crianças morreram por falta de suporte intensivo à saúde (BRASIL, 2010; ESTADÃO, 2010).

Outra classe de pedidos com grande representatividade nas ordens ajuizadas foi referente aos medicamentos. No Brasil, foi criada em 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria n. 3.916. Esta se definiu como uma parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNM) e constituiu-se até os dias atuais como um grupo de elementos imprescindíveis para a implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. (BRASIL, 2001). Seus objetivos primordiais foram de garantir a necessária a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, ao menor custo possível, à promoção o uso racional dos medicamentos e em assegurar o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

As diretrizes da PNM buscam respeitar as predefinições estabelecidas pelo SUS, e para tal adotou-se no Brasil, a Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), a regulamentação sanitária de medicamentos e a promoção do seu uso racional, a reorientação da Assistência Farmacêutica (AF), o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia da segurança, a eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos (BRASIL,1999).

Para Pepe et al. (2010) existem ponderações que devem ser feitas, acerca da judicialização da saúde, que prima por medicamentos como pedidos reclamados, pois estas, podem gerar problemáticas na Gestão da Política de Assistência Farmacêutica, visto que, a resposta às demandas judiciais, geralmente o mais rápido possível, foge aos planejamentos dos serviços, e criam demandas diferenciadas e paralelas, quem em suma, representam maiores gastos à administração pública. No tocante à segurança do paciente, a judicialização contra a PNM e AF, pode representar riscos aos pacientes, em razão prescrições inadequadas, mesmo que de medicamentos já selecionados e incorporados nas listas e protocolos clínicos do SUS, e em especial, na prescrição de novos medicamentos ou ainda, novas indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas.

Segundo Angell (2007) medicamentos tidos como “novos” não representam total segurança aos usuários, pois ainda não se conhece profundamente critérios sobre sua eficácia terapêutica e eventos adversos. O mesmo é válido para medicamentos que não existem no Brasil, mas sim em países estrangeiros, pois o uso de medicamentos sem registro sanitário ou fora das indicações para as quais foram registrados representam riscos iminentes à saúde.

Andrade et al. (2010) afirmam que em trabalhos realizados, a principal justificativa para a demanda por medicamentos, deu-se pelos mesmos estarem em falta no SUS ou na Farmácia Popular e a falta de recursos financeiros ou a associação de ambos, declarações de falta de tempo, desinformação sobre onde procurar, grande distância da casa ao local de acesso e associações entre esses. Cita-se que é possível localizar boa parte dos pedidos, com medicamentos inclusos nas listas da Assistência Farmacêutica, mas devido ao cumprimento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes, muitos pacientes acabam recorrendo judicialmente e excluindo a etapa mais burocrática, porém necessária à racionalidade do uso de medicamentos.

A maior cobertura de medicamentos no SUS para tratamento de algumas doenças tem demonstrado avanços significativos na Assistência Farmacêutica. Porém, mesmo que o SUS tenha capacidade de suprir as necessidades para tratamentos de doenças de maior prevalência, deve ser evitada a prática baseada em apenas, doenças prevalentes, pois a individualidade deve ser preservada, assim como a coletividade também (PERINI, 2009).

Discutindo os outros pedidos presentes nas ordens judiciais, que possuem menor representatividade, mas, a mesma importância no que tange ao direito à saúde, é possível visualizar solicitações por consultas médicas especializadas, em sua maioria referente às especialidades ainda não contempladas pelo Sistema de Saúde em Imperatriz-MA; Tratamento Fora de Domicílio – TFD, cujo visa à transferência de pacientes munícipes para localidades que tenham disponíveis os tratamentos solicitados e que por algum motivo não é disponibilizado na cidade de origem; Exames especializados, que em suma, representam modalidades que demanda alta complexidade, ou cujos valores de custo são muito altos, alguns são disponibilizados apenas por clínicas particulares, outros pelo SUS, porém devido às filas e demandas maiores, os pacientes recorrem à judicialização; Fisioterapia Domiciliar, que requer atendimento de profissional fisioterapeuta em domicílio, pois a locomoção do paciente é inviável; Nutrição/Alimento especial, referem-se à suplementação

nutricional, principalmente para crianças com intolerâncias alimentares ou para acamados e deficientes que por algum motivo não conseguem se alimentar normalmente.

Às demandas referentes aos Correlatos, é válido informar que estes, relacionam-se substâncias, produtos, aparelhos ou acessórios não enquadrados nos conceitos anteriores, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos (ANVISA, 2014). Cita-se que entre os pedidos, boa parte das dispensas era para dispensáveis para idosos e acamados, onde se incluem como exemplos, os pedidos de fraldas e seringas.

O Transporte médico relaciona-se ao auxílio que deve ser prestado aos beneficiários das demandas, a fim de que estes possam deslocar-se até os seus locais de tratamentos, dentro do mesmo município. Para os pedidos que reclamavam pela Internação em Clínicas de Reabilitação para Toxicômanos, ressalta-se que este é um direito constitucionalmente previsto. Em uma transcrição Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938, têm-se os artigos 27, 28 e 29, da referida legislação: Artigo 27. A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 28. Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Art. 29. Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não. (BRASIL, 1938. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Dele0891.htm>.

Acessado em: 15 mai 2014).

**Tabela 04 – Principais pedidos realizados pelas ordens
ajuizadas contra a Secretaria Municipal de Saúde de Imperatriz-MA nos
anos de 2012 e 2013**

PEDIDO REALIZADO	ANO DO PROCESSO			
	2012		2013	
	N	%	N	%
Medicamentos	58	19,4	75	29,4
Consulta Médica especializada	23	7,7	22	8,6
Tratamento Fora de Domicilio	13	4,7	25	9,8
Exames Especializados	05	1,7	21	8,2

Fisioterapia Domiciliar	02	0,7	2	0,8
Cirurgias	24	8,0	40	15,7
Produtos *cirúrgicos/médicos*	--	--	10	3,9
Leitos de U.T.I - adulto	137	45,6	06	2,4
Leitos de U.T.I - pediátrica	06	2,0	02	0,8
Leitos de U.T.I neonatal	03	1,0	02	2,0
Nutrição / Alimento especial	19	6,4	27	10,6
Materiais Correlatos	09	3,0	16	6,3
Transporte médico intermunicipal*	--	--	02	0,8
Internação em Clínica de Reabilitação para Toxicômanos*	--	--	02	0,8
TOTAL	299	100	255	100

Fonte: Banco de dados referentes a Ações Judiciais da Secretária Municipal de Saúde de Imperatriz-MA (SEMUS). Elaboração própria

Nota: * Pedidos não realizados, referente ao ano de ajuizamento.

Considerações finais

O objetivo do presente capítulo foi promover um debate acerca do acesso ao direito à saúde, passando pelas definições necessárias a este bem constitucional, bem como levantando no discurso inicial, o princípio de igualdade essencial, que coloca o ser humano com igualdade em direitos, independentemente de suas diferenças, sejam elas quais for.

A abordagem de dados sobre uma importante cidade do Estado do Maranhão deu-se para exemplificar e debater, o fenômeno da judicialização da saúde, uma vez que o acesso à saúde seja negado ou não apropriadamente prestado, os cidadão usuários do Sistema Único de Saúde brasileiro sentem-se negligenciados e podem protestar seus direitos junto ao Poder Judiciário. Sobre Imperatriz-MA, cita-se que o fenômeno de judicialização da saúde, sofrido pela mesma, é uma parcela do que vem acontecendo nacionalmente.

O perfil dos beneficiários, dos representantes judiciais e das demandas ajuizadas contra a Secretária de Saúde de Imperatriz-MA, demonstram oportunidade para a continuidade do estudo acerca das políticas públicas existentes na cidade, bem como caminhos para posteriores estudos.

Nota-se que uma vez que os direitos sociais, bem como o da saúde, demoraram anos para chegar ao estágio em que se encontram, é imprescindível que a sociedade entenda cada vez mais a necessidade de continuar a efetivá-los. A sociedade, organizada ou não, e os poderes que a representa, tem o compromisso pela garantia da existência com dignidade humana.

Observa-se também, que o direito e a justiça devem caminhar lado a lado com as ações administrativas dos Poderes Executivos municipais, visto que o processo de descentralização promovido pelo SUS, seja no tocante à aplicação, ou na concretização do Direito à saúde, é de suma importância para a implementação dos Direitos Sociais, especialmente o da saúde. É fundamental, que a realidade das ações que buscam a efetivação do direito à saúde, sejam adequadas à realidade de cada município, de forma a alcançar-se a harmonia prevista pela justiça social.

Por fim, é importante ressaltar que, conhecidos os preceitos impostos pela Constituição Brasileira de 1988 e pela Lei Orgânica de Saúde, que instituiu o SUS em 1990, não há possibilidades de atender demandas cada vez maiores advindas da judicialização da saúde, sem que haja respeito à organização do próprio Sistema público de saúde, constitucionalmente criado. Há de ser concluir, que o respeito às diretrizes organizacionais, os parâmetros, critérios epidemiológicos, protocolos e diretrizes clínicas, critérios de incorporação de tecnologia, vigilância sanitária e limite de gastos é fundamental para a continuidade da Política Nacional de Saúde, porém, o não cumprimento destes preceitos, dá sim, o direito ao paciente de respaldar-se judicialmente, pois o bem maior que o ser humano pode possuir é a sua própria vida.

Não devem ser aceitas desculpas quanto ao não cumprimento do acesso a saúde, visto que este é um direito fundamental e também, pelo fato dos Governos possuírem alternativas legais, para a recuperação dos enfermos, medidas preventivas de manutenção da saúde e de prevenção de doenças, além da possibilidade de uma vida com dignidade e liberdade. A realidade social deve ser respeitada, levando a uma sinergia entre o Poder Público e Judiciário, com a concomitante melhora das políticas de saúde existentes e/ou criação de novas.

Referências

ANDRADE, E.L.G NETO, O. H. C; COELHO, T.L; GOMES, F.F.C; SANTOS, V.C; CHERCHIGLIA, M. L; ACURCIO, F.A. A judicialização da saúde em Minas Gerais: perfil das ações judiciais de 1999 a 2009. **Política em saúde**. Disponível

em:<<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/028.pdf>>. Acesso em 10 maio. 2014

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. Como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record; 2007

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (ADH). Brasil (Org.). **Perfil do Município de Imperatriz-MA**. 2013. Pnud, Ipea, FJP. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/imperatriz_ma>. Acesso em: 18 maio 2014.

BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa Do Brasil. Casa Cível. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Presidência da República. **Câmara dos Deputados**. Brasília - DF, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 mai 2014

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medicamentos: Conceitos**. Disponível em:<<http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito.htm#1.4>>. Acesso em 11 maio 2014

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 2.186 de 02 de agosto de 2010. Estabelece recurso financeiro a ser**

disponibilizado ao Estado do Maranhão e Município de Imperatriz.
Brasília – DF, 2 de agosto de 2010. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2186_02_08_2010.html>. Acesso em 10 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos.** Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos.** Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Advocacia Geral da União. Do parecer no Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Parecer normativo, n. 803, de 01 de julho de 2012. Relator: Higor Rezende Pessoa. **Lex: Ações Judiciais.** Política Pública de Assistência Farmacêutica, Brasília, p. 01-46. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria GM/MS nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Brasília, DOU de 10/11/1998. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em 10 mai 2014.

<https://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/viivTodos/509f2321d97cd2d203256b280052245a?OpenDocument&Highlight=1,constitui%C3%A7%C3%A3o&AutoFrame>

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Câmara dos Deputados.** Brasília - DF, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-65093-normaatualizada-pl.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2014.

_____. Ministério da Justiça. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em 10 mai 2014.

_____. **Decreto Lei nº 891 de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecente**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/Del0891.htm>. Acessado em: 15 mai. 2014

CAMARGO, C.L. Saúde: um direito essencialmente fundamental. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XVII, n. 120, jan 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14074&revista_caderno=9>. Acesso em 09 maio 2014.

CHIEFFI, A. L; BARATA, R.C.B Ações judiciais: estratégia da indústria Farmacêutica para introdução de novos Medicamentos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 421-429. 2009

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos Direitos Humanos**. 7.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

DALLARI, S.G; ADORNO, R.C.F; FARIA, M. M; SHUQAIR, N.S.M.S.A.Q; TREWIKOWSKI, S. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.12, n.4. p, 531-540, out-dez, 1996.

ESTADÃO; LIMA, Wilson. **Morre 19ª criança sem vaga em UTI em Imperatriz-MA**. 2010. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,morre-19-crianca-sem-vaga-em-uti-em-imperatriz-ma,534566,0.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2010.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FLUMIAN, Michel Ernesto. **Direito fundamental à saúde: políticas econômicas e sociais de atenção básica e os balizadores da prestação jurisdicional**. 2008. 225 f. Dissertação (Mestrado). Centro Universitário Unitoledo de Araçatuba

FUNDAÇÃO VALE. **Um olhar sobre Imperatriz-MA: Diagnóstico Socioeconômico**. 2010. 08 f.

GANDINI, João Agnaldo Donizeti; BARIONE, Samantha Ferreira; SOUZA, André Evangelista de. A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial – critérios e experiências. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. XI, n. 49, 2008. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=4182&n_link=revista_artigos_leitura>. Acesso em maio 2014.

GOIS, V.L.S. **Desafios na efetivação do direito à saúde, fundado no paradigma da dignidade Humana**. 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/ano/Desafios.pdf>>. Acesso em 09 mai. 2014

GOMES, C.A.P. A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas. In: **Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. A formação em farmácia, perspectivas e necessidades da área de medicamentos**, 2004. Disponível em www.cgee.org.br. Acesso em 28 abril de 2013.

IMPERATRIZ. **Lei Orgânica do Município de Imperatriz de 06 de abril de 1990**. Estado do Maranhão. Preâmbulo. Imperatriz, 06 de abril de 1990. Disponível em: <http://www.imperatriz.ma.gov.br/arquivos/leis/lei_organica_municipal.pdf>. Acesso em 01 maio 2014

LEIVAS, P.G.C. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. *Revista Bioética*, vol. 14, n. 1, 2006, Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, 2006. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2/2. Acesso em 09 mai 2014

LESSA, T. C. A; KAMIMURA, Q. P; CORNETTA, V. K. O Fenômeno da Judicialização da Saúde sob o Enfoque da Análise dos seus Princípios Autorizadores. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo, ed. 202, p. 001-008. Mai/jun2013

MENDES, C.S; BURNETT, F.L. **Rede de avaliação e capacitação para a implementação de planos diretores participativos**. São Luís - MA, 2009. Disponível em:<<http://web.observatoriodasmetrolopoles.net/planosdiretores/produtos/ma/MA%20-%20Relat%C3%B3rio%20Municipal%2014%20-%20Imperatriz%20-%20Claudiceia%20Silva%20Mendes%20-%20Jun%202009.pdf>>. Acesso em 06 maio 2014

NETO, A.J.F. Judicialização da saúde. **Caderno Mídia e Saúde Pública: Comunicação em Saúde pela Paz**. Org. Adriana Santos - Belo Horizonte: ESP-MG, v.2. p. 49-52. 2007

OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Nova Iorque, 22 de Julho de 1946*. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omsworld.html>>. Acesso em 08 maio 2014.

PEPE, V. L. E; FIGUEIREDO, T.A; SIMAS, L; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2405-2414, 2010.

PEPE, V.L.E.; VENTURA M.; SANT'ANA J.M.B. et al. A judicialização no acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro: um olhar sobre o essencial. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – **Fiocruz, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde**; 2009. 58p. Relatório Final de Pesquisa à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

PERINI, E. **Acesso a medicamentos**. In: Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília, Min. Saúde, 2009, p. 277-295

REIS, D.O; ARAUJO, E.C; CECÍLIO, L.C.O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde: Módulo político gestor**. Disponível em <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em 10 mai. 2014

RIBEIRO, P. G. O direito à saúde e o princípio da Reserva do Possível. **Revista Eletrônica Jurídico-Institucional do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte**. Natal, v. 2, n. 2, 2011. Disponível em: <www.mp.rn.gov.br/revistaeletronicamprn>. Acesso em 10 maio de 2014

RIOS, R.R. Respostas jurídicas frente à epidemia de HIV/Aids no Brasil. **Divulgação em Saúde para Debate**. CEBES, Rio de Janeiro, n. 27, p. 95-106, agosto 2003.

SANT'ANA, J. M. B. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro. **Fiocruz**. Rio de Janeiro, v.11, n. 93. 2009. Disponível em http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/2449/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sant%20Ana_Jo%C3%A3o_Maur%C3%ADcio_Brambati.pdf. Acesso em 10 mai. 2014

SANTOS, L. O SUS e os contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Radis: Comunicação em saúde**. Rio de Janeiro. v. 1 n. 49, p. 35, 2006

SARLET, I. W. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Livraria do Advogado. 2001, p. 35

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.17, v.1: 29-41, 2007.

SILVA, L.P. **Direito à saúde e o princípio da reserva do possível**. Disponível em:<
http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anelxo/DIREITO_A_SAUDE_por_Leny.pdf. Acesso em: 04 mai 2014

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Conferência Municipal e Estadual de Saúde, Salvador, jun. 2011. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em 09 maio 2014

TEIXEIRA, T. C; PACHECO, P. V. A judicialização do direito à saúde e o princípio da reversa do possível: necessidade de uma interpretação sistemática da Constituição. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 85, fev 2011. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8957>. Acesso em 08 maio 2014.

TRISSOTO, N. **Apelação cível n. 98.001145-0 e 98.001146-9**. Relator Dep. Newton. 1998. Santa Catarina. 1988. Disponível: <<http://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/4933969/apelacao-civel-ac-11450-sc-1998001145-0/inteiro-teor-11468434>>. Acesso em: 09 maio 2014

VENTURA, M. As estratégias de promoção e garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 27, p. 107-115, agosto 2003.

VENTURA, M; SIMAS, L; PEPE, L. E; SCHRAMM, F.R. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2011.494 p.

VIEIRA, F. S. **Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 365 – 369, 2008.

VIEIRA, F. S; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.41, n. 2, p. 214-222, 2007.

A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL

Márcia Vieira da Motta
Mônica V. M. Piacsek

A Constituição de 1988 elevou a saúde a um direito fundamental do povo brasileiro, cujo dever passou a ser o de prestação positiva do Estado no sentido de que este tem o dever de concretizá-la e ampliá-la de modo a atender toda a população.²⁶ Esse princípio é definido no seu artigo 196, em que se lê que a saúde é "direito de todos e dever do Estado", configurando critério universalizante desse direito que é bidimensional, pois é direito e também dever:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.¹

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.²⁶

No Estado Social em que vivemos, busca-se a proteção e o cuidado do cidadão para se atingir a justiça social. Nesta dimensão de direitos fundamentais, o direito à saúde é entendido como direito difuso, ou seja, cuja titularidade é indeterminável, o que no Brasil ultrapassa a noção de nacionalidade já que abarca também o estrangeiro de passagem pelo país.²⁷

Muito embora o art. 196 estabeleça que a saúde é direito de todos os brasileiros, a jurisprudência dominante no Supremo Tribunal Federal

²⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm> Acesso em: 4 fev 2015.

²⁷ ALVES, C. L. A saúde como direito fundamental difuso. 2013. *Âmbito Jurídico* [online], XVI (111). Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_d=13091&revista_caderno=9> Acesso em: 2 fev. 2016.

(STF) confere que a titularidade do direito à saúde, conquanto difusa, é também individual e coletiva e, que a natureza de uma não desnaturaliza a materialidade da outra.²⁸ Com isso, vários são os atores, estatais ou não, que podem atuar na efetivação desses direitos.² Deste modo, a luta para a concretização do direito à saúde não precisa ser apenas de um indivíduo para si próprio. Tanto a coletividade pode provocar o Estado como órgãos e entidades, de modo a vê-la em pleno exercício.

Neste sentido, importante foi a edição da lei n. 8.142/90 que legitimou a participação da sociedade civil nas instâncias administrativas da saúde, facilitando, com essa horizontalização da relação Estado e sociedade, o protagonismo do cidadão e de outros atores não estatais na efetivação do direito à saúde.²⁹ Essa lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde.

Em termos de eficácia, o constituinte concebeu esse direito como norma plena dando-lhe força normativa para sua incidência imediata e independente de providências ulteriores para sua aplicação, criando “situações subjetivas de vantagem ou de vínculo desde logo exigíveis”.³⁰ Efetivamente, o direito à saúde passou a ser exigível assim que foi promulgada a Constituição no ano de 1988.¹ Em verdade, esse avanço social ímpar exige até hoje complexo aparato jurídico institucional e financeiro para sua real materialização, lembrando que a competência para tanto é concorrential entre os Municípios, Estados e a União, ainda que em 2001, a Política Nacional de Atenção Básica tenha preconizado a centralização da execução das relações básicas de saúde nos municípios e Distrito Federal, com apoio dos Estados e da União:³¹

²⁸ SARLET, I. W. *A Eficácia dos Direitos Fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

²⁹ BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> Acesso em: 2 ago. 2017.

³⁰ LENZA, P. *Direito Constitucional Esquematizado*. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

³¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: [...] II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

[...]

Anexo A. Política Nacional de Atenção Básica. [...] 3.4 COMPETE ÀS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E AO DISTRITO FEDERAL: [...] V - Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo Estado e pela União.⁶

Historicamente, no ano seguinte ao da promulgação da Constituição, o Executivo propôs projeto de lei para regulamentar as ações e os serviços de saúde no território nacional.³² Esse projeto foi transformado em lei ordinária pelo Congresso Nacional, sancionada no ano seguinte.³³ Instituiu as regras e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto no art. 198 da Constituição Federal,¹ enfatizando seu caráter universal e a natureza integral para efetivação do direito à saúde, cujas ações e cujos serviços seriam executados isoladamente ou conjuntamente por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado:⁸

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal,

(PACS). Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: 30 ago. 2017.

³² BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 3110, de 1 de agosto de 1989. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD02AGO1989.pdf#page=59>> Acesso em: 28 ago. 2017.

³³ 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 24 fev. 2016.

obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como 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;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Deste modo, o sistema de saúde assim instituído no país focou-se em três objetivos, rompendo o modelo de assistência médica previdenciária vigente até então, que era restritivo aos trabalhadores urbanos e rurais. Nesse novo modelo, buscou-se:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º da lei (formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação);
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Portanto, o sistema implantado passou a ser ativo e não apenas reativo, incumbiu-se de monitorar a saúde da população e buscar sua promoção e proteção, não só recuperação. Essa política nacional fundamentou-se nos princípios da universalidade do acesso, integralidade e igualdade da assistência, respeito à autonomia e integridade moral e física do indivíduo e descentralização político-administrativa de cada esfera governamental: todos tem acesso em condições iguais, a atenção é integral e não restrita a certos procedimentos, a responsabilidade é de todos os entes federativos, tendo como tábula rasa a dignidade do indivíduo e a equidade.

Com esse aparato legal robusto, garantindo não só o direito material como o direito processual à saúde, o Judiciário passou a integrar a lista de agentes consolidadores da política de saúde nacional, por seu importante papel institucional na garantia da efetivação dos direitos formais. Esse envolvimento do Judiciário em conflitos político-sociais no período pós-constituente, em que este é provocado para ser instrumento

de formação de políticas públicas, recebeu o nome de judicialização,³⁴ sendo marco na área, os livros “A judicialização da política e das relações sociais no Brasil”³⁵ e também o “Ministério Público e a judicialização da política”³⁶.

Portanto, o termo judicialização da saúde origina-se do que se convencionou chamar de “judicialização das políticas de saúde”³⁷. Diferencia-se de juridicização da saúde situação em que os conflitos são discutidos sob o ponto de vista jurídico, porém não alcançam o Judiciário.³⁸ É polissêmico, já que na literatura costuma tomar vários significados.³⁹ abrange a judicialização como meio de formação de políticas públicas⁹ e pode ainda tratar da garantia efetiva do direito à saúde de apenas um indivíduo pelo Judiciário. Sua provocação pode ser interna (*from within*), oriunda da administração pública, ou externa a essa (*from without*).⁴⁰

Em termos práticos, como a norma está na Constituição, deve ser cumprida. Não é uma sugestão e sim um comando, e na falha, o Judiciário assume papel ativo para sua garantia. Mas, como todo direito recém-instituído, passa por um processo de interpretação para sua real efetivação. Estudo sobre as decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), demonstra que as ações nessa área, carecem de falta de compreensão do objeto sendo tratado, da extensão e

³⁴ DALLARI, S.G.; BARBER-MADDEN, R.; TORRES-FERNANDES, M.C.; SHUQAIR, N. S.M.S.A.Q.; WATANABE, H.A. *Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. Rev Saúde Pública*, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 fev. 2016.

³⁵ VIANNA, W. L. *Judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

³⁶ CASAGRANDE, C. *Ministério Público e a Judicialização da Política: estudos de casos*. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2008

³⁷ MARQUES, S.B. *Judicialização do Direito à saúde. Revista de Direito Sanitário*, v. 9, n. 2, p. 65-72, 2008.

³⁸ ASENSI, F. D. *Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 33-55, 2010.

³⁹ CARVALHO, E.R. *Em busca da judicialização da política no Brasil: apontamentos para uma nova abordagem. Revista de Sociologia e Política*, v. 1, n. 23, p. 115-126, 2004.

⁴⁰ VALLINDER, T. *When the Courts Go Marching In*. In : VALLINDER, T.; TATE, C. N. *The Global Expansion of Judicial Power: The Judicialization of Politics*. New York: New York University, 1995.

dos limites do direito à saúde.⁴¹

A análise da jurisprudência, ao longo dos últimos vinte anos, revela os avanços e, ao mesmo tempo, dificuldades que os intérpretes enfrentam para avaliar a demanda de milhares de casos concretos individuais dentro de um contexto comunitário, sendo ainda muito imprecisas e contraditórias as decisões judiciais com o fim de estabelecer o alcance e limites dos direitos sociais.¹⁶

De fato, a nova realidade trouxe dilemas éticos seríssimos, como a distribuição equitativa de limitados recursos e o estabelecimento de limites entre o que é necessário e o que é supérfluo nos parâmetros de atendimento à população, considerando a justiça e a dignidade humana. Assim, proliferam nos tribunais brasileiros, decisões por vezes consideradas extravagantes e emocionais, que acabam custando à administração valores exorbitantes, conseqüentes a tratamentos por vezes irrazoáveis (por serem inacessíveis ou mesmo destituídos de essencialidade), e, em algumas situações, com eficácia duvidosa como nos casos de drogas ou terapias experimentais.⁴²

A decisão da Justiça Federal no caso de uma menina paulista em que se autorizou a realização de transplante múltiplo de órgãos nos Estados Unidos,⁴³ abriu caminho para que vários outros brasileiros procurassem tratamento semelhante no exterior, inclusive com transporte em avião fretado custeado pelo governo brasileiro. Se demandas dessa monta forem constituídas frente a uma prefeitura, por exemplo, o impacto econômico poderia ser catastrófico para a

⁴¹ WERNER, P.U. *O direito social e o direito público subjetivo à saúde: o desafio de compreender um direito com duas faces*. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 92-131, 2008.

⁴² BARROSO, L.R. *Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial*. **Juris. Mineira (TJMG)**, v. 60, n. 188, p. 35-50, 2009.

⁴³ BRASIL. *Tribunal Federal da 3ª Região. Agravo de Instrumento n. 0008474-47.2014.4.03.0000. S. G. L e União Federal. Juízo Federal da 3ª Vara de Sorocaba. Relator: Márcio Moraes. Data de Julgamento: 27 mai 2014.*

municipalidade, visto que seu orçamento é infinitamente inferior ao da união ou dos estados. Em Joinville, citando apenas uma grande cidade, as despesas judiciais com a saúde chegaram a 10,4 milhões de reais em 2016.⁴⁴

De acordo com a Advocacia-Geral da União (AGU), em 2015 a União gastou quase 1 bilhão de reais apenas com 20 remédios demandados judicialmente no país, custo que segundo o órgão, viola a isonomia que deveria existir entre os pacientes, e ainda, prejudica o atendimento coletivo de toda a população.⁴⁵ Estima-se que o gasto da judicialização da saúde custe 7 bilhões por ano aos cofres públicos brasileiros.⁴⁶

Em acórdão sobre acesso a medicamentos de alto custo por decisão judicial, o Ministro Marco Aurélio de Mello, entendeu que a judicialização, nos casos em que for verificada transgressão ao mínimo existencial, é plenamente justificada, independentemente da existência de reserva orçamentária.⁴⁷ Esse julgamento encontra-se suspenso.⁴⁸

Abaixo decisão do STF em que se pode observar a natureza político-social do Judiciário e seu movimento para garantir o direito individual:

⁴⁴ SAAVEDRA, J. *Gastos com a judicialização da saúde chegam a R\$ 10 milhões em Joinville. A Notícia*, 24 de março de 2017. Disponível em: <<http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/joinville/noticia/2017/03/saavedra-gastos-com-judicializacao-da-saude-chegam-a-r-10-milhoes-em-joinville-9756558.html>> Acesso em: 25 ago 2017.

⁴⁵ BRASIL. *Advocacia Geral da União. Para AGU, ação judicial obrigar SUS a fornecer remédio fere a isonomia entre os pacientes*. 26 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/449596> Acesso em: 20 ago. 2017.

⁴⁶ BRUNO, R. *Acordo ampliará embasamento técnico de julgamentos relacionados à saúde*. 2016. Disponível em: <http://www.agu.gov.br/page/content/imprimir/id_conteudo/441992> Acesso em: 23 ago. 2017.

⁴⁷ BRASIL. *Supremo Tribunal Federal. RE n. 566.471 RN. Voto Min. Marco Aurelio de Melo*. 15 set. 2016. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/estfvisualizadorpub/jsp/consultarprocessoeletronico/ConsultarProcessoEletronico.jsf?seqobjetoincidente=2565078>> Acesso em: 24 ago. 2017.

⁴⁸ BRASIL. *Supremo Tribunal Federal. Suspensão julgamento sobre acesso a medicamentos de alto custo por decisão judicial*. 15 set. 2016. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=325411>> Acesso em: 24 ago. 2017.

DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. SEPARAÇÃO DOS PODERES. VIOLAÇÃO. NÃO CONFIGURADA. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. PRECEDENTES. HIPOSSUFICIÊNCIA. SÚMULA 279/STF. 1. **É firme o entendimento deste Tribunal de que o Poder Judiciário pode, sem que fique configurada violação ao princípio da separação dos Poderes, determinar a implementação de políticas públicas nas questões relativas ao direito constitucional à saúde.** 2. O acórdão recorrido também está alinhado à jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, reafirmada no julgamento do RE 855.178-RG, Rel. Min. Luiz Fux, no sentido de que constitui obrigação solidária dos entes federativos o dever de fornecimento gratuito de tratamentos e de medicamentos necessários à saúde de pessoas hipossuficientes. 3. A controvérsia relativa à hipossuficiência da parte ora agravada demandaria a reapreciação do conjunto fático-probatório dos autos, o que não é viável em sede de recurso extraordinário, nos termos da Súmula 279/STF. 4. Agravo regimental a que se nega provimento.⁴⁹ Grifa-se.

Não surpreende, portanto, a crescente demanda judicial que se fundamenta no direito à saúde, como aquelas acerca de acesso a medicamentos, a cirurgias e a leitos em hospitais, buscando prestações do Estado não raro com impacto significativo no orçamento governamental.¹² A análise das decisões judiciais nessa seara ainda revelam que há um descompasso do Judiciário em atender equitativamente as demandas, já que carece o país, de protocolos de padronização de diretrizes

⁴⁹ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ARE 849870/RJ. União e Sophia Marques da Mota. Relator: Min. Roberto Barroso. Julgado em: 18/12/2014.

terapêuticas.⁵⁰

Mas seria responsabilidade do Judiciário estabelecer matriz de decisões baseadas em critérios utilitários, legais ou constitucionais? Com relação ao pedido médico, caberia ao Judiciário ponderar a decisão frente a dados científicos ou à experiência do médico assistente?

Hughes, *Chief Justice* da Suprema Corte Americana, dizia que a Constituição é o que o Juiz diz ela ser.⁵¹ Sua alma, acesa pelo constituinte, deveria se manter ao longo do tempo, trazendo luz às relações sociais. Seus princípios, todavia, direcionam a interpretação, por vezes conflituosa, cabendo aos magistrados contextualizá-la aos casos concretos. A interpretação apenas teórica da normativa legal é duramente criticada por ser mais um exercício de lógica do que de vida,⁵² pouco representando seu valor como fenômeno social.⁵³ Por outro lado, existem, sem dúvida, instâncias em que as decisões fogem dos parâmetros intrinsecamente determinados, e ainda outras em que atuam puramente como instrumento político-social.

Assim sendo, entender como os tribunais interpretam o direito à saúde à luz da normativa vigente é tão importante quanto sua aplicação ao conflito a ser dirimido, e isso é feito pelo estudo da jurisprudência. Qualquer texto de uma norma abarca regras e conceitos que são utilizados pelos advogados na perspectiva adequada para a proposição da tese que defendem. A jurisprudência, ao contrário, revela “o direito que se processa através do exercício da jurisdição, em virtude de uma sucessão harmônica de decisões dos tribunais”.⁵⁴ Esse conjunto de decisões, muitas vezes traz inovações jurídicas estabelecendo normas que não estão estritamente na lei, “mas resultam de uma construção obtida graças à

⁵⁰ VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. *Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil*. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 2, p. 214-222, abr. 2007.

⁵¹ HUGHES, C.E. *Addresses and Papers of Charles Evans Hughes, Governor of New York, 1906–1908*. New York: GP Putman's sons, 1908. Disponível em: <<http://www.bartleby.com/73/328.html>> Acesso em: 4 fev. 2016.

⁵² LASKI, H.J. *A Grammar of Politics*. vol. 4. Kindle ed. New York: Routledge, 1941 (2015). p. VI.

⁵³ BROOKE, D. *Q & A Jurisprudence*. Kindle ed. New York: Taylor and Francis, 2011-2012. p. 12.

⁵⁴ REALE, M. *Lições preliminares de Direito*. Sao Paulo: Saraiva, 2012.

conexão de dispositivos, até então considerados separadamente, ou, ao contrário, mediante a separação de preceitos por largo tempo unidos entre si”.²⁹ Revela a relação da norma com a realidade moral e social do contexto em que está sendo aplicada.²⁸

Quem responde pelo direito à saúde?

Estudo sobre a Jurisprudência do Supremo Tribunal Federal demonstrou que o órgão entende que a responsabilidade pelo direito à saúde é solidária entre os entes federados, incumbindo o autor da lide, a optar pelo sujeito passivo a quem quer provocar, ou seja, o indivíduo pode interpor sua ação em face da União, dos estados ou dos municípios.¹⁶

RECURSO EXTRAORDINÁRIO.
CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO.
DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO.
RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES
FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL
RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE
JURISPRUDÊNCIA. O tratamento médico
adequado aos necessitados se insere no rol
dos deveres do Estado, porquanto
**responsabilidade solidária dos entes
federados**. O polo passivo pode ser composto
por qualquer um deles, isoladamente, ou
conjuntamente.⁵⁵

Também esse é o entendimento recorrente no Superior Tribunal de Justiça:

ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE.
FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO E DE
TRATAMENTO MÉDICO. MANIFESTA
NECESSIDADE. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DE
TODOS OS ENTES DO PODER PÚBLICO. [...]
1. Hipótese em que o Tribunal local

⁵⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Processo n. 0005840-11.2009.4.05.8500. RE 855178 RG. União e Maria Augusta da Cruz Santos. Relator: Min. Luiz Fux. Julgado em: 05/03/2015.

consignou: “Como cedição, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Trata-se de garantia inerente à saúde e à vida, as quais estão intrinsecamente ligadas ao princípio da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos basilares de nossa República. Com efeito, os artigos 196 e 198 de nossa Lei Maior asseguram aos necessitados o fornecimento gratuito de medicamentos/exames indispensáveis ao tratamento de sua saúde, de responsabilidade solidária da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios (...) Pontue-se que a parte autora logrou comprovar a necessidade dos medicamentos, consoante se extrai do laudo e do receituário médico acostados nos indexadores 14/16. [...] (fl. 548) Acrescente-se que a existência de alternativas terapêuticas não afasta do ente público a responsabilidade pelo fornecimento dos medicamentos postulados, se essenciais ao tratamento indicado.” [...] 5. **Não podem os direitos sociais ficar condicionados à boa vontade do Administrador, sendo de suma importância que o Judiciário atue como órgão controlador da atividade administrativa.** Seria distorção pensar que o princípio da separação dos poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado justamente como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente relevantes. 6. O STJ possui jurisprudência firme e consolidada de que a responsabilidade em matéria de saúde, aqui traduzida pela distribuição gratuita de medicamentos em favor de pessoas carentes, é dever do Estado, no qual são compreendidos aí todos os entes federativos: “o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade

solidária da União, Estados-membros e Municípios, de modo que qualquer dessas entidades têm legitimidade *ad causam* para figurar no pólo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso à medicação para pessoas desprovidas de recursos financeiros” [...] 8. Recurso Especial parcialmente conhecido e, nessa parte, não provido.⁵⁶

A matéria quanto ao fornecimento de medicamentos é pacificada no Tribunal de Justiça de São Paulo, por meio do enunciado n. 37, da Súmula do Órgão Especial do TJSP, que assim dispõe: “A ação para o fornecimento de medicamento e afins pode ser proposta em face de qualquer pessoa jurídica de Direito Público Interno”.⁵⁷ Bem na verdade:

A obrigatoriedade da Administração de fornecer ao paciente a medicação de que necessita, assim como os insumos dedicados a sua adequada fruição, estende-se a todos os entes políticos da Federação que devem manter em seus respectivos orçamentos, conforme o comando da Constituição Federal e da legislação ordinária federal e estadual (Lei Federal nº 8.090/90 e Lei Estadual nº 791/95), dotação de créditos para o financiamento para ações e serviços do SUS (art. 42 e seguintes da Lei nº 8.080/90).⁵⁸

⁵⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1.655.043/RJ. Rel. Ministro Herman Benjamin. 2ª Turma. Estado do Rio de Janeiro e Eunice Magalhães Licurgo Barbosa. Julgado em: 13/06/2017.

⁵⁷ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Súmula n. 37, de 7 de dez. de 2010. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/Download/SecaoDireitoPublico/pdf/SumulasEnunciados/SumulasDoTribunalDeJusticaDoEstadoDeSaoPaulo.pdf>> Acesso em: 30 ago 2017.

⁵⁸ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação 1007807-44.2016.8.26.0309. Relator: Des. Paulo Barcellos Gatti. 4ª Câmara de Direito Público. Prefeitura Municipal de Jundiá e Edno Capalbo e Sueli Maria Capalbo Meloni. Julgado em: 13 mar. 2017.

Na prática, por caber aos Municípios, a organização, a execução e o gerenciamento de serviços e ações de atenção básica, comumente as ações são interpostas em face desses. Em caso de pedidos de medicamentos de alto custo, diz a jurisprudência que seria mais adequado demandar o Estado:

MEDICAMENTO. Taquaritinga. Fibrose pulmonar idiopática. Hipoxemia. Esbriet (Pirfenidona) 267 mg. Fármaco excepcional e de alto custo. Fornecimento. - 1. Fornecimento. Responsabilidade. A Constituição e as leis atribuem à União, ao Estado e ao município o dever de cuidar da saúde da população; mas disso não decorre a solidariedade típica do direito privado. **O fornecimento dos medicamentos excepcionais e de alto custo compete ao Estado, a teor da regionalização e hierarquização das ações de saúde previstas no art. 198 da Constituição Federal e nos termos da Portaria GM-MS nº 204 de 29-1-2007**, não havendo razão para condenação do município, cujo apelo fica provido. - 2. Fornecimento. Medicamento. A necessidade do medicamento, registrado junto à ANVISA desde 13-6-2016, é comprovada por relatório e receituário expedidos por médico pneumologista. [...] Nem a Constituição nem a lei estabelecem a solidariedade das entidades participantes do SUS. Há solidariedade, como conceituada no art. 264 da lei civil, quando na mesma obrigação concorre mais de um credor, ou mais de um devedor, cada um com direito, ou obrigação, à dívida toda; e essa não é a característica do SUS. Cada parte está obrigada a fornecer o que lhe compete, segundo a hierarquia do sistema e o nível de complexidade; são obrigações independentes, paralelas, integrais, mas não solidárias. É preciso

cuidado com as palavras. **O fato de a autora poder exigir, de um ou de outro, a prestação, não implica em solidariedade dos réus.** O medicamento requerido, registrado junto à ANVISA em 13-6-2016, é importado, excepcional e de alto custo (a caixa com 270 cápsulas, necessidade mensal da autora por tempo indeterminado, custa na ordem de R\$ 9.000,00, fls. 2, 63/65), cuja responsabilidade pelo fornecimento é do Estado. Assim a questão se resolve: a obrigação é do Estado e, figurando ele na lide, não há razão para a condenação do município, cujo apelo fica provido.⁵⁹

Ao magistrado, compete, portanto, a distinção de qual dos entes públicos oferece o melhor meio para efetivar a tutela jurisdicional:

Enunciado n. 8 (I Jornada de Direito da Saúde)
- Nas condenações judiciais sobre ações e serviços de saúde devem ser observadas, quando possível, as regras administrativas de repartição de competência entre os gestores.⁶⁰

Enunciado n. 60 (II Jornada de Direito da Saúde) A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras

⁵⁹ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. *Apelação 1004359-06.2016.8.26.0619. Relator: Torres de Carvalho. 10ª Câmara de Direito Público. Prefeitura Municipal de Taquaratinga, Fazenda do Estado de São Paulo e Ernestina Tatanjo Vicente. Julgado em: 24/07/2017.*

⁶⁰ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Enunciado n. 8, de 15 de maio de 2014. Aprovado na I Jornada de Direito da Saúde do CNJ. São Paulo, SP. Disponível em:*
<http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_PLENRIA_15_5_14_r.pdf>

administrativas de repartição de
competências, sem prejuízo do
redirecionamento em caso de
descumprimento.⁶¹

Os tribunais entendem que os brasileiros são todos iguais?

Apesar de o assunto ser controverso, o conceito que se observa é o da equidade. O acesso é para todos, muito embora considerando que a maioria das demandas ainda é patrocinada por advogados privados, é certo que a justiça tende a beneficiar àqueles com maior poder econômico⁶². Um leito é concedido, por exemplo, pela necessidade do caso, independente das condições econômicas da pessoa. Porém, uma ação que envolva o custeio de um serviço não oferecido pelo SUS, exigirá também a comprovação de que o indivíduo não tem condições para arcar com os valores envolvidos. Aqui, não se vislumbra condição de pobreza, mas sim de custo que afete a subsistência digna.

Com relação à violação do princípio de acesso igualitário aos serviços de saúde descrito no art. 196 da CF, **entende-se o princípio da igualdade das pessoas perante o Estado como sendo o tratamento igual a quem se encontra em situação de igualdade e tratamento desigual a pessoas desiguais, com vistas a sua realocação no mesmo plano social.** Não se pode, assim, pretender tratar os pacientes do sistema público da mesma forma, uma vez que cada qual tem as suas

⁶¹ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Enunciado n. 60, de 19 de maio de 2015. Aprovado na II Jornada de Direito da Saúde do CNJ. São Paulo, SP. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>> Acesso em: 3 ago 2017.

⁶² ARAÚJO, C. P.; LÓPEZ, E.M.P.; JUNQUEIRA, S.R.S. *Judicialização da Saúde. Saúde Pública e outras questões*. Porto Alegre: Verbo Jurídico: 2016. p. 69.

necessidades terapêuticas.⁶³

CONSTITUCIONAL. RECURSO ESPECIAL. SUS. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. PACIENTE COM HEPATITE "C". DIREITO À VIDA E À SAÚDE. DEVER DO ESTADO. 1. Delegado de polícia que contraiu Hepatite "C" ao socorrer um preso que tentara suicídio. **Necessidade de medicamento para cuja aquisição o servidor não dispõe de meios sem o sacrifício do seu sustento e de sua família.** 2. O Sistema Único de Saúde - SUS visa a integralidade da assistência à saúde, seja individual ou coletiva, devendo atender aos que dela necessitem em qualquer grau de complexidade, de modo que, restando comprovado o acometimento do indivíduo ou de um grupo por determinada moléstia, necessitando de determinado medicamento para debelá-la, este deve ser fornecido, de modo a atender ao princípio maior, que é a garantia à vida digna. 3. O direito à vida e à disseminação das desigualdades impõe o fornecimento pelo Estado do tratamento compatível à doença adquirida no exercício da função. Efetivação da cláusula pétrea constitucional. 4. Configurada a necessidade do recorrente de ver atendida a sua pretensão, legítima e constitucionalmente garantida, posto assegurado o direito à saúde e, em última instância, à vida, sobreleva ainda destacar que a moléstia foi transmitida no exercício de sua função, e em decorrência do nobilíssimo ato de salvarguardar a vida alheia. Representaria *sumum jus summa injuria*, retribuir-se a quem salvou a vida alheia, com

⁶³ SAO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação 1032469-98.2015.8.26.0053. Relator: José Luiz Gavião de Almeida. 3ª Câmara de Direito Público. Julgado em: 08/08/2017.

o desprezo pela sua sobrevivência. 5. Recurso especial provido.⁶⁴ Grifa-se.

Não obstante, várias são as decisões que negam o acesso a tratamento com base na alegação de hipossuficiência sem prova, como observado na decisão abaixo:

[...] 2. O Desembargador Relator do recurso no Tribunal de origem afirmou em seu voto: “O apelante sustenta, em suma, que o alto custo do tratamento onera sua renda familiar, e ainda, pontua que é o principal arrimo de família, assim, tais fatos demonstrariam sua hipossuficiência, bem como ressalta que a sua saúde é um direito de todos e dever do Estado, conforme o art. 5º, caput, e art. 196, ambos da CF. (...) conforme alhures mencionado, o apelante não comprovou sua hipossuficiência, ou seja, não demonstrou que não teria condições de suportar financeiramente o tratamento. Logo, não há justificação para que os apelados sejam obrigados a fornecer gratuitamente o tratamento solicitado”. Como afirmado na decisão agravada, concluir de forma diversa do que decidido nas instâncias originárias demandaria o reexame de provas, procedimento que não pode ser adotado em recurso extraordinário. Incide na espécie a Súmula n. 279 do Supremo Tribunal Federal.⁶⁵

A limitação geográfica é outro parâmetro discutido nas decisões. Qual seria o alcance do direito à saúde em termos territoriais? Nesse sentido, emblemática a decisão do Processo n. 0004475-

⁶⁴ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 430.526/SP. Rel. Ministro Luiz Fux. 1ª Turma. Julgado em: 01/10/2002.

⁶⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Processo n. 20110048918000102. ARE 725998/MS. Relatora: Min. Cármen Lúcia. Julgado em 19/11/2013

[...] A referida decisão obrigou a REQUERENTE ao depósito da quantia de U\$ 218.833,00 na conta corrente da Univ. of Texas, M.D. ANDERSON CANCER CENTER, bem como custear o tratamento médico do autor até sua total convalescença. O pedido tem apoio nos art. 4º da Lei 4.348/64, art. 1º da Lei 9.494/97, art. 25 da Lei 8.038/90 (fl. 2). Alega a ocorrência de grave lesão à ordem jurídica, administrativa e à economia pública, e ainda o efeito multiplicador. [...]

Decido.

A causa tem natureza constitucional (art. 196 - direito à saúde). Conheço do pedido. No mérito, não assiste razão à UNIÃO. O REQUERENTE alega lesão à ordem jurídica, administrativa e à economia pública. Tais alegações não foram objetivamente demonstradas. **A REQUERENTE não traz qualquer documento que demonstre lesão à coletividade ou à administração pública.**

A jurisprudência do SUPREMO é no sentido de que não basta a mera alegação de lesão (). Ademais, ocorre no caso o **perigo da demora inverso**. É que o autor da ação ordinária, ora INTERESSADO, é portador de Linfoma de Hodgkin, uma espécie de câncer raro, que o levará à morte caso não rapidamente tratado. Consta dos autos que foram tentados outros procedimentos de cura, inclusive um transplante autólogo de medula óssea (transplante de células da medula do próprio doente, por não ter sido encontrado doador compatível), mas não foi obtido êxito em qualquer um deles. Foi por esse motivo que o

⁶⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Processo n. 0004475-91.2005.0.01.0000. Ministro Relator: Nelson Jobim. Julgado em: 7/11/2005.

médico que acompanhou o tratamento de LEANDRO no Brasil indicou tratamento em instituição norte-americana.

O Desembargador-Presidente do TRF 1ª Região, ao negar o pedido de suspensão lá formulado, assim decidiu:

“..... 7 - Não há como se falar, na hipótese, que a decisão impugnada tenha caráter de satisfação e, assim, seja vedada pelo inserto no art. 1º, § 3º, da Lei nº 8.437/92, que dispõe sobre concessão de medidas cautelares contra atos do Poder Público. Primeiro, porque esta Egrégia Corte, o Superior Tribunal de Justiça e o Supremo Tribunal Federal entendem que a restrição prevista na Lei nº 9.494/97, que veda antecipação de tutela em relação a atos do Poder Público, não pode ser aplicada em questões pertinentes à saúde e à previdência do interessado (Súmula nº 729/STF) porque, nesses casos, há risco de dano inverso; em segundo lugar, como se observa pelo compulsar do processo, o Autor já está em tratamento naquele nosocômio desde outubro de 2003, razão que, isoladamente, já apresentaria a razoabilidade da pretensão, a verossimilhança da alegação e o fundado receio de dano irreparável, justificando sua concessão. 8 - Não fora isso, o Sistema Único de Saúde pressupõe integralidade da assistência, de forma individual ou coletiva, consistente em ações e serviços preventivos e curativos de doenças, caso a caso, em todos os níveis de complexidade, abrangendo, inclusive, os tratamentos excepcionais, mesmo porque, o bem jurídico comprometido no caso é a vida, não somente a saúde, já que a moléstia que acomete o Autor, não tratada a tempo, é irreversível e leva o paciente à morte, e o direito à vida é direito individual

fundamental, com previsão constitucional (art. 5º), não podendo prevalecer sobre ele o interesse eminentemente financeiro ou orçamentário do Estado para não retirar a eficácia das regras constitucionais sobre o direito fundamental à vida e à saúde, condenando o Auto à morte” (grifo nosso - fl. 146).

No mesmo sentido o parecer do PGR, que adoto:

“..... 8. Com fulcro no precedente citado, a fim de ilustrar a carência de plausibilidade do pedido, far-se-ão as seguintes considerações: 9. Esclarece o interessado às fls. 137 que *‘todas as possibilidades existentes no Brasil estavam esgotadas. Se alguém fala em sentido contrário falta com a verdade. O agravante somente procurou tratamento no exterior quando no Brasil foi expressamente afirmado que não existia mais tratamento. Basta uma leitura da ação, caso a União não tenha juntado cópia integral, para verificar nos pareceres médicos que no Brasil não existia mais tratamento. E isso Exmos. Ministro (sic.) público e notório, pois o transplante que o agravante fez, em abril de 2004, foi transplante de cordão umbilical de doador encontrado na Espanha. Ou seja, transplante com utilização de células tronco. Procedimento que aos poucos vem sendo introduzido no Brasil. Pois bem, o autor somente procurou ajuda no exterior quando no Brasil suas chances de viver foram dadas como nenhuma. O que deveria fazer então o autor e seus familiares, esperar pela morte?’*. 10. Em caso semelhante - STA 36, em que se discutia se vulneraria a ordem pública decisão antecipatória que assegurava, a menor, tratamento no exterior, quando este não era

mais possível no país, gerando dispêndio de grande monta, decidiu-se em favor do particular, em proteção aos direitos à vida e à saúde, como se depreende do fragmento destacado em seguida: *'A lesão alegada não ocorre. No caso concreto a sentença que se pretende suspender entendeu razoável permitir ao paciente que se trate no exterior, em razão da comprovada incapacidade técnica da Administração Pública para realizar o procedimento cirúrgico pleiteado. É que não ficou demonstrado nos autos que há ...seguras condições de realização do procedimento no Brasil.'* (fl. 11). O próprio Doutor Giugliani, Chefe do Serviço de Genética Médica do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, local indicado pela UNIÃO para realizar o procedimento, explica que aquele Hospital não tem experiência prévia com esse tipo de transplante (fl. 37). Informa ainda que seria necessário formar previamente *'um grupo de trabalho multidisciplinar para montar o protocolo e minimizar os riscos envolvidos..'* e que *'...um membro dessa equipe [deveria] ir ao exterior para visitar centros que já tenham experiência no procedimento...'* (fl. 37). Assim, é evidente que a realização do transplante no Brasil é mais arriscada. O art. 196 da CF estabelece que cabe ao poder público assegurar a saúde de todos. Portanto, colocar em risco a vida do menor causaria lesão à ordem pública, entendida como ordem jurídico-constitucional, já que isso violaria a referida norma.' (D.J.U. de 17.09.2005, p.6) 11. Na aludida decisão, também se enfrentou a questão da lesão à ordem pública, procedendo-se à seguinte constatação: *'Assim, mesmo que presente alguma lesão à economia pública o pedido não prospera. É*

que a lesão aos cofres públicos perde importância quando em jogo a vida. Nesse sentido há precedente. Trago CELSO: '..... Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida.' (PET 1246 MC, DJ 13.2.1997).⁶⁷ Percebe-se que o deferimento da medida de contracautela, *in casu*, acarretaria o chamado **periculum in mora inverso** ao interessado, pois, segundo consta dos autos, foi comprovada a necessidade vital do tratamento para esse, bem como se revelou a impossibilidade desse em custeá-lo." (fls. 227/229).

Assim, ausentes os requisitos legais (lesão à ordem, economia, segurança, saúde públicas), indefiro o pedido de suspensão.⁶⁷ Grifa-se.

Sobre o princípio da razoabilidade e proporcionalidade ou da "reserva do possível", teses que contrapõem o direito de acesso à saúde (internações, medicamentos, próteses, terapias etc), há reprodução nas decisões, do entendimento exposto anteriormente neste texto pelo Ministro Marco Aurélio, quanto ao mínimo existencial.²²

A teoria da reserva do possível, como é sabido, privilegia a razoabilidade como critério para exigibilidade de direitos de

⁶⁷ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Processo n. 0004475-91.2005.0.01.0000. Ministro Relator: Nelson Jobim. Julgado em: 7/11/2005.

cunho prestacional. Tal doutrina foi elaborada como justificativa para a escassez de vagas no ensino público universitário alemão, situação que não se pode pretender comparar com o direito à preservação da vida e da saúde, componente do mínimo existencial.⁶⁸

A resolução da aparente antinomia existente - de um lado se busca a fruição do direito à saúde e de outro a necessidade de se adequar aquele preceito às normas orçamentárias a que o administrador está adstrito - segundo critérios da razoabilidade e proporcionalidade, evidentemente, dá preferência e curso, com primazia, ao princípio da dignidade humana, enquanto fundamento sobre o qual se constrói o Estado Brasileiro. Ademais, o núcleo do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, previsto no artigo 1º, III da CF, **o mínimo existencial, abrange o conjunto de prestações materiais necessárias e absolutamente essenciais para todo ser humano ter uma vida digna, independente de padronização.** Assim, definitivamente, em se tratando da concretização de direitos fundamentais, não cabe ao Administrador justificar sua omissão com a aplicação da cláusula da “reserva do possível”, pois sua conduta deve pautar-se pelo princípio da “máxima efetividade da Constituição” [...].⁶⁹ Grifa-se.

ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. DIREITO

⁶⁸ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. *Apelação 1005768-16.2015.8.26.0566. Relator: Djalma Lofrano Filho. 13ª Câmara de Direito Público. Julgado em: 09/08/2017.*

⁶⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Apelação nº 0001438-07.2015.8.26.0238. 13ª Câmara de Direito Público. Relator: Spoladore Dominguez. Julgado em: 9 ago 2017.*

SUBJETIVO. PRIORIDADE. CONTROLE JUDICIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. ESCASSEZ DE RECURSOS. DECISÃO POLÍTICA. RESERVA DO POSSÍVEL. MÍNIMO EXISTENCIAL. 1. A vida, saúde e integridade físico-psíquica das pessoas é valor ético-jurídico supremo no ordenamento brasileiro, que sobressai em relação a todos os outros, tanto na ordem econômica, como na política e social. 2. O direito à saúde, expressamente previsto na Constituição Federal de 1988 e em legislação especial, é garantia subjetiva do cidadão, exigível de imediato, em oposição a omissões do Poder Público. O legislador ordinário, ao disciplinar a matéria, impôs obrigações positivas ao Estado, de maneira que está compelido a cumprir o dever legal. 3. A falta de vagas em Unidades de Tratamento Intensivo - UTIs no único hospital local viola o direito à saúde e afeta o mínimo existencial de toda a população local, tratando-se, pois, de direito difuso a ser protegido. 4. Em regra geral, descabe ao Judiciário imiscuir-se na formulação ou execução de programas sociais ou econômicos. Entretanto, como tudo no Estado de Direito, as políticas públicas se submetem a controle de constitucionalidade e legalidade, mormente quando o que se tem não é exatamente o exercício de uma política pública qualquer, mas a sua completa ausência ou cumprimento meramente perfunctório ou insuficiente. 5. **A reserva do possível não configura carta de alforria para o administrador incompetente, relapso ou insensível à degradação da dignidade da pessoa humana, já que é impensável que possa legitimar ou justificar a omissão estatal capaz de matar o cidadão de fome ou por negação de apoio médico-hospitalar. A escusa da "limitação de recursos**

orçamentários" frequen-temente não passa de biombo para esconder a opção do administrador pelas suas prioridades particulares em vez daquelas estatuídas na Constituição e nas leis, sobrepondo o interesse pessoal às necessidades mais urgentes da coletividade. O absurdo e a aberração orçamentários, por ultrapassarem e vilipendiarem os limites do razoável, as fronteiras do bom-senso e até políticas públicas legisladas, são plenamente sindicáveis pelo Judiciário, não compondo, em absoluto, a esfera da discricionariedade do Administrador, nem indicando rompimento do princípio da separação dos Poderes. 6. "A realização dos Direitos Fundamentais não é opção do governante, não é resultado de um juízo discricionário nem pode ser encarada como tema que depende unicamente da vontade política. Aqueles direitos que estão intimamente ligados à dignidade humana não podem ser limitados em razão da escassez quando esta é fruto das escolhas do administrador" (REsp. 1.185.474/SC, Rel. Ministro Humberto Martins, Segunda Turma, DJe 29.4.2010). 7. Recurso Especial provido.⁷⁰

Inclusive, é possível o bloqueio de verbas públicas para garantia das obrigações judiciais relativas ao direito à saúde:

FAZENDA PÚBLICA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. BLOQUEIO DE VERBAS PÚBLICAS. CABIMENTO. ART. 461, §5º, DO CPC. PRECEDENTES. 1. **A hipótese dos autos cuida da possibilidade de bloqueio de verbas públicas do Estado do Rio Grande do Sul,**

⁷⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 1.068.731/RS. Rel. Ministro Herman Benjamin. 2ª Turma. Julgado em: 17/02/2011.

pelo não-cumprimento da obrigação de fornecer medicamentos à portadora de doença grave, como meio coercitivo para impor o cumprimento de medida antecipatória ou de sentença definitiva da obrigação de fazer ou de entregar coisa (arts. 461 e 461-A do CPC). 2. A negativa de fornecimento de um medicamento de uso imprescindível, cuja ausência gera risco à vida ou grave risco à saúde, é ato que, per si, viola a Constituição Federal, pois a vida e a saúde são bens jurídicos constitucionalmente tutelados em primeiro plano. 3. Por isso, a decisão que determina o fornecimento de medicamento não está sujeita ao mérito administrativo, ou seja, conveniência e oportunidade de execução de gastos públicos, mas de verdadeira observância da legalidade. 4. Por seu turno, o bloqueio da conta bancária da Fazenda Pública possui características semelhantes ao sequestro [...] ⁷¹

A prescrição de qualquer médico basta para fundamentar o que se pleiteia em juízo?

A jurisprudência indica que a prescrição do médico, tanto particular como do serviço público, basta para fundamentar os pedidos, cabendo ao poder público o direito ao contraditório. O que se observa é que se o pedido está bem fundamentado e a situação fática de necessidade comprovada, até a substituição de fármaco pelo mesmo princípio ativo do prescrito, depende da autorização do médico responsável pela prescrição. Não competiria ao poder público prescrever tratamentos e muito menos a um perito, cuja vedação encontra-se no art. 97 do Código de Ética Médica:⁷²

É vedado ao médico: [...] Autorizar, vetar, bem

⁷¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp 857.502/RS. Rel. Ministro Humberto Martins. 2ª Turma. Julgado em: 17/10/2006.

⁷² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.931, 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica.

como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Por outro lado, cabe ao Poder Público, zelar também pela segurança do indivíduo, de modo que, como regra, exige-se que o tratamento sendo indicado não seja um tratamento experimental, que tenha eficácia comprovada e que, em caso de medicamentos, tenha as devidas aprovações para uso no país. Contudo, como a prioridade é a vida, em casos excepcionais, autoriza-se a utilização de fármacos de eficácia comprovada internacionalmente. Nesses e nos demais casos, o pedido médico e a sua justificativa fartamente fundamentada, são essenciais para a concessão do pedido.

APELAÇÃO CÍVEL. MANDADO DE SEGURANÇA. Fornecimento de medicamento. [...]. **Prescrição médica suficiente para comprovar a necessidade e eficácia do medicamento em questão.** Prescrição médica deve ser apresentada semestralmente. Sentença mantida. Reexame necessário e recurso voluntário improvidos. [...] Como se sabe, a prescrição feita por médico particular ou do serviço público se presta a comprovar a necessidade do tratamento em questão, não cabendo ao Poder Judiciário discutir a prescrição feita, uma vez que estaria adentrando no campo do médico responsável pelo tratamento, conforme precedente do Superior Tribunal de Justiça: **“O receituário médico, firmado seja por médico particular, seja por médico do serviço público, é documento hábil a comprovar a necessidade do medicamento.** Adotar o entendimento do Poder Público, que pretende discutir a prescrição feita, seria adentrar ao campo

próprio do médico responsável pelo tratamento do paciente. A não ser quando evidente o erro contido no relatório/receita, ou seja, quando teratológica a prescrição, descabe ao administrador, bem como ao Judiciário, questionar se esse ou aquele medicamento seria o mais adequado" [...].⁷³ Grifa-se.

TUTELA DE URGÊNCIA. MEDICAMENTO IMPORTADO DENOMINADO "EPLUSA". AUSÊNCIA DE REGISTRO PERANTE A ANVISA - DESNECESSIDADE. EXCEPCIONALIDADE DO CASO CONCRETO. Tutela provisória deferida para determinar à Fazenda Estadual que forneça à autora o medicamento pleiteado na inicial. Preservação da vida e da saúde. Obrigatoriedade de a Administração fornecer medicamento ao necessitado. Presença dos requisitos autorizadores da concessão da medida. Inteligência do art. 300, "caput", do NCP. Precedentes desta E. Câmara. Decisão reformada. Agravo provido. [...] **Em que pese a circunstância de o medicamento pretendido não possuir registro na ANVISA, verifico que, diante da excepcionalidade do caso, fármaco aprovado internacionalmente (FDA EUA; EMA UE) e paciente portadora de hepatite C, genótipo 3A, que não respondeu à utilização dos medicamentos disponibilizados pelo SUS [...], se mostram presentes os requisitos legais para a concessão do pretendido efeito ativo (art. 995, parágrafo único do Código de Processo Civil de 2015), quais sejam, a probabilidade de provimento do recurso e risco de dano**

⁷³ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. *Apelação/Reexame Necessário 1000855-44.2017.8.26.0073*. Relator: Maurício Fiorito. 3ª Câmara de Direito Público. Julgado em: 08/08/2017.

grave de difícil reparação. Com efeito, compulsando novamente os autos, depreende-se, do relatório do médico que acompanha o caso [...] A documentação foi firmada pelo médico que assiste a agravante, tratando-se de profissional habilitado a tanto, inclusive, é pesquisador científico (fls. 20/33 dos autos originários). **Logo, em que pese a circunstância de o medicamento pretendido não possuir registro na ANVISA, verifica-se que, diante da excepcionalidade do caso concreto, é de rigor a concessão do medicamento pleiteado.**⁷⁴ Grifa-se.

Mandado de Segurança. Fornecimento do medicamento Lomitapida. Paciente acometido por hipercolesterolemia familiar homozigótica. Medicamento que não possui registro junto ao órgão oficial de vigilância sanitária. **Apesar de ser dever do Estado assistência à saúde, não pode este ser compelido a fornecer medicamento que não teve sua segurança e eficácia asseguradas pela ANVISA.** Sentença que denegou a segurança. Recurso desprovido.⁷⁵ Grifa-se.

A garantia de tratamento que se procura, não é a do mínimo que pode ser oferecido, mas aquilo que é necessário. Para tanto, como padrão ouro de referência costumam ser utilizados protocolos clínicos que demonstram aos tribunais, condutas efetivas para prevenção, diagnóstico e tratamento dos pacientes. O próprio SUS possui uma Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias – CONITEC, órgão integrante do Ministério da Saúde, responsável pela constituição e alterações de

⁷⁴ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Agravo de Instrumento 2072550-66.2017.8.26.0000. Relator: Spoladore Dominguez. 13ª Câmara de Direito Público. Julgado em: 09/08/2017.

⁷⁵ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Apelação 0031349-08.2013.8.26.0053. Relator: Luciana Bresciani. 2ª Câmara de Direito Público. Julgado em: 09/05/2017.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Assim, uma vez editado um protocolo, sabe-se que esse é baseado em evidências científicas e clínicas sobre procedimentos e produtos aplicáveis a uma certa patologia.⁷⁶

O ônus da prova nessas demandas é uma questão à parte. Usualmente o autor apresenta pedido do médico assistente e compete ao Estado comprovar a adequação do pedido, possibilidade de substituição e eficácia do resultado, como demonstra a decisão do STF proferida pelo Ministro Roberto Barroso em 2014, que contrasta com a outra decisão abaixo transcrita, essa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais:⁷⁶

Trata-se de agravo cujo objeto é decisão que negou seguimento a recurso extraordinário interposto contra acórdão da Terceira Turma Recursal dos Juizados Especiais Federais da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, assim do: CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. MEDICAMENTOS. TRATAMENTO DE ASMA. ATESTADO MÉDICO. CONFIRMAÇÃO DE AUSÊNCIA DE EFICÁCIA COM OS MEDICAMENTOS FORNECIDOS PELO SUS. PROCEDÊNCIA MANTIDA. [...] **Para a implementação do direito fundamental à saúde, é imprescindível que se faça uma análise detalhada de cada caso concreto, para que se observe qual a doença, o medicamento mais adequado e a possibilidade de substituição dos remédios prescritos por outros que levem a igual resultado; - Havendo prova de que a autora necessitava dos medicamentos mencionados na sentença recorrida, deve ser julgado procedente o pedido; [...]** O recurso extraordinário busca fundamento no art. 102, III, a e b, da Constituição Federal. A parte sustenta a ocorrência de violação aos arts. 5º, LV e LIV; 93, IX; 196; 197; 198, I, todos da Constituição. [...] Em primeiro lugar, esta

⁷⁶ BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ARE 849.870/RJ. Relator: Min. Roberto Barroso. Julgado em: 18/12/2014.

Corte assentou que apesar do caráter meramente programático atribuído ao art. 196 da Constituição Federal, o Estado não pode se eximir do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde dos cidadãos. Nessa linha, veja-se trecho da ementa da decisão monocrática proferida pelo Ministro Celso de Mello, no RE 271.286: O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por omissão, em censurável comportamento inconstitucional. O direito público subjetivo à saúde traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público (federal, estadual ou municipal), a quem incumbe formular e implementar - políticas sociais e econômicas que visem a garantir a plena consecução dos objetivos proclamados no art. 196 da Constituição da República. [...] ⁵¹

APELAÇÃO CÍVEL - AGRAVO RETIDO - REEXAME NECESSÁRIO - AÇÃO ORDINÁRIA - DIREITO À SAÚDE - IDOSA - DOENÇA PULMONAR CRÔNICA - AUSÊNCIA DE PROVA DA INSUBSTITUIBILIDADE OU IMPRESCINDIBILIDADE DA MEDICAÇÃO REQUERIDA - SENTENÇA REFORMADA. **Inconcebível que uma lacônica prescrição médica, desprovida de qualquer referência acerca da insubstituíbilidade ou imprescindibilidade da medicação nela**

indicada, seja aceita como prova idônea, irrefutável ou inconcussa capaz de gerar a comprovação da liquidez e da certeza imprescindíveis à prolação de ordem judicial que, reconhecendo o direito do cidadão à saúde, ordene ao já sobrecarregado SUS o fornecimento dos remédios reclamados. V. REEXAME NECESSÁRIO/ APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - DIREITO À SAÚDE - INSUMOS MEDICAMENTOSOS - URGÊNCIA E NECESSIDADE DO TRATAMENTO CRITERIOSAMENTE COMPROVADOS - RESPONSABILIDADE DO PODER PÚBLICO PELA PRESTAÇÃO - MULTA - POSSIBILIDADE. A saúde como bem de extraordinária relevância à vida e à dignidade humana foi elevada pela Constituição da República à condição de direito fundamental do homem, manifestando o legislador constituinte constante preocupação em garantir a todos uma existência digna, consoante os ditames da justiça social, devendo ser garantido pelo Estado de forma irrestrita, constituindo violação da ordem constitucional vigente a negativa de fornecimento de medicamento para o tratamento de paciente necessitado. Conforme precedentes do colendo Superior Tribunal de Justiça, a multa por descumprimento de decisão judicial pode ser imposta em desfavor do Poder Público.⁷⁷

Em conclusão, a judicialização da saúde brasileira representa a busca da concretização do direito constitucionalmente garantido da saúde por meio do Judiciário. No entendimento do STF, esse direito equivale ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana. Como tal, é exigível de

⁷⁷ *MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. AC 10520120003782001/MG. Relator: Belizário de Lacerda. Julgado em: 02/08/0015.*

qualquer ente público solidariamente, tanto para a garantia de políticas públicas como de casos concretos, sendo, todavia, imprescindível prova de que o objeto da demanda realmente impactará a saúde do demandante. Também não está o direito à saúde, limitado ao território nacional ou apenas aos brasileiros, dado que é abrangente a todos que aqui se encontram. O impacto orçamentário da judicialização ainda não é levado em consideração na garantia do mínimo existencial, porém essa situação deve mudar nos próximos anos com o aumento do número e do valor das demandas, considerando o êxodo da população dos planos particulares para o atendimento público.

PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS DEMANDAS JUDICIAIS POR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REGIÃO METROPOLITANA DO VALE PARAÍBA E LITORAL NORTE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Ronaldo Adriano de Carvalho
Quésia Postigo Kamimura
Adriana Leônidas de Oliveira
Vitória Kedy Cornetta

1 INTRODUÇÃO

Judicialização da saúde é um tema bastante atual no Brasil e vem crescendo em interesse pelo mundo acadêmico e pela sociedade. Por judicialização se entendem as ações judiciais por bens e direitos que desaguam no Poder Judiciário, propostas pelo cidadão com pedidos de medicamentos, insumos, leitos em hospitais, cirurgias, assistência em saúde, entre outras demandas, protegidas pelo direito fundamental à saúde.

Lessa, Kamimura e Cornetta (2013), observam que a judicialização do direito à saúde vem a ser a propositura de ações perante o judiciário para o fornecimento de medicamentos, cirurgia, atendimento médico, procedimentos, insumos, enfim, bens e direitos, pela via judicial. Os proponentes ingressam com as ações quando há omissão, ausência, ou falta de efetividade do Poder Público na prestação do serviço de forma integral.

Diniz, Machado e Penalva (2012), relatam que a judicialização da saúde é uma questão recente no Brasil, deve-se entender, portanto, como uma ampla e diversa busca ou demanda por bens e direitos nas cortes, nas quais o cidadão está carente de insumos, medicamentos, instalações, exames clínicos, assistência em saúde, bens protegidos pelo princípio constitucional do direito à saúde.

Ocorre que todas as ações, inclusive na área de saúde, dependem de aporte de recursos, especialmente financeiro, para se efetivar. As necessidades são, portanto, infinitas e os recursos escassos.

O Executivo, deixa de implementar políticas públicas, sob o argumento de falta de recursos e o Judiciário é, portanto, instado a agir, para obrigar a implementação dessas políticas, fazendo um papel que originariamente não é seu.

Para Diniz, Machado e Penalva (2012), são vários os argumentos contrários e a favor que analisam as implicações do fenômeno da judicialização do direito à saúde Brasil. As autoras explicam que há a possibilidade de efetivação do direito a partir do texto constitucional, mas, por outro, há o risco de a judicialização ser uma interferência indevida do Judiciário nas políticas públicas.

Ventura *et al.* (2010, p. 5), observam que na “conjugação de interesses individuais e sociais e no cumprimento dos deveres do Estado de proteção da saúde de todos e de cada indivíduo, podem ser necessárias restrições à liberdade de alguns”, em benefício do bem-estar coletivo ou para alcançar um determinado bem ou interesse social.

A judicialização da saúde tem ocupado um lugar de destaque entre doutrinadores e no debate jurídico brasileiro dos últimos tempos. Tem um especial tratamento que fora conferido à saúde pela Lei Fundamental brasileira de 1988. A Saúde está disposta na CF/88, no Capítulo II, do Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, no Art. 6º, em que diz que são direitos sociais a educação, **a saúde** (grifo nosso), o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (LESSA; KAMIMURA; CORNETTA, 2013).

Neste capítulo, para apresentar o perfil socioeconômico das demandas judiciais, foi realizada uma pesquisa documental, por meio de um estudo descritivo e retrospectivo. O estudo buscou combinar uma perspectiva interdisciplinar, fazendo uma abordagem quantitativa e qualitativa.

O universo pesquisado foram as demandas na região Metropolitana do Vale Paraíba e Litoral Norte, do Estado de São Paulo nos anos de 2013 e 2014, que envolveram a obrigação do Poder Público em garantir o direito à saúde ao cidadão relacionada à política pública de assistência farmacêutica, contidas nos acórdãos do TJSP, tendo como objeto o fornecimento de medicamentos.

2 DIREITO À SAÚDE

Estão consagrados na Constituição Federal, de 1988, os direitos humanos, com o título “Dos direitos e garantias fundamentais”, na forma de direitos fundamentais, sociais e econômicos, de aplicação imediata (BRASIL, 1988).

Dallari (1988), sobre a existência de uma ordem de direito positivo que defende os direitos humanos e que permeia a sociedade, afirma que esta ordem está entrelaçada no seio das organizações sociais,

cuja essência é o princípio da dignidade humana. Essa dignidade poderá ser negada, aviltada ou explorada por poderosos. Contudo, a arma dos oprimidos será a reivindicação dos direitos humanos positivados

Não há dúvida alguma de que a saúde é um direito humano fundamental, pois mesmo em países nos quais não está previsto expressamente na Constituição, chegou a haver um reconhecimento da saúde como um direito fundamental não escrito, implícito, tal como ocorreu na Alemanha (SARLET, 2007). Parece corriqueiro o entendimento de que uma ordem jurídica constitucional que protege o direito à vida e assegura o direito à integridade física e corporal como no Brasil, evidentemente, também protege a saúde, já que onde esta não existe e não é assegurada, resta esvaziada a proteção prevista para a vida e a integridade física.

As pessoas começaram a demandar bens e direitos na justiça, por estarem dotadas de conhecimento, informações e meios para ingressar com suas ações. Com as demandas sociais em perfeita harmonia com o direito fundamental social protegido pela lei, o indivíduo cada vez mais requer efetividade e agilidade na atuação do Estado.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que o direito à saúde seja universal, igualitário, garantido a todos e dever do Estado (art. 196), a ser efetivado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

O direito à saúde é um dos principais direitos reconhecidos no Brasil. A Constituição Federal, de 1988, destaca uma visão ampliada desse direito e do conceito de saúde. A partir da CF/88 e da Lei 8.080/90, houve o estabelecimento de condições que possibilitam o acesso universal, igualitário e regionalizado às ações e serviços de saúde, que visem à promoção, proteção e recuperação.

A Constituição Federal foi um marco quando se trata da proteção de direitos fundamentais e sociais. Consoante a este fator preponderante, o direito à saúde deve estar em consonância com os fundamentos da cidadania e dignidade da pessoa humana, em sintonia com os outros princípios da Carta Magna.

Na contramão desse direito social e fundamental ocorre a dicotomia, inclusive na área da saúde, pois o Estado depende de recursos, especialmente financeiro, para se efetivar. Nesse sentido, portanto, as necessidades advindas da sociedade são infinitas e os recursos são escassos.

3 OS DIREITOS SOCIAIS COMO DIREITOS FUNDAMENTAIS

Entender a importância dos direitos sociais para a vida, faz-se necessário compreender o conceito e sua profundidade para o convívio em sociedade.

Os direitos fundamentais, conforme os ensinamentos de Silva (2015), informam a ideologia política de cada ordenamento jurídico. Portanto é reservada para designar, em nível do direito positivo, as prerrogativas e instituições que o país concretiza em garantias de um convívio digna, livre e igual de todas as pessoas. Trata de situações jurídicas sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive, que são fundamentais do homem no sentido de que todos, por igual, devem ser, não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados.

Na visão de Barroso (2007), a Constituição do Brasil conquistou uma verdadeira força normativa e efetividade de direitos.

As normas no corpo da Constituição deixaram de ser percebidas em um plano de normas programáticas, como um documento com definições políticas, de convocação do Legislativo e Executivo, e passaram por uma modificação na conjuntura e na concepção do cenário onde os Juízes e Tribunais passaram a dar aplicabilidade direta e imediata dos dispositivos da Constituição em relação ao direito à saúde.

Para Schulze (2014), no Brasil, os direitos fundamentais sociais deixaram de ser efetivados ao argumento de que configuravam meras normas programáticas e, por isso, o Estado não estaria vinculado à sua observância.

Os direitos fundamentais, apesar de sua importância, não são absolutos e definitivos, podendo, portanto, serem limitados a qualquer tempo?

A Carta Magna traz enunciados em suas normas de um programa de ação ou uma política pública, e que o destinatário da norma – geralmente os Poderes Legislativo e Executivo – teria apenas a faculdade de efetivar os direitos fundamentais sociais contidos na Constituição Federal de 1988.

Morais e Nascimento (2007) observam que o direito à saúde é um dos problemas fundamentais da sociedade, sobretudo sob a égide do Estado Democrático de Direito, pois a saúde da população repercute os sucessos, limites e fracassos de uma dada sociedade.

Destacam Moraes e Nascimento (2007, p. 2): “[...] a saúde é um problema que nos coloca a frente à necessidade de pensarmos, sobretudo, em um país periférico - embora este não seja um privilégio

destes -, as condições necessárias e suficientes para tentarmos minimizar nossas culpas e insucessos”, ou seja, necessário resgatar os compromissos da modernidade, respeito ao ser humano na sua essência, primar por políticas voltadas para a coletividade e retomar a direção e o caminho tomado pelo Poder Executivo, no caso, voltado ao cumprimento de sua função social expressa na Constituição Federal de 1988.

Barroso (2007) diz que, levando em conta esse caráter finalístico do Estado narrado por Bolzan de Moraes e Nascimento, cabe ao Poder Judiciário por meio da figura do juiz, que é, sem dúvida, o intérprete das leis, quando acionado para decidir sobre o fornecimento gratuito de medicamentos sobre uma variedade de demandas, realizar a promessa expressa no texto constitucional de prestação universal e integral do serviço público de direito à saúde à população.

A carta constitucional estabelece a dignidade da vida humana como princípio fundante da ordem de todo o sistema jurídico, com efeito deve ter importante destaque na vida em sociedade. A vida humana, a começar pela saúde, espelha o ideário escrito, jurídico e social do país, protegido pela Constituição Federal. Contudo, não se pode olvidar em proteger o individual e desproteger o coletivo. Neste contexto, as políticas públicas de qualidade planejadas e distribuídas pelo Poder Executivo devem ser o ideal alcançado para o bem comum da sociedade.

4 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS DEMANDAS POR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REGIÃO METROPOLITANA DO VALE PARAÍBA E LITORAL NORTE DO ESTADO DE SÃO PAULO

- a) Distribuição dos processos judiciais individuais por assistência farmacêutica contra ente público, segundo a renda mensal do demandante da ação judicial ou seu representante legal, quando dependente.

O estudo, apesar de informações disponíveis no banco de dados do TJSP neste item, apresentou como resultado os demandantes caracterizados em uma faixa de renda em torno do salário mínimo vigente no País. A ausência do elemento característico da renda, de uma forma isolada na análise de dados, pode causar distorções nos resultados. Considerando esses dados, é preciso avançar e fazer comparações em relação a outros elementos característicos da pesquisa, tais como:

gratuidade da justiça, representação judicial e origem da prescrição médica, para discutir a hipossuficiência do demandante.

A Tabela 1, referente à renda do demandante, 97,17% e 94,76% das ações não continham informações disponíveis à renda, em 2013 e 2014, respectivamente. Um total de 7,11% de demandantes nos dois anos conjuntamente, estão abaixo de três salários mínimos (considerando o salário R\$788,00). A variável renda é pouco informada pelo demandante. Foram identificados 05 processos onde o requerente relata que tem poucas posses ou não possui renda, portanto traços característicos da hipossuficiência.

Tabela 1 – Renda, 2013 e 2014

RENDA FAMILIAR	FREQUÊNCIA		PERCENTUAL (%)		
	2013	2014	2013	2014	VARIAÇÃO
Não informado	240	199	97,17	94,76	-17,08%
Poucas posses ou sem renda	3	2	1,21	0,95	-33,33%
Menor ou igual a R\$788,00	2	3	0,81	1,43	50,00%
Entre R\$789,00 e R\$1.999,00	1	3	0,40	1,43	200,00%
De 2.000,00 a R\$2.999,00	0	2	0,00	0,95	**
Acima de R\$2.999,00	1	1	0,40	0,48	0,00%
Demandas válidas	247	210	100	100	-14,98%
Descarte	116	66	31,96	23,91	-43,10%
TOTAL	363	276	100	100	-23,97%

Fonte: TJSP, elaboração própria.

- b) Distribuição dos processos judiciais individuais por assistência farmacêutica contra ente público, segundo a faixa etária do demandante da ação judicial.

Quanto à faixa etária do autor, a Tabela 2 evidencia que 89,47% e 84,29%, em 2013 e 2014, respectivamente, na ação não continha informação sobre a faixa etária.

A análise nas demais faixas etárias, apresenta que 2,02% e 2,38% das ações foram conduzidas por pessoa da faixa etária entre 70 e 79 anos; 1,62% e 0,48% por idoso; 0,81% e 0,95 por pessoa na faixa etária acima de 80 anos; 0,40% e 4,29% por pessoa na faixa etária entre 60 e 69 anos; 2,86% no ano de 2014 por pessoa na faixa etária entre 50 e 59 anos; 0,40% e 1,43% por pessoa na faixa etária entre 40 e 49 anos; e 1,90% em 2014 por pessoa na faixa etária de 30 e 39 anos. A faixa etária idoso é uma nomenclatura usada pelo demandante na ação judicial, sem especificação de idade.

Vieira e Zucchi (2007), no município de São Paulo realizado no ano de 2005, foi identificada maior ocorrência de demandas entre as idades de zero a 19 anos (30,7%), 50 a 59 anos (11,4%), 60 a 69 anos (9,1%) e 70 a 79 anos (23,9%), com 80 anos ou mais (4,5%).

Tabela 2 – Faixa etária, 2013 e 2014

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA		PERCENTUAL (%)		
	2013	2014	2013	2014	VARIAÇÃO
Não informado	194	163	78,54	77,62	-15,98%
Idoso	4	1	1,62	0,48	-75,00%
Menor de idade	27	14	10,93	6,67	-48,15%
De 0 a 9 anos	13	3	5,26	1,43	-76,92%
De 30 a 39 anos	0	4	0,00	1,90	**
de 40 a 49 anos	1	3	0,40	1,43	200,00%
De 50 a 59 anos	0	6	0,00	2,86	**
De 60 a 69 anos	1	9	0,40	4,29	800,00%
De 70 a 79 anos	5	5	2,02	2,38	0,00%
Acima de 80 anos	2	2	0,81	0,95	0,00%
Demandas válidas	247	210	100,00	100	-14,98%
Descarte	116	66	31,96	23,91	-43,10%
TOTAL	363	276	100	100	-23,97%

Fonte: TJSP, elaboração própria.

- c) Distribuição dos processos judiciais individuais por fornecimento de medicamentos contra ente público, segundo o gênero do demandante da ação judicial.

Quanto ao gênero do requerente na demanda, a Tabela 3 revela que as mulheres estão a frente dos homens; 63,16% (156) de todas as ações em 2013, em que a ação é por assistência farmacêutica contra ente público, contra 36,84% (91) para os homens; já em 2014, 53,33% (112) para as mulheres e 46,67% (98) para os homens.

O percentual de 63,16% das demandas requeridas por mulheres na variável gênero do ano de 2013 está bastante semelhante ao mesmo dado do estudo de Vieira e Zucchi (2007), que identificou 63,5% para mulheres.

Estes dados mostram uma tendência positiva dos cuidados que a mulher tem com a saúde, ao procurar a assistência médica e, também, procurar o medicamento recomendado pelo médico.

Tabela 3 – Gênero do demandante, 2013 e 2014

GÊNERO	FREQUÊNCIA		PERCENTUAL (%)		
	2013	2014	2013	2014	VARIAÇÃO
Feminino	156	112	63,16	53,33	-28,21%
Masculino	91	98	36,84	46,67	7,69%
Demandas válidas	247	210	100	100	-14,98%
Descarte	116	66	31,96	23,91	-43,10%
TOTAL	363	276	100	100	-23,97%

Fonte: TJSP, elaboração própria.

- d) Distribuição dos processos judiciais individuais por assistência farmacêutica contra ente público, segundo a gratuidade da justiça.

Ao analisar o elemento característico renda e benefício da gratuidade da justiça, em especial neste último, no sentido do demandante ser considerado pobre e hipossuficiente, é necessário considerar, portanto, que é um dos fatores que constituem balizas justificantes de forma ética e legalmente da atividade judiciária no âmbito das políticas públicas, principalmente em casos de ausência, falta ou ingerência do Poder Executivo na administração e execução das políticas públicas (VENTURA et. al., 2010; PEPE et al., 2010).

A Tabela 4 evidencia o benefício da gratuidade da justiça para o demandante da ação judicial ou seus representantes (pais ou provedores), quando dependentes, na amostra pesquisada. Foram beneficiados pela gratuidade da justiça em 2013 e 2014, 73,28% (181) e 73,81% (155), respectivamente; os demais 26,72% (66) e 26,19% (55), em 2013 e 2014, respectivamente, ocorrem porque as demandas não continham informação sobre o benefício da gratuidade da justiça.

De acordo com a Lei 1060/50, o benefício é concedido ao demandante que “não possui condições de arcar com custas e honorários, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família”. Portanto, com perfil característico de pobreza ou hipossuficiência.

O benefício da gratuidade da justiça depende da caracterização da hipossuficiência econômica do autor processual, nos termos do art. 2º, p. único, da Lei nº 1.060/50, que exige que o reivindicante comprove não possuir condições de arcar com as despesas processuais e advocatícias, sem prejuízo de seu sustento e de sua família.

Os beneficiários da gratuidade de justiça são representados por advogados dativos ou por defensores públicos estatais. Esta variável

permite evidenciar, mesmo que timidamente, uma característica pessoal do demandante, bem como a correlação entre acesso à justiça e a efetividade do acesso a medicamentos, considerando o tipo de processos judiciais analisado.

Em relação ao acesso à justiça, é importante ressaltar que o Estado democrático de direito pressupõe a existência de canais sólidos de exercício do direito de ação via Poder Judiciário, caso o cidadão entenda que houve lesão ou ameaça de violação a algum direito. E, para o exercício deste direito, a concessão da gratuidade de justiça significa, por inúmeras vezes, sua própria viabilidade, especialmente diante de uma população empobrecida. Assim, a assistência jurídica gratuita oferecida pelas Defensorias Públicas dos estados constitui, tal qual o direito à saúde, um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado previstos constitucionalmente, e representa uma das conquistas no acesso da população ao Judiciário.

A Constituição Federal, de 1988, e a Lei Federal n.º 8.080/90 estabelecem o acesso gratuito e igualitário ao sistema público de saúde. A gratuidade não é regra e somente será concedida se houver comprovação da necessidade econômica do demandante. Nesse caso específico, pode inclusive ser impugnada pela parte contrária. Isso implica que o autor, para se beneficiar da gratuidade, deve comprovar sua impossibilidade de arcar com as despesas processuais da ação judicial, ou seja, sua hipossuficiência econômica. A Tabela 4, a seguir, revela que não foi encontrado, no âmbito da pesquisa em curso, nenhum processo em que tenha sido negada a gratuidade de justiça.

Tabela 4 – Gratuidade da justiça, 2013 e 2014

GRATUIDADE DA JUSTIÇA	FREQUÊNCIA		PERCENTUAL (%)		
	2013	2014	2013	2014	VARIAÇÃO
Sim	181	155	73,28	73,81	-14,36%
Não informado	66	55	26,72	26,19	-16,67%
Demandas válidas	247	210	100	100	-14,98%
Descarte	116	66	31,96	23,91	-43,10%
TOTAL	363	276	100	100	-23,97%

Fonte: TJSP, elaboração própria.

Como a realização do direito à saúde é indispensável para o respeito à dignidade da pessoa humana, deve-se resguardar o mínimo existencial para o cidadão e, nessa esfera, atuar o Poder Judiciário.

Em sua decisão, a ministra Carmen Lúcia afirma que pedidos de suspensão de decisões pelos quais se reconhece o dever de fornecimento

desse remédio, prescrito para o tratamento da doença pelos entes federados, não são novos no STF, e citou inúmeros precedentes nos quais a obrigação foi mantida pelo Tribunal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição da República prevê a saúde como direito social de todas as pessoas e dever do Estado, garantindo, dessa forma, o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Apesar de previsto no ordenamento jurídico e possuir proteção constitucional, no mundo dos fatos, não é realizado, motivo pelo qual dá origem à crise da saúde e abre espaço para a reflexão sobre as condições necessárias para sua concretização.

O direito fundamental à saúde está conectado com o direito à vida e ambos ao direito à dignidade da pessoa humana.

O cidadão de posse de suas demandas não atendidas pelo Poder Executivo, mais precisamente pelo Sistema Único de Saúde, transfere a responsabilidade e exige o cumprimento do serviço ou da necessidade de produtos, insumos e/ou outros bens, por meio do Poder Judiciário, por parte do Executivo, em qualquer uma das três esferas. A partir desse contexto esta iniciada a judicialização da política!

É certo que esse aumento da litigiosidade é decorrente de alguns fatores, dentre eles merece destaque a situação de pobreza da população brasileira, o acesso à informação e debilidade das políticas públicas.

Os gastos públicos na saúde são altíssimos e, sem dúvida, os programas e políticas públicas não atingem a totalidade ou sequer um número adequado da população brasileira. É preciso dar maior ênfase em prevenção. A intensidade da demanda individualizada de medicamentos acarretam preocupações para a saúde da população.

Por traz deste contexto, há, ainda, a forte pressão da indústria farmacêutica para incorporação de novos medicamentos, com predomínio de interesses econômico-financeiros e da ampliação de mercado em detrimento do interesse maior: a vida, a saúde e a dignidade do ser humano.

No entanto neste conflito de interesses, de um lado está o Poder de outro está a saúde e vida do ser humano. Do lado que está o Poder, está representado pelo Poder Executivo e o Legislativo, em algumas localidades do País com histórico de fraudes em licitações na área da saúde, fraude na compra de medicamentos, autorizações tardias e burocráticas para liberar procedimentos de pesquisas, estudos e testes na área da saúde pública, o Poder Legislativo que não se alinha com o Poder

Executivo para aprovação de medidas e ajustes; ainda, ao lado do poder está a indústria farmacêutica.

Neste cenário de disputas, entre necessidades e políticas públicas, o que está em jogo, de um lado, é a vida, e, do outro, a escassez e/ou a falta de recursos.

No entanto, a dramática teia de relações sociais torna o conflito mais profundo, pois há um paradoxo com maior profundidade na reflexão jurídica e social, ou seja, de um lado, o tema que se enfrenta é o direito à vida e à saúde protegidos pela Constituição Federal; e, do outro, direito à saúde e à vida de uma coletividade.

A jurisprudência do TJSP e do STF tem estabelecido que listas ou protocolos de medicamentos, insumos, produtos ou serviços é essencial para orientar e priorizar a ação da administração na referida política, mas não se presta para servir de único pressuposto ao direito que tem o cidadão de obter o atendimento, objeto da prescrição médica.

A lógica fundamental e constitucional está voltada para o atendimento que atendam os princípios da universalidade, equidade e integralidade, que possibilitem o atendimento planejado de qualidade na rede pública de saúde. A judicialização da saúde, na sua essência, desorganiza o sistema público de saúde ao fragilizar a integralidade de atendimento da coletividade. O sistema público de saúde esperado não é aquele que condiciona o cidadão a demandar na justiça para o fornecimento de medicamento para tratar depressão, câncer, diabetes ou hipertensão.

REFERÊNCIAS

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade a judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Instituto ideias**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

BRASIL. Lei 1.060 de 05 de fevereiro de 1950. Estabelece normas para a concessão de assistência judiciária aos necessitados. **Diário Oficial da União** de 13 fev. 1950

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil, DF: Senado Federal; 1988.

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. **Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10741.htm> Acesso em: 02 mar. 2015

_____. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2010. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS). Disponível em: <www.conass.org.br>. Acesso em: 05 set. 2015.

CASTRO, R. G. P.; KAMIMURA, Q. P.; OLIVEIRA, E. A. A. Q. A Judicialização da Saúde e seus efeitos a Política de Assistência Farmacêutica. **ABRASCO. 11º Congresso Brasileiro de Saúde Pública**, Goiania, 2015. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=2890&id_atividade=960&tipo=>> Acesso em: 10 mar. 2016.

DALLARI, S. G. O Direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. Vol. 22, n. 1. fev. 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n1/08.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2013.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr/jun, 2012. Disponível em: <

http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/A_judicializacao_pode_salvar_o_SUS_Saude_em_Debate.pdf> Acesso em: 20 mar. 2015.

LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 763-778, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700027> Acesso em: 01 mar. 2016.

KAMIMURA, Q. P. **Microregionalização**: uma proposta metodológica, organizacional e estratégica para os serviços de saúde para os serviços de saúde de alta e média complexidades no litoral norte paulista. 2004. 179 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional), Departamento de Economia, Administração e Ciências Contábeis, Universidade Taubaté, Taubaté, 2004. Disponível em: <http://www.btdt.unitau.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=21> Acesso em: 11 fev. 2014.

KAMIMURA, Q. P.; Oliveira, E. A. A. Q. Processo de regionalização da Saúde na percepção dos gestores. **Revista G&DR**. Taubaté, v. 9, n. 2, p. 280-300, maio-ago., 2013. Disponível em: <<http://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/view/1030>> Acesso em: 03 jun. 2014.

KAMIMURA, Q. P.; CORNETTA, V. K. Propriedade Intelectual: desafios à saúde pública. **Laes & Haes**, Ed. 213, p. 108-113, 2015.

LESSA, T. C. A.; KAMIMURA, Q. P.; CORNETTA, V. K. O Fenômeno da Judicialização da Saúde sob o Enfoque da Análise dos seus Princípios Autorizadores. **Laes & Haes**, Ed. 202, p. 01-09, 2013. Disponível em: <<http://www.laes-haes.com.br/index.php?edicao-202-o-fenomeno-da-judicializacao-da-saude-sob-o-enfoque-da-analise-dos-seus-principios-autorizadores>> Acesso em: 06 maio 2014.

MARQUES, S. B., DALLARI S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Rev. Saude Publica**, 41(1): p. 101-107, 2007.

MARQUES, S. B. **O direito ao acesso universal a medicamentos no Brasil**: diálogos entre o direito, a política e a técnica médica. 2011. 396 f. Tese

(Tese de Doutorado), Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-31102011-100650/pt-br.php>>. Acesso em: 03 out. 2015.

MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 525-534, 2005. Disponível em: <MESSEDER, A. M.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos>. Acesso em: 18 maio 2015.

MOLINA, V. L. I. **Negociações pelo alto: um estudo sobre a formulação das políticas de saúde**, em São José dos Campos, de 1980-1996. 1998. 397 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara., 1998. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/106300>>. Acesso em 11 mar. 2016.

MORAIS, J. L. B.; NASCIMENTO, V. R. O direito à saúde e os "limites" do estado social: medicamentos, políticas públicas e judicialização. **Núcleo de Estudos Jurídicos**. Vol. 12. n. 2. p. 251-266. jul-dez 2007. Disponível em: <<http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/467>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

PEPE, V. L. E. *et al.* Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar. 2010.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: Uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

_____. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, Salvador, CAJ - Centro de Atualização Jurídica, v. 3. n. 10, janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

SCHULZE, C. J. **A Judicialização da Saúde e o Conselho Nacional de Justiça**. Congresso Médico e Jurídico. mar., 2014. Disponível em: <http://revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html>. Acesso em: 03 jun. 2015.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2015.

TORRES, R. L. **O Direito ao Mínimo Existencial**. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

VENTURA, M. *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [1]: 77-100, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006>. Acesso em: 10 out. 2015.

VENTURA, M. **O processo decisório judicial e a assessoria técnica: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde**. 2012. 198F. Tese. (Tese de Doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2012/doutorado/Miri am%20Ventura%20da%20Silva.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2012/doutorado/Miri%20am%20Ventura%20da%20Silva.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2015.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 214-22, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200007>. Acesso em: 05 jul. 2015.

DECISÕES JUDICIAIS:

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (BRASIL), Suspensão de Liminar (SL) 1.053, Relatora Ministra Presidente Carmem Lúcia, Decisão Monocrática, DJe. 16/02/2017.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (BRASIL), Recurso Extraordinário (RE), 566471, Relator Ministro Marco Aurélio, DJe. 15/09/2016.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (BRASIL), Recurso Extraordinário (RE), 657718, Relator Ministro Marco Aurélio, DJe. 15/09/2016.

SOBRE OS AUTORES

Adriana Leonidas de Oliveira

Pós-doutorado em Administração pela Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV). Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora Assistente III e Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté (UNITAU). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde, Qualidade de Vida e Desenvolvimento/GPSQVID/UNITAU/CNPq.

Ana Lucia de Souza Barros Silva

Mestre em Serviço Social PUC/SP pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Especialista em Política Social e Gestão Institucional pela UNITAU. Especialista em Gerontologia e Família pela UNIVAP (2014) e também graduada em Sociologia. Professora da Fundação Hélio Augusto de Souza e assistente social da Prefeitura Municipal de São José dos Campos.

Ana Maria Sanches

Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos. Mestrado em Epidemiologia (UNIFESP).

Angélica Rosa dos Santos

Assessora Técnica da Coordenação de Gestão de Pessoas, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Antonio de Pádua Serafim

Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Bruna Ceruti Quintanilha

Psicóloga. Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Saúde

Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Cassia Sampaio Moura

Assessora Técnica da Coordenação de Gestão de Pessoas, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Claudia Carnevalle

Assessora na área técnica de Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Ceneide Maria de Oliveira Cerveny

Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Mestre em Psicologia Social pela PUC-SP. Graduação em Psicologia pela OMEC. Atualmente é professor assistente doutor da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Coordenadora Pedagógica do Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Intervenção Familiar: Psicoterapia e Orientação Sistemicas da FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto). Vice Coordenadora do Curso de Pós Graduação Lato Sensu de Intervenção Familiar: Psicoterapia e Orientação da UNITAU (Universidade de Taubaté).

Edson Aparecida Querido de Araújo Oliveira

Doutorado e Pós-Doutorado pelo Instituto Tecnológico de Aeronáutica - ITA. Professor Assistente Doutor da Universidade de Taubaté. Exerce o Cargo de Coordenador Geral dos Programas de Mestrado em Planejamento e Desenvolvimento Regional e de Gestão e Desenvolvimento Regional na UNITAU.

Gláucia Margonari Bechara

Mestre em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Gyovanna Borges Martins

Advogada. Mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté.

Izadória Lopes Rêgo

Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté. Coordenadora de Enfermagem do Hospital e Maternidade Neurocardio.

Jaques Waisberg

Mestre e Doutora. Mestrado em Epidemiologia pela Universidade de São Paulo e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

Janine Julieta Inocente

Mestre e Doutora em Psicologia pela Université Victor Segalen Bordeaux 2, França. Especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial pela Associação Brasileira de Disfunção. Especialista em Saúde Coletiva e da Família pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Jéssica Raquel Koschmieder

Psicóloga. Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté.

Jorge Francisco Rios

Doctor en Medicina, Universidad de Buenos Aires. Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, España. Profesor Adjunto de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Argentina. Profesor Adjunto de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador de Buenos Aires. Docente Autorizado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

José Carlos Souza

Pós-doutor em Medicina pela Universidade de Lisboa. Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas. Médico Psiquiatra.

Professor nível IV do Curso de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Sono e Qualidade de Vida/UEMS/CNPq e Pesquisador do Laboratório de Saúde Mental e Qualidade de Vida no Trabalho/LASMQVT/UCDB/CNPq.

José Luis Gomes da Silva

Mestre e Doutor em Ciência pelo Instituto Tecnológico de Aeronáutica. Professor e Coordenador Adjunto do Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté.

Katiane Holanda Fukamachi

Mestre em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Kelly Guimarães Tristão

Psicóloga. Doutoranda em Psicologia no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo – PPGP/UFES. Mestre em Psicologia pelo PPGP/UFES.

Luciana Helena do Nascimento

Graduada em Letras pela UNINOVE e Biblioteconomia pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo. Pós-graduada pela UNINOVE em Literatura e Estudos Linguísticos.

Luziane Zacché Avellar

Professora Associado III da Universidade Federal do Espírito Santo – Programa de Pós Graduação em Psicologia e Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento.

Maitê Menegazzo Allegretti

Mestre em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Manuel Morgado Rezende

Psicólogo pela PUC-SP, Grupoanalista, Mestre em Psicologia Clínica pela PUCCAMP, Doutor em Saúde Mental Pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pós-Doutorado em Psicologia da Saúde Pela Universidade do Algarve. Professor Titular da Faculdade da Saúde e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. Coordenador do Grupo de Pesquisa Processos Psicossociais e Promoção de Saúde do CNPq. Coordenador do Programa PIBIC e Ciência Sem Fronteiras da Universidade Metodista de São Paulo. Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Professor Aposentado da Universidade de Taubaté. Editor Associado da Revista Psicologia Saúde & Doenças. Presidente da Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA).

Márcia Faria Westphal

Professora Titular Sênior do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP.

Márcia Vieira da Motta

Mestre em Odontologia pela Universidade de São Paulo e PhD em Preventive Dentistry - Indiana University. Especialista em Ciências Forenses (FURB) e em Pesquisa Clínica (UNIFESP). Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo e em Direito pelas Faculdades Metropolitanas Unidas. Professora orientadora do curso de especialização em Perícias Médicas e Medicina do Tráfego, das Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo e Santa Casa de São Paulo.

Maria Cecília Focesi Pelicioni

Professora Associada do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública/USP.

Maria Geralda Viana Heleno

Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Michele de Oliveira Paula

Graduada em Psicologia pela Universidade de Taubaté.

Miria Benincasa Gomes

Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo. Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo. Professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Mirian Shirassu

Mestre em Saúde Coletiva na Santa Casa de São Paulo. Graduada em Psicologia pela Faculdade Padre Anchieta. Pós-Graduação em Administração Hospitalar.

Mônica Serrão Chife

Graduada em Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo.

Mônica Vieira da Mota Piacsek

Faculdade de Direito FMU, São Paulo.

Nancy Julieta Inocente

Mestre e Douta em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas. Professora do Programa de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté.

Paula Valente Braz

Graduada em Psicologia pela Universidade de Taubaté.

Paulo Francisco de Castro

Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Mestrado em Educação pela Universidade Mackenzie. Professor Assistente Doutor na Universidade de Taubaté e Professor Adjunto na Universidade de Guarulhos.

Quésia Postigo Kamimura

Pós-doutora e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Permanente do Programa de Pós-graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté. Diretora Vice-Presidente da Fundação de Apoio à Pesquisa, Tecnologia e Inovação. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde, Qualidade de Vida e Desenvolvimento/GPSQVID/UNITAU/CNPq.

Rayssa Gabrielle Pereira de Castro

Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional pela Universidade de Taubaté. Especialista em Hematologia Clínica pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado do Maranhão (CRF-MA). Professora no Curso de Farmácia da Faculdade de Imperatriz - FACIMP e do Curso de Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão.

Regina Maria dos Santos Marinho

Assessora Técnica da Coordenação de Gestão de Pessoas, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Roberta Elias Manna

Doutoranda e Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora da Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e da Ger-Ações: Pesquisas e Ações em Gerontologia, Integrante do grupo de pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, Psicóloga da Unidade de Referência à Saúde do Idoso Sé, URSI-SÉ, de 2003 à 2016, responsável pela Escola Municipal de Saúde Regional Centro, da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo em 2016/2017.

Ronaldo Adriano de Carvalho

Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional. Universidade de Taubaté. Especialista em Direito Tributário pela UNIFOA e em Gestão Empresarial pela FGV-RJ. Professor de Direito na Faculdade Sul Fluminense.

Sandra Costa de Oliveira

Mestre em Saúde Pública e Doutora em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública/USP.

Sheila Furtado

Doutoranda e Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisadora da Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e da Ger-Ações: Pesquisas e Ações em Gerontologia, Integrante do grupo de pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade, Psicóloga da Unidade de Referência à Saúde do Idoso Sé, URSI-SÉ, de 2003 à 2016, responsável pela Escola Municipal de Saúde Regional Centro, da Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo em 2016/2017.

Tais Mazzotti

Mestre em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.

Tânia Gisela Biberg-Salum

Médica Oftalmologista, Doutora em Ciências, Especialista em Formação Docente para o Ensino Superior, Professora e coordenadora do curso de medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Campo Grande, MS.

Tania Maria José Aiello Vaisberg

Professora Livre Docente em Psicopatologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Orientadora de Mestrados e Doutorados na USP e PUC – Campinas, Coordenadora da Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação do IPUSP e líder do grupo de pesquisa USP/CNPq Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade.

Teresa Medeiros

Professora Catedrática de Psicologia da Universidade dos Açores, Portugal. Investigadora do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (IPCDVS) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Desenvolve investigação nas áreas de Psicologia da Adolescência, Psicologia da Adulterez Emergente, e de Psicogerontologia.

Vera Lúcia Ignácio Molina

Mestre em Tecnologia Educacional pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. Doutora em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Professora assistente doutor da Faculdade de Odontologia FOSJ/Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp).

Vitória Kedy Cornetta

Livre-docente em Saúde Pública. Professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Volnei Gonçalves Pedroso

Mestre e Doutor FSP/USP em Ciências da Saúde. Pró-reitor do Curso de pós-graduação Strictu Sensu e Ciências da Saúde do IASMPE.

Apoio Cultural:

