

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

**A FORMAÇÃO DO
PSICÓLOGO NO
ÂMBITO DA
RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL:
O POTENCIAL E OS
DESAFIOS NOS TRÊS
NÍVEIS DE
ASSISTÊNCIA DO SUS**

**UTILIZAÇÃO DE
OFICINAS
TERAPÊUTICAS
ENVOLVENDO
LEITURA E
DINÂMICAS COMO
PROPOSTAS DE
ATUAÇÃO
MULTIPROFISSIONAL
EM UM CAPS**

**COANÁLISE DO
TRABALHO EM UMA
UTI PEDIÁTRICA:
RELATO DE
EXPERIÊNCIA DE
CONSTRUÇÃO DE UM
DISPOSITIVO
ERGOLÓGICO**

TEMPUS

ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

TEMPUS

VOLUME 12
NÚMERO 4
ISSN 1982-8829



© 2007 Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

REVISTA TEMPUS ACTAS DE SAÚDE COLETIVA

Coordenação Editorial

Ana Valéria M. Mendonça
Elmira L. M. S. Simeão
Maria Fátima de Sousa
José da Paz Oliveira Alvarenga

Coordenação Institucional

Unidade de Tecnologia da Informação e
Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em
Saúde Pública – UTICS/NESP/UnB

Equipe Técnica de TI

João Paulo Fernandes da Silva
Júlio César Cabral

Revisão de Citações e Referências

Mônica Regina Peres (coord.)
Lívia Grande Quartieri
Maria Monteiro Ramos
Ruth Lima de Oliveira
Daphne Sarah G. J. Mendes
José Rafael Cutrim Costa

Estagiárias Biblioteconomia

Nathalia Lima de Souza
Gabriela Leite Melo

Diagramação e Publicação

Lívia Grande Quartieri
Maria Monteiro Ramos
Ruth Lima de Oliveira
Daphne Sarah G. J. Mendes
José Rafael Cutrim Costa

Editores Científicos

José da Paz Oliveira Alvarenga
Maria Fátima de Sousa

Editores Consultivos

Daniela Savi Geremia
José da Paz Oliveira Alvarenga
Luana Dias Da Costa
Mônica Peres

Pareceristas *ad hoc*

Luana Dias da Costa
Natália Fernandes de Andrade

Para mais informações sobre a Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva:

Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
SCLN 406 Bloco A, 2º andar, Asa Norte, Brasília (DF), Brasil
CEP 70847-510
Tel.: (55++61) 3340-6863
Fax: (55++61) 3349-9884
E-mail: uticsnesp@unb.br

Ficha Catalográfica - Mônica R. Peres - CBR 1339

Tempus. Actas de Saúde Coletiva / Coordenadores Ana Valéria M. Mendonça, Elmira L. M. S. Simeão, Maria Fátima de Sousa, José da Paz Oliveira Alvarenga - v. 12, n. 4. (2018) - Brasília : Editora Ecos, 2018.

Trimestral
Obra publicada em 2023 para atualização da coleção
ISSN 1982-8829

1. Saúde pública 2. Psicologia 3. SUS 4. Multiprofissional 5. Conduta desonesta - Periódicos. I, II, III, IV, V. Brasil. Núcleo de Estudos em Saúde Pública

CDU 614(051)(817.4)



CONSELHO EDITORIAL

Coordenação Editorial

Ana Valéria Machado Mendonça, Editora Executiva - Universidade de Brasília, Brasil

Elmira Luzia Melo Soares Simeão - Universidade de Brasília, Brasil

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília, Brasil

Editores Científicos

Ana Valéria Machado Mendonça - Universidade de Brasília (UnB)

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Fátima de Sousa - Universidade de Brasília (UnB)

Conselho Consultivo

Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Magda Duarte dos Anjos Scherer - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Cecília Minayo - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ)

Comissão Científica - Editores Associados

Andreia de Oliveira - Universidade de Brasília (UnB)

Aurora Cuevas Cerveró - Universidade Complutense de Madri (UCM)

Carmen Fontes de Souza Teixeira - Instituto de Saúde Coletiva (UFBA)

Fernando Passos Cupertino de Barros - Universidade Federal de Goiás (UFG)

José da Paz Oliveira Alvarenga - Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Josivania Silva Farias - Universidade de Brasília (UnB)

Lise Renaud - Faculté de Communication - Université du Québec à Montréal (Canadá)

Maria Célia Delduque - Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Maria da Glória Lima - Universidade de Brasília (UnB)

Maria Isabel Loureiro - Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa/Portugal

Rackynelly Alves Sarmiento - Instituto Federal da Paraíba (IFPB)

Tiago Araújo Coelho de Souza - Universidade de Brasília (UnB)

Ximena Pamela Diaz Bermudez - Universidade de Brasília (UnB)

Sumário

Editorial	6
Pronto Socorro: porta de entrada para condições sensíveis à atenção primária? 8 Naiara Pereira de Sousa, Marina Morato Stival, Fabiana Alves de Amorim, Walter Massa Ramalho e Tania Cristina Morais Santa Bárbara Rehem	
Análise dos indicadores de mortalidade do município de Santana do Ipanema - AL.....	31
Tatiane da Silva dos Santos, Amália Freire de Menezes Costa, Jéssica Verríssimo Medeiros Melo Silva e Maria Eduarda Pereira	
Auditoria no sistema único de saúde: Uma análise do estadiamento do componente municipal de auditoria no estado de Pernambuco	47
Clebiana Estela de Souza, Erlene Roberta Ribeiro dos Santos, Eliane Maria Medeiros Leal, Renan Carlos Freitas da Silva e Alexandre Bayer Botelho	
A formação do psicólogo no âmbito da residência multiprofissional: o potencial e os desafios nos três níveis de assistência do SUS.....	65
Ana Elizabeth Sousa Reis, Ewerton Helder Bentes De Castro, e Fabiane Aguiar Silva	
A saúde da mulher, proteção do convívio familiar e parto prematuro: uma leitura discursiva do relatório da PEC 181 na Câmara dos Deputados Federais	855
Josanne Cristina Ribeiro Ferreira Façanha, Artenira da Silva e Silva, e Lidiane Karlla Franco Cutrim	
Regulamentação e financiamento do Estado brasileiro em comunidades terapêuticas para usuários de drogas: análise crítica a partir de uma comunidade terapêutica italiana.....	109
Tiago Alves Miranda	
Ensino superior em enfermagem: reflexões acerca do período gravídico para estudantes	142
Marcos Aguiar Ribeiro, Zélia Maria Azevedo Magalhães, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Izabelly Mont'alverne Napoleão Albuquerque, e Janaína de Almeida Prado	

Conducta desonesta en investigación: motivaciones y propuetas.....	163
Eduardo Rodríguez e Fernando Lolas	
Registros de afastamentos médicos dos servidores públicos do Distrito Federal relacionados a possíveis maus hábitos alimentares.....	178
Iza Carneiro Neves e Ana Lúcia Ribeiro Salomon	
Prevalência do não uso de preservativo entre universitários e pós-graduandos de uma universidade pública do Norte do Brasil.....	204
Jeanne Gadelha Freitas, Priscilla Perez da Silva Pereira, Kátia Fernanda Alves Moreira, Adriana Dias Silva, Alexandra Araújo Santos e Lizabeth Jeffryes Lima Reis Filha	
Conducta responsable en la investigación científica: definiciones actuales de integridad y mala conducta científica	225
Ignacio Damian Mastroleo e Alahí Dana Bianchini	
Coanálise do trabalho em uma UTI pediátrica: relato de experiência de construção de um dispositivo ergológico.....	267
Cirlene de Souza Christo, Lilian Landim Syrio e Nathalia Silva Prado	
Análises ergológicas do agir profissional de equipes de atenção primária à saúde no SUS	288
Cristine Maria Warmling e Ananyr Porto Fajardo	
Utilização de oficinas terapêuticas envolvendo leitura e dinâmicas como propostas de atuação multiprofissional em um CAPS.....	306
Vanessa Domingos de Moraes, Miriam Cristina Leite Felix, Sônia Maria Alencar Lima e Maria Jaidete Jó Alves	
Use of therapeutic offices involving reading and dynamics as proposals for multiprofessional action in CAPS.....	3200
Vanessa Domingos de Moraes, Miriam Cristina Leite Felix, Sônia Maria Alencar Lima e Maria Jaidete Jó Alves	

Editorial

Um dos maiores desafios para a comunicação científica, principalmente no contexto de publicação de periódicos, é manter níveis de qualidade para a produção coletiva e especializada em um contexto de profundas transformações e instabilidades. Mesmo com bases sólidas, construídas ao longo de séculos de tradição, a ciência se adapta aos padrões inovadores tentando manter aquilo que é essencial: a confiabilidade e o uso aprimorado desses veículos de comunicação para a promoção de desenvolvimento e progresso do conhecimento científico. Cada área tem suas especificidades, e isso precisa ser observado.

Na prática, isso significa o cuidado minucioso com critérios de qualidade e a constante adaptação às mudanças de tecnologia. No Brasil a manutenção das revistas é uma atividade complexa, tem pouco investimento por parte das instituições e há uma sobrecarga de atividades entre os especialistas editores que, além das atividades como docentes e pesquisadores, se dedicam incansavelmente ao trabalho de produção editorial. São heróis anônimos. Por isso mesmo, ao publicarmos este fascículo, destacamos o esforço coletivo, conduzido por esses heróis, identificados aqui como editores científicos.

Reunidos com o apoio de alunos(as) de editoração do curso de biblioteconomia, ao longo do primeiro semestre de 2023, conseguiram atualizar a coleção da revista *Tempus Actas*. Depois das ações de normalização e montagem de 10 fascículos, entre eles o dessa edição, esses especialistas, de forma voluntária, se dedicaram a avaliar os trabalhos para garantir a qualidade de sempre, comprovada pela recente melhoria no status da revista. Essa nota “no estrato B”, atribuída pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nos enche de ânimo. No Brasil, é a CAPES, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a agência responsável pelo acompanhamento e avaliação das revistas científicas, orientando suas diretrizes e ações dos programas de pós-graduação.

Por isso, a Editora ECoS agradece imensamente o trabalho desses heróis e heroínas, coordenados pelo professor José Alvarenga (UFPB), na condução precisa do processo de avaliação como pareceristas *ad hoc* e no engajamento pela organização editorial de fascículos que precisavam entrar na coleção. Agradecemos também (às) aos autoras (res) por confiarem a divulgação

dos resultados de pesquisa à TEMPUS, esperando pacientemente por esse momento. Mesmo com o atraso, a revista é registrada como publicada em agosto de 2023, o que garante a atualização dos artigos nas bases de dados referenciais e currículos.

TEMPUS - ACTAS DE SAÚDE COLETIVA é um periódico arbitrado, de abrangência internacional e especializado em saúde pública. A revista eletrônica foi criada em XXXX pela Unidade de Tecnologia da Informação e Comunicação (UTICS) do NESP, com a coordenação das professoras Fátima Sousa, Elmira Simeão e Valéria Mendonça com a participação dos especialistas Júlio César (UTIS) e de Miguel Márdero, atual coordenador do projeto Cariniana de preservação digital, no Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, IBICT. O detalhamento técnico foi desenvolvido a partir das discussões no núcleo de tecnologia de informação UTICS.

Pronto Socorro: porta de entrada para condições sensíveis à atenção primária?

Emergency Room: gateway to conditions sensitive to primary care?

Sala de Emergencias: ¿puerta de entrada a condiciones sensibles a la atención primaria?

Naiara Pereira de Sousa¹

Marina Morato Stival²

Fabiana Alves de Amorim³

Walter Massa Ramalho⁴

Tania Cristina Morais Santa Bárbara Rehem⁵

RESUMO

Objetivo: Caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária que ocorreram em caráter de urgência em hospital regional do Distrito Federal entre os anos de 2008 e 2014. Método: Estudo descritivo. Os dados secundários foram obtidos junto ao Sistema de Informações Hospitalares. A seleção das internações sensíveis foi realizada com base na lista brasileira.

Utilizou-se estatística descritiva no processamento e análise dos dados. Resultados: As internações sensíveis apresentaram tendência de redução, representando 20% das internações registradas. 99,6% foram atendidas em caráter de urgência. Mulheres e Idosos (≥ 60 anos) apresentaram maior participação. Insuficiência cardíaca, pneumonias bacterianas e doenças cerebrovasculares foram os diagnósticos mais frequentes. Em contrapartida

¹ Especialista em Saúde Pública e Urgência e Trauma. Docente do Instituto Federal de Brasília. Campus Ceilândia. E-mail: nairapsousa@hotmail.com

² Doutora em Ciências e Tecnologias em Saúde. Professor Adjunto da Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília

³ Especialista em Nefrologia. Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

⁴ Doutor em Medicina Tropical. Professor Adjunto da Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília

⁵ Doutora em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília

aqueles com maiores reduções foram anemia, deficiências nutricionais e asma. Conclusão: Os dados da pesquisa poderão incentivar a utilização desse indicador na avaliação da qualidade do sistema de saúde e na busca pela diminuição de internações hospitalares evitáveis.

Palavras-chave: Hospitalização, Avaliação, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To characterize hospitalizations for conditions sensitive to primary care that occurred as an emergency in a regional hospital in the Federal District between 2008 and 2014. **Method:** Descriptive study. Secondary data were obtained from the Hospital Information System. The selection of sensitive hospitalizations was based on the Brazilian list. Descriptive statistics were used in data processing and analysis. **Results:** Sensitive hospitalizations tended to decrease, representing 20% of registered hospitalizations. 99.6% were attended on an urgent basis. Women and Elderly (≥ 60 years old) showed greater participation. Heart failure, bacterial pneumonias and cerebrovascular diseases were the most frequent diagnoses. On the other hand, those with greater reductions were anemia, nutritional deficiencies and asthma. **Conclusion:** The research data may encourage the use of this indicator in assessing the quality of the health system and in the search for the reduction of avoidable hospital admissions.

Key words: Hospitalization, Evaluation, Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar las hospitalizaciones por condiciones sensibles de atención primaria ocurridas como emergencia en un hospital regional del Distrito Federal entre 2008 y 2014. **Método:** Estudio descriptivo. Los datos secundarios se obtuvieron del Sistema de Información del Hospital. La selección de hospitalizaciones sensibles se basó en la lista brasileña. Se utilizó estadística descriptiva en el procesamiento y análisis de datos. **Resultados:** Las hospitalizaciones sensibles tendieron a disminuir, representando el 20% de las hospitalizaciones registradas. El 99,6% fueron atendidos de forma urgente. Mujeres y Adultos Mayores (≥ 60 años) presentaron mayor participación. La insuficiencia cardíaca, las neumonías bacterianas y las enfermedades cerebrovasculares fueron los diagnósticos más frecuentes. Por otro lado, los que presentaron mayores reducciones fueron la anemia, las deficiencias nutricionales y el asma. **Conclusión:** Los datos de la investigación pueden incentivar el uso de este indicador en la evaluación de la calidad del sistema de salud y en la búsqueda de la reducción de los ingresos hospitalarios evitables.

Palabras clave: Hospitalización, Evaluación, Atención Primaria en Salud.

INTRODUÇÃO

Os hospitais, inicialmente desenvolvidos por organizações religiosas, tornaram-se instituições sociais mantidas pelo Estado a partir da consolidação da democracia. Primeiramente vinculadas às camadas populares de baixo poder aquisitivo e à escassez de recursos tecnológicos, as unidades hospitalares foram, com o passar do tempo, constituindo-se centros especializados de tratamento de patologias e alvos de fortes investimentos por parte da iniciativa privada. Assim, fatores como a maior concentração de profissionais e de recursos tecnológicos influenciaram diretamente na consolidação da visão hospitalocêntrica ainda vigente¹⁻².

Atualmente, as transições epidemiológicas e demográficas vêm impactando fortemente na capacidade de resolução dos sistemas de saúde, os quais tiveram sua cultura organizacional inicialmente desenvolvida para responder às condições agudas e não às crescentes e preponderantes condições crônicas. Nesse contexto, são evidentes tanto os sinais de esgotamento e de insustentabilidade desse modelo de atenção quanto a necessidade de mudança, a qual está baseada na instituição das redes de atenção à saúde (RAS) e na consolidação da atenção primária à saúde (APS) como centro de comunicação dessa rede¹⁻².

Assim, a maior resolutividade da APS possibilita o diagnóstico precoce, o acompanhamento apropriado das condições crônicas e a prevenção dos episódios de agudização de determinadas patologias, os quais são frequentes nas salas de atendimento de urgência e emergência das unidades hospitalares³. Além disso, há evidências de que a busca desordenada por serviços de urgência, a baixa resolutividade do sistema de saúde e problemas de acesso e efetividade nos

primeiros níveis de atenção estão relacionados ao aumento dos ingressos hospitalares por causas potencialmente evitáveis^{4,5}.

O estudo inicial de tais internações estava relacionado à busca de métodos que diminuíssem as sobrecargas nos sistemas de saúde que já se encontravam com capacidades limitadas⁶. Além dessa aplicação, as internações sensíveis à atenção primária (ICSAP), conhecidas internacionalmente pelo termo *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, constituem-se importante indicador da avaliação da atenção primária e hospitalar. O fundamento adotado é que quando a capacidade de resolução da APS está diminuída, ocorrerá aumento dos ingressos hospitalares por problemas de saúde que seriam tipicamente resolvidos nesse primeiro nível de atenção³.

Assim, sabendo-se que o custo médio de atendimento é mais elevado nas unidades hospitalares, faz-se necessária a diminuição das ICSAP visando garantir maior eficiência na aplicação dos recursos destinados à saúde⁹. Essa gestão de recursos é de fundamental importância, tendo em vista que o sistema de saúde brasileiro aplica em média 8% do PIB (Produto Interno Bruto) ao setor da saúde. Destes, apenas 3,6% são destinados ao SUS. Além disso, vale destacar que a atenção hospitalar consome cerca de 67% de todo o recurso da saúde⁹. Nesse sentido, o uso prudente desse indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS, concretizando os princípios da universalidade e integralidade. Além disso, é possível haver a identificação de áreas claramente passíveis de melhorias, evidenciando problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais¹⁰.

Dessa forma, considerando a adoção das ICSAP como indicador de avaliação da atenção hospitalar no Brasil, com possibilidade de identificar a ocorrência do atendimento em caráter eletivo ou de urgência, justifica-se a realização de estudos de investigação do comportamento destas internações em

diferentes contextos regionais. Nesse sentido, o presente estudo, tem como objetivo caracterizar as condições sensíveis à atenção primária que ocorreram em caráter de urgência no Hospital Regional do Gama (Distrito Federal), no período compreendido entre os anos de 2008 e 2014.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, onde foram levantados dados das internações hospitalares de usuários internados por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) no Hospital Regional do Gama (HRG)/DF no período de 2008 a 2014, cujos atendimentos foram realizados em caráter de urgência. Estabeleceu-se o ano de 2008 como ponto de partida da análise tendo em vista a publicação da lista brasileira de CSAP e o ano de 2014 como limite em função do fechamento do banco de dados do SIH/SUS, considerando o período de início de realização deste estudo. A escolha do referido hospital deu-se pela sua posição estratégica no atendimento a casos de urgência e emergência da referida região administrativa e de municípios circunvizinhos pertencentes ao estado de Goiás.

A seleção das ICSAP foi realizada com base na lista brasileira a qual é composta por 19 grupos de causas e 74 diagnósticos classificados de acordo com a CID-10. Os dados foram obtidos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde, sendo selecionadas apenas as internações relacionadas a atendimentos de urgência.

Para análise das ICSAP foram adotadas as seguintes variáveis: (1) grupo de diagnósticos, (2) faixa etária (<1 ano, 1 a 14 anos, 15 a 34 anos, 35 a 59 e 60 anos ou mais), (3) sexo (masculino ou feminino), (4) município de origem do paciente, (5) óbitos e (6) gastos relacionados às internações do tipo

Não-CSAP e por CSAP.

As internações por CSAP foram definidas como aquelas que continham no campo “Diagnóstico Principal” da AIH um agravo codificado pelo CID-10 pertencente à Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária⁸. Os dados foram tabulados via Tabwin (Versão 3.5), tabelas e estatísticas foram realizadas por meio do programa Microsoft Excel®. Foram calculados ainda os respectivos intervalos de confiança, em nível de significância de 5%, para testar a hipótese nula de igualdade de proporções para estimativas selecionadas, entre os anos estudados. As variações percentuais foram calculadas obtendo-se primeiramente a diferença entre os valores registrados no último (2014) e no primeiro ano (2008), dividindo tal resultado pelo valor registrado no primeiro ano (2008) e, por último, multiplicando o resultado por 100.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi realizado com dados de saúde de base não nominal e de domínio público, disponíveis no site do DATASUS, não incorrendo, portanto, em qualquer risco à população estudada.

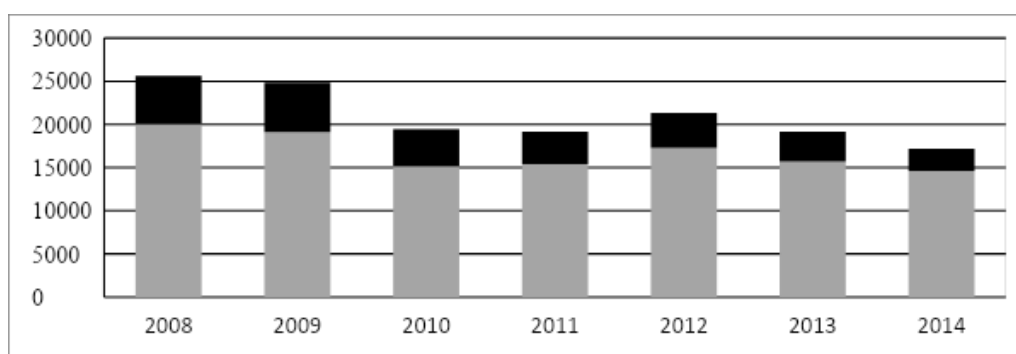
RESULTADOS

Entre os anos de 2008 a 2014 foram registradas no HRG cerca de 117.292 (80%; IC95%: 79,7 a 80,1) internações do tipo Não-ICSAP e 29.398 (20%; IC95%: 19,8 a 20,2) internações do tipo CSAP.

A grande maioria (99,6%; n= 29.288) dos atendimentos aos pacientes com diagnósticos relacionados à CSAP ocorreu em caráter de urgência, enquanto uma pequena fração (0,4%; n=110) ocorreu de forma eletiva. Ao analisar de forma agregada o período estudado verifica-se declínio de 54,6% nas ICSAP, de 27% nas internações Não-ICSAP e de 54,3% nas ICSAP atendidas em caráter de urgência (Figura 1). Analisando-se o total de ICSAP registradas

nos hospitais regionais do Distrito Federal entre os anos de 2008 e 2014, observa-se que o HRG apresenta maior número de registros (n=29.288), sendo seguido pelos hospitais regionais de Taguatinga (n=25.474), Ceilândia (n=16.449), Samambaia (n=15.999) e Planaltina (n=15.247).

Figura 1 – Variação no número de internações por CSAP e Não-CSAP registradas no Hospital Regional do Gama, Distrito Federal, DF, Brasil, 2008-2014



Fonte: SIH/SUS.

Quanto à participação de cada faixa etária nas internações por CSAP observou-se maior predominância dos idosos (37,5%; IC95%: 36,9 a 38) (Tabela 1). Os diagnósticos mais frequentes nessa faixa etária foram: insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e doenças pulmonares. Nos adultos, com idade entre 35 e 59 anos, os diagnósticos mais expressivos foram insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e angina. Dentre os indivíduos com idade de 15 a 34 anos, as úlceras gastrointestinais, infecções no rim e trato urinário e pneumonias bacterianas apresentaram maior participação proporcional. As crianças com idade entre 01 e 14 anos internaram principalmente pelos diagnósticos relacionados às gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e asma. Em

menores de um ano os diagnósticos mais frequentes foram pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e doenças pulmonares.

Em todo o intervalo de tempo analisado, as ICSAP predominaram entre o sexo feminino (52,2%; IC95%: 51,6 a 52,7) tendo como principais diagnósticos: insuficiência cardíaca (7,3%), pneumonias bacterianas (6,1%) e infecção no rim e trato urinário (5,6%). Vale ressaltar que, entre as mulheres, os diagnósticos relacionados às doenças infecciosas (doenças preveníveis por imunização, gastroenterites infecciosas, infecção de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, infecção no rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo) representaram 33,7% das internações, sobrepondo aqueles relacionados ao aparelho circulatório (insuficiência cardíaca, angina, doenças cerebrovasculares e hipertensão) os quais corresponderam a 31,2% das internações. O contrário aconteceu no sexo masculino, onde a maior participação foi de diagnósticos relacionados ao aparelho circulatório (37,6%) em detrimento das causas infecciosas (35,9%).

No período analisado, cerca de 61,6% (IC95%: 61,1 a 62,2) das internações por CSAP atendidas em caráter de urgência estavam relacionadas a indivíduos residentes em Brasília (DF). Porém, o município do Novo Gama (GO) apresentou o segundo maior número (n=3.696; 12,6%) de residentes internados no HRG por CSAP, sendo seguido pelos municípios de Luziânia (GO), Valparaíso de Goiás (GO), Cidade Ocidental (GO), Santo Antônio do Descoberto (GO) e Cristalina (GO) (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das ICSAP atendidas em caráter de urgência no Hospital Regional do Gama, Distrito Federal, DF, Brasil, 2008 - 2014

Variáveis	Proporção (IC 95%)
Faixa Etária (anos)	
<1	6,6 [6,3 a 6,9]
1 a 14	13,6 [13,2 a 13,9]
15 a 34	15,3 [14,9 a 15,7]
35 a 59	27,0 [26,5 a 27,5]
≥ 60	37,5 [36,9 a 38,0]
Sexo	
Masculino	47,8 [47,2 a 48,4]
Feminino	52,2 [51,6 a 52,8]
Município de Origem	
Brasília (DF)	61,6 [61,1 a 62,2]
Novo Gama (GO)	12,6 [12,2 a 13,0]
Luziânia (GO)	11,6 [11,8 a 12,0]
Valparaíso (GO)	8,3 [8,0 a 8,6]
Cidade Ocidental (GO)	2,7 [2,5 a 2,8]
Grupos Diagnósticos	
Insuficiência cardíaca	15,87 [15,45-16,29]
Pneumonias bacterianas	12,92 [12,53-13,3]
Doenças Cerebrovasculares	8,17 [7,86-8,48]
Infecção no rim e trato urinário	8,11 [7,8-8,42]
Diabetes mellitus	7,53 [7,23-7,84]
Gastroenterites infecciosas e complicações	6,92 [6,63-7,21]

Fonte: SIH/SUS.

Considerando os sete anos analisados e comparando-se o primeiro e o último ano, verificou-se que todos os grupos diagnósticos apresentaram redução em suas participações. Aqueles que apresentaram maiores reduções foram: anemia (-100%), deficiências nutricionais (-89,6%) e gastroenterites infecciosas (-86,7%). Em contrapartida, os diagnósticos relacionados às doenças cerebrovasculares (-21,5%), infecção no rim e trato urinário (-23,6%) e doenças

relacionadas ao pré-natal e parto (-36,8%) apresentaram as menores reduções no período (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e distribuição percentual de ICSAP atendidas em caráter de urgência segundo grupos diagnósticos no Hospital Regional do Gama, Distrito Federal, DF, Brasil, 2008-2014

Grupos Diagnósticos	2008		2014		Tendência (2008-2014)
	n	%	n	%	%
Anemia	15	0,3	0	0	- 100
Deficiências nutricionais	29	0,5	3	0,1	-89,6
Gastroenterites infecciosas e complicações	769	13,8	102	4	- 86,7
Asma	350	6,3	65	2,5	-81,4
Pneumonias Bacterianas	452	8,2	139	5,5	-69,2
Úlcera Gastrointestinal	160	2,9	54	2,1	-66,2
Infecção de ouvido, nariz e garganta	88	1,6	30	1,2	- 65,9
Infecção da pele e tecido subcutâneo	259	4,6	118	4,6	-54,4
Hipertensão	252	4,5	123	4,8	-51,2
Insuficiência cardíaca	831	14,9	409	16,1	-50,8
Doenças preveníveis por imunização	160	2,9	81	3,2	-49,4

Epilepsias	170	3	89	3,5	-47,6
Diabetes mellitus	461	8,3	256	10	-44,5
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	130	2,3	73	2,9	-43,8
Doenças pulmonares	222	4	128	5	-42,3
Angina	232	4,2	139	5,5	-40,1
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	239	4,3	151	6	-36,8
Infecção no rim e trato urinário	399	7,1	305	12	-23,6
Doenças cerebrovasculares	358	6,4	281	11	-21,5
TOTAL	5.576	100	2546	100	-54,3

Fonte: SIH/SUS.

Ao analisar os óbitos, observa-se que entre 2008 e 2014 foram registrados 1.096 casos. Desses, 31,9% ocorreu devido insuficiência cardíaca, 26,8% por doenças cerebrovasculares, 13,9% por pneumonias bacterianas, 6,2% por diabetes mellitus, 4,5% por úlcera gastrointestinal, 3,6% por doenças pulmonares e 2,7% por doenças preveníveis por imunização.

Em relação a ambos os sexos, observa-se que três diagnósticos obtiveram maior participação nos óbitos: insuficiência cardíaca (31,9%; n=350), doenças cerebrovasculares (26,8%; n=294) e pneumonias bacterianas (13,9%; n=152). Já em relação a idade tem-se o seguinte panorama: a faixa etária de ≥ 60

anos representou 75,5% (n=839) dos óbitos e a faixa de 35 a 59 anos 20% destes. Os principais diagnósticos nessas duas faixas de idade foram: insuficiência cardíaca (32,7% e 30,6% respectivamente), doenças cerebrovasculares (28,1% e 23,3% respectivamente) e pneumonias bacterianas (14,1% e 12,8% respectivamente). O grupo de idade entre 15 e 34 anos correspondeu a 5,7% dos óbitos tendo como principais diagnósticos: doenças cerebrovasculares (27%), insuficiência cardíaca (25,4%) e na terceira posição diabetes mellitus (10%) e infecção no rim e trato urinário (10%).

Entre os anos de 2008 a 2014, o Distrito Federal registrou um gasto de R\$190.373.571,98 com ICSAP atendidas em caráter de urgência, os quais representaram 15,9% dos gastos totais com internações hospitalares. O Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) e Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) apresentaram os três maiores gastos com ICSAP sendo seguidos pelo HRG, o qual representou 14,9% (R\$ 16.288.705,33) dos gastos com ICSAP. Os diagnósticos mais onerosos no HRG foram: insuficiência cardíaca (R\$ 4.564.875,87), pneumonias bacterianas (R\$ 2.938.991,20), doenças cerebrovasculares (R\$ 1.904.931,20) e diabetes mellitus (R\$ 1.176.489,15).

Uma pequena fração (1,1%; n= 326) das ICSAP registradas no HRG necessitou de internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), porém os gastos com tais internações representaram 11,2% dos gastos totais com ICSAP no referido hospital, totalizando R\$ 1.833.331,96, tendo nesse caso como diagnósticos mais onerosos a insuficiência cardíaca (31%; R\$ 569.348,89), doenças cerebrovasculares (26%; R\$ 475.938,25), pneumonias bacterianas (20,8%; R\$ 381.385,18), diabetes mellitus (7,7%; R\$ 141.882,28) e doenças pulmonares (4,0%; R\$ 74.008,64).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram uma participação de 20% das CSAP entre as internações registradas no HRG. Resultados de estudos realizados nos estados de Minas Gerais¹¹ e Rio de Janeiro¹² demonstraram valores superiores. Em sentido contrário, pesquisas nos estados de São Paulo¹³ e Distrito Federal¹⁴ estimaram participações de ICSAP inferiores ao da presente pesquisa. O perfil de declínio nas ICSAP está em consonância com outros estudos^{12,15}, porém, autores encontraram cenários de progressão¹³ e estabilização¹⁶. Vale ressaltar que não há como categorizar as ICSAP em níveis adequados ou inadequados, tendo em vista a inexistência de um valor ideal de participação das ICSAP entre as internações registradas em determinado hospital.

Este panorama heterogêneo demonstra o comportamento variável das ICSAP nos diferentes contextos regionais aos quais as análises são submetidas, tendo em vista os diversos fatores relacionados às internações sensíveis, destacando-se o perfil de cobertura da APS, os determinantes sociais, o grau de vulnerabilidade, o registro das internações e a qualidade da rede de atenção à saúde¹³⁻¹⁷. Sendo a educação um importante determinante do processo saúde doença, vale destacar que em pesquisa recente, cerca de 70,8% da população do Gama, declarou não estudar, outros 32,5% declararam possuir ensino fundamental completo e apenas 12,2% ensino superior completo¹⁸. Além disso, embora o aumento das ICSAP esteja relacionado a diversos determinantes sociais, estudos apontam a contribuição de baixas coberturas das equipes de saúde da família (ESF) na construção desse cenário^{11,13}. Na RA do Gama, entre os anos de 2008 e 2014 houve um acréscimo de 145% nas ESF, porém a cobertura populacional foi de 57% no ano de 2014. Consoante a essa panorama,

pode-se inferir que, um prejuízo no primeiro nível de atenção à saúde pode contribuir para uma maior procura às unidades de pronto atendimento, em decorrência de prejuízos no cuidado primário às condições sensíveis^{19,20}.

Tal relação pode estar evidenciada no tipo de atendimento das CSAP, os quais, no presente estudo, ocorreram, em sua maioria (99,6%), em caráter de urgência. Além da baixa cobertura das ESF, esse panorama pode estar relacionado à desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, refletindo na alta demanda por serviços de urgência e emergência e por consequência na superlotação hospitalar. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece que o atendimento aos pacientes com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entradas do SUS, garantindo a resolutividade no primeiro contato ou a transferência do paciente para um nível de maior complexidade, mantendo a responsabilização, hierarquização e regulação^{19,20}.

Para isso, a APS está inserida como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, sendo responsável pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, com a implantação da avaliação de riscos e vulnerabilidades, até a transferência ou encaminhamento para outros pontos de atenção¹⁹. Todavia, diversas causas estão relacionadas à busca direta por serviços de urgência e emergência, quais sejam: a cultura hospitalocêntrica, permeada pela visão da densidade tecnológica e da maior resolutividade do atendimento nos hospitais; a autopercepção da doença, a qual leva o paciente a buscar níveis de atenção de maior complexidade; os horários ininterruptos de atendimento nos ambientes hospitalares; a visão simplificada da APS, dentre outras²¹. Entretanto, vale destacar que muitos diagnósticos relacionados às CSAP, em especial condições cardiológicas (insuficiência cardíaca, angina e hipertensão arterial sistêmica), com sintomatologia sugestiva de maior gravidade como dor torácica e dispneia,

acabam influenciando a busca direta pelos serviços de urgência e emergência em detrimento dos primeiros níveis de atenção.

A implantação de um modelo de atenção aos eventos agudos vem sendo discutida e recomendada para o manejo das condições agudas ou das agudizações das condições crônicas. Esse modelo está estruturado em quatro níveis: no primeiro, predominam as intervenções de promoção da saúde; no segundo, incorporam-se as intervenções de prevenção em subpopulações de risco; no terceiro e quarto nível o evento agudo está em evolução aparente sendo necessárias as classificações de risco, de modo a determinar tanto o tempo e lugar certo para atendimento, quanto às intervenções de controle da condição diagnosticada. Nesse modelo, a APS desempenha papel fundamental no diagnóstico precoce e no acompanhamento dos usuários por meio de diversas abordagens, como por exemplo, o autocuidado apoiado, que reduziria ou evitaria o agravamento e provável internação hospitalar; e a estratificação de risco²². Em relação ao primeiro aspecto têm-se a metodologia dos 5 As como base de sustentação, a qual apoia-se na avaliação da condição do indivíduo, na transmissão significativa de conhecimento e não apenas de informação, na construção conjunta de um plano de cuidados, no ensino de habilidades de autocuidado e no acompanhamento regular do indivíduo. O segundo aspecto relaciona-se ao estabelecimento de parâmetros para disponibilização dos recursos disponíveis conforme estratos de risco, oferecendo um cuidado mais direcionado aos pacientes com maiores necessidades de atenção^{2,22}.

Em relação ao município de origem, verificou-se que a maior parte das internações esteve representada por indivíduos residentes em Brasília. Pesquisa realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal revelou que cerca de 74,2% dos moradores da RA do Gama não possuem plano de saúde. Além disso, a utilização do hospital público foi relatada por 86,2% dos habitantes dessa

região e destes, 95,1% o fazem na própria região. Outros 87,1% utilizam o centro de saúde e destes, 97,2% o fazem na própria região²³. Porém, vale destacar que nesse caso, o sistema DATASUS não distingue as demais regiões administrativas do DF, como o faz com os municípios das demais regiões do Brasil. Assim, é possível que os moradores da própria RA do Gama e das demais regiões administrativas pertencentes ao DF estejam englobadas na RA de Brasília.

Além disso, ressalta-se o elevado número de internações relacionadas aos moradores do estado de Goiás. Convém destacar nesse contexto, a presença da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) a qual é composta pelo Distrito Federal, dezenove municípios goianos e dois mineiros. Essa região foi criada com o intuito de reduzir as desigualdades regionais decorrentes do fluxo migratório entre os municípios pertencentes a RIDE, principalmente aquelas decorrentes da intensa urbanização de Brasília. Assim, diversas ações relacionadas ao desenvolvimento econômico e social devem ser desenvolvidas buscando-se atingir o objetivo primário da criação da RIDE. Dentre elas, vale destacar a recente reestruturação administrativa da secretaria de saúde do DF em sete regiões de saúde, buscando-se aumentar o grau de descentralização, de resolubilidade e autonomia da RAS, integrando o atendimento de saúde do DF aos municípios do entorno. Nesse sentido, a proximidade geográfica, e muitas vezes fronteira, da RA do Gama com municípios de Goiás, destacando-se Valparaíso de Goiás, Cidade Ocidental e Novo Gama, bem como o fluxo populacional mantido pelas relações socioeconômicas e culturais contribuem para o perfil encontrado no presente estudo.

A predominância do sexo feminino entre as ICSAP está em consonância com outros estudos^(11,14) e pode estar relacionada aos determinantes

sociais, à maior busca das mulheres por atendimentos de saúde, sejam eles primários ou secundários, ao direcionamento das políticas de saúde às mulheres, crianças e idosos; e à própria rede de atenção à saúde, a qual pode estar fracamente estruturada para responder efetivamente ao problema de saúde trazido por essas mulheres, resultando por conseguinte em internações hospitalares^(14,17). Porém, o cenário oposto também foi verificado por outros autores, os quais apontaram para a predominância do sexo masculino entre as ICSAP¹²⁻¹³⁻¹⁶. Vale destacar, que a busca por serviços primários de saúde, pelo sexo masculino, está culturalmente associada a sentimentos de vulnerabilidade e fragilidade. Somando-se a esse contexto, tem-se a dificuldade de reconhecimento das necessidades em saúde e de adequação entre os horários de funcionamento das unidades básicas de saúde e as atividades laborais. Além disso, a necessidade de comprometimento regular em um tratamento crônico pode constituir-se fator limitador na manutenção da qualidade de vida. Mediante esse aspecto, os serviços de urgência e emergência se estabelecem como as principais portas de entrada para o segmento masculino, seja pelo próprio perfil de motivos que os levam até esse tipo serviço, caracterizado pelas causas externas, doenças do aparelho circulatório e agudização de doenças crônicas, seja por esses ambientes emergenciais concentrarem condições mais oportunas, rápidas e efetivas de resolução dos problemas apresentados. Esse cenário pode estar relacionado ao panorama de predominância do sexo masculino entre os óbitos por condições sensíveis, tendo em vista que a postergação dos cuidados primários pode levar a uma busca por atendimento em face do agravamento de determinada condição.

Os idosos (≥ 60 anos) obtiveram maior participação em relação às demais faixas etárias, tendo como diagnósticos mais frequentes aqueles relacionados ao aparelho circulatório. Sabe-se que a população brasileira vive

um momento de transição demográfica e epidemiológica, relacionado à queda nas taxas de fecundidade e mortalidade e ao aumento na expectativa de vida¹. Tal panorama é caracterizado pelo envelhecimento populacional, declínio das doenças infecciosas, incremento das condições crônicas e de outras *causas mortis* relacionadas ao processo de modernização da sociedade, tais como: acidentes de trânsito, alcoolismo e tabagismo. Assim, como o presente estudo apresentou, há uma coexistência entre as condições crônicas e as causas infecciosas, revelando um cenário característico de países em desenvolvimento como o Brasil.

Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que a proporção de idosos brasileiros com idade superior a 65 anos que era de 3% em 1930 passará a 22,5% em 2050. No Distrito Federal, o fenômeno do envelhecimento pode ser evidenciado pelas baixas taxas de fecundidade, as quais apresentam os menores níveis do país (1,45 filhos por mulher) e pelo aumento na expectativa de vida ao nascer, a qual apresentou um ganho de quatro anos para ambos os sexos, no período de 2000 a 2010⁽¹⁾. Esse cenário de envelhecimento populacional revela um crescimento nas condições crônicas, as quais esbarram em sistemas de saúde deficientes, ainda voltados para resolver condições agudas².

Em relação aos gastos com internações hospitalares preveníveis observa-se em alguns estados brasileiros um panorama de crescimento¹⁵. No Distrito Federal, entre os anos de 2008 e 2012 o gasto total com ICSAP chegou a 6,622 milhões de reais, apresentando aumento de 81,6% ⁽¹⁴⁾. Em São Paulo, no período de 2008 a 2010, devido um aumento de 26,5%, esse valor chegou a 30,370 milhões de reais, representando 17% do total gasto com internações hospitalares²⁴. Esses valores gastos com internações preveníveis devem ser vistos como possível fonte de economia para o sistema de saúde, uma vez que

poderiam ser direcionados para o investimento na própria rede de atenção à saúde, principalmente no nível primário, diminuindo o uso dos serviços de emergência por pacientes portadores de doenças crônicas em estados agudizados, os quais estão associados a cuidados mais onerosos⁶.

Nesse sentido, o presente estudo constitui-se linha de base para avaliações posteriores da atenção hospitalar/primária no DF, tendo em vista o recente processo de reformulação da organização e estruturação da atenção primária, a qual deverá estar fundamentada na Estratégia Saúde da Família de forma a concretizar sua função de ordenadora da rede. Dessa forma, tendo em vista que sistemas de saúde orientados por meio da APS estão associados a melhores níveis de saúde e redução de gastos, serão necessários estudos futuros que relacionem o impacto das ICSAP no novo cenário de saúde que poderá ser vivenciado no DF²⁵.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou participação expressiva dos atendimentos de urgência às CSAP registradas no HRG, havendo predominância dessas internações entre mulheres e idosos. Além disso, foi possível evidenciar que o referido hospital apresentou o maior número de registros de ICSAP entre os demais hospitais regionais do Distrito Federal, registrando ainda o quarto maior gasto com essas condições.

Este estudo esteve sujeito a limitações, devido a utilização de dados secundários registrados no SIH/SUS, banco de dados onde são registradas apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, apresentando, portanto, apenas parte da realidade nacional.

Ademais, apesar das ICSAP apresentarem-se como indicador do desempenho da atenção primária e hospitalar, alguns estudos já apontam para a visão parcial deste indicador, o qual permite a avaliação apenas dos pacientes internados, não abrangendo aqueles que, devido alguma descompensação clínica, buscaram as unidades de urgência e emergência e não necessitaram de internação, não tendo por consequência, o preenchimento de AIHs, as quais são a base para a alimentação do banco de dados do SIH/SUS. Porém, apesar de evidenciar apenas parte da demanda assistencial, o SIH/SUS ainda é o maior banco de dados de base nacional que oferece, com maior abrangência, as informações necessárias para a avaliação das ICSAP.

Os dados da pesquisa permitem incentivar a utilização desse indicador por gestores e profissionais de saúde, na avaliação da qualidade do sistema de saúde, o qual deve buscar uma melhor estruturação da APS a fim de garantir seu papel fundamental de primeiro contato, aumentando sua resolutividade e melhorando o manejo das condições agudas e crônicas, a fim de diminuir a busca por atendimentos de urgência que poderão acarretar em internações hospitalares. Além disso, será possível a utilização dos dados da presente pesquisa para avaliações futuras da situação de saúde do DF que atravessa um período de reformulação do seu modelo de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Campos MB, Borges GM. Projeção de níveis e padrões de fecundidade no Brasil. In: Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. p.30-41.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc Saude Colet. 2010;15(5):2297-305.

3. Homar JC, Casanova MC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):61-5.
4. Rehem TC, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Cienc. Saúde Colet*. 2011; 16(12): 4755-66.
5. Gervas J, Homar J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:7-13.
6. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff*. 1990; 9(4):158-65.
7. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP- Brasil). *Cad. SaúdePública*. 2009; 25(6):1337-49.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM n. 221, de 17 abril de 2008. Pública em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União* 2008.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. *Introdução à Gestão de Custos em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
10. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martin-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude*. 2011; 16 Suppl 1: S1145-54.
11. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(4):227-34.
12. Botelho JF. Internações por condições sensíveis à atenção primária e fatores associados em Itaboraí, RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

13. Morimoto T, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciência. saúde coletiva*. 2017; 22(3):891-900.
14. Sousa NP, Rehem TCM, Santos WS, Santos CE. Hospitalizations sensitive to primary health care at a regional hospital in the Federal District. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(1):106-13.
15. Santos LA, Oliveira VB, Caldeira AP. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. *Rev. Bras. Saúde Materna. Infantil*. 2016; 16 (2): 179-188.
16. Avelino CC, Goyatá SL, Nogueira DA, Rodrigues LB, Siqueira SMS. Quality of primary health care: an analysis of avoidable hospitalizations in a Minas Gerais county, Brazil. *Cienc. Saúde Colet*. 2015; 20(4):1285-93.
17. Pitilin EB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, Peloso SM. Sensitive female-specific hospitalization in primary care. *Cienc. Saúde Colet*. 2015; 20(2):441-8.
18. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Diretoria de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Distrito Federal: Gama (RA II). Brasília (DF): Companhia de Planejamento do Distrito Federal; 2015.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2011.
20. Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23 (3): 463-74.
21. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2015. A atenção primária nas redes de atenção à saúde; p.19-40
22. Sousa NP, Sousa MF, Araujo DE, Santos WS, Lima LR, Rehem TC. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo escore de Framingham. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2017; 10(1): 157-67.

23. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Diretoria de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Distrito Federal: Gama (RA II) [Internet]. Brasília (DF): Companhia de Planejamento do Distrito Federal; 2013.
24. Ferreira JB, Borges MJ, Santos LL, Forster AC. Hospital admissions due to ambulatory care-sensitive conditions in a health region of São Paulo State, Brazil, 2008-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(1):45-56.
25. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria n.77 de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial da União*.

Análise dos indicadores de mortalidade do município de Santana do Ipanema – AL

Analysis of the mortality indicators of the manteca of Santana do Ipanema – AL

Análisis de los indicadores de mortalidad del municipio de Santana del Ipanema - AL

Tatiane da Silva dos Santos¹
Amália FReire de Menezes Costa²
Jéssica Verríssimo Medeiros Melo Silva³
Maria Eduarda Pereira⁴

Pesquisa Financiada pelo Ministério da Saúde-MS através do programa multiprofissional de residência em saúde da família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas-UNCISAL.

RESUMO

Dados nacionais mostram uma mudança no perfil epidemiológico onde estão atualmente prevalecendo as doenças crônicas degenerativas e dos agravos provocados por causas externas, em comparação com as doenças transmissíveis que estão diminuindo; fenômeno este que pode ser observado no Brasil, na região Nordeste, e em Alagoas. O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento de dados dos indicadores de saúde da cidade de Santana do Ipanema em comparação com os dados da capital do estado de Alagoas. Estudo de abordagem estudo ecológico, descritivo e transversal, na qual foi analisado o índice de mortalidade entre os municípios de Maceió e Santana do Ipanema coleta de dados foi utilizado o banco de dados do DATASUS produzido a partir das Informações de Saúde com registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos). Os dados

¹ E-mail: tatiane24.8@gmail.com

² E-mail: amaliafreirenutri@gmail.com

³ E-mail: jessica_vrs@hotmail.com

⁴ E-mail: pereiraeduarda.fisio@gmail.com

revelaram que ainda existe um considerável índice de mortalidade no município de Santana do Ipanema se comparado com a capital Alagoana, mesmo assim os gráficos de mortalidade infantil como o gráfico de Nelso e Moraes revelou que o padrão de vida permanece em nível elevado. O estudo contribuiu para uma melhor compreensão dos dados de mortalidade infantil e mortalidade geral do município onde realizou-se o estudo.

Palavras-chave: Mortalidade, Indicadores de saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT

National data show a change in the epidemiological profile where chronic degenerative diseases and diseases caused by external causes are currently prevalent, as compared to the communicable diseases that are decreasing; a phenomenon that can be observed in Brazil, in the Northeast region, and in Alagoas. The objective of this study was to perform a data collection of the health indicators of the city of Santana do Ipanema in comparison with data from the state capital of Alagoas. A study of an ecological, descriptive and cross-sectional study, in which the mortality rate was analyzed between the municipalities of Maceió and Santana do Ipanema data collection was used the database of DATASUS produced from the Health Information with systematic data record of mortality and survival (Vital Statistics - Mortality and Live Births). The dasos revealed that there are still considerable mortality rates in the municipality of Santana do Ipanema when compared to the capital of Alagoas, yet the graphs of infant mortality as a chart by Nelso and Moraes revealed that the standard of living remains high. The study contributed to a better understanding of data on infant mortality and general mortality in the municipality where the study was conducted.

Key words: Mortality, Health indicators, Public Health.

RESUMEN

Los datos nacionales monitorean un cambio en el perfil epidemiológico donde actualmente prevalecen las enfermedades crónicas degenerativas y de los agravios provocados por causas externas en comparación con las enfermedades transmisibles que esta disminuyendo; un fenómeno que puede observarse en Brasil, en la región Nordeste, y en Alagoas. El objetivo de este trabajo fue realizar un levantamiento de datos de los indicadores de salud de la ciudad de Santana do Ipanema en comparación con los datos de la capital del estado de Alagoas. El estudio de abordaje estudio ecológico, descriptivo y transversal, en la cual se analizó el índice de mortalidad entre los municipios de Maceió y Santana del Ipanema recolección de datos fue utilizado el banco de datos del DATASUS producido a partir de las Informaciones de Salud con registro

sistemático de datos de mortalidad y de supervivencia (Estadísticas Vitales - Mortalidad y Nacidos Vivos). Los datos revelaron que aún existen una considerable índices de mortalidad en el municipio de Santana do Ipanema en comparación con la capital Alagoana, aún así los gráficos de mortalidad infantil como gráfico de Nelso y Moraes reveló que el nivel de vida permanece a un nivel elevado. El estudio contribuyó a una mejor comprensión de los datos de mortalidad infantil y mortalidad general del municipio donde se realizó el estudio.

Palabras-clave: Mortalidad, Indicadores de salud, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) de 19 de setembro de 1990 dispõe, sobre a promoção, prevenção e organização dos serviços de saúde. Desde sua implantação várias ferramentas foram construídas com o intuito de atender às demandas da Saúde Pública. Através de diversos sistemas de informação junto à criação do Departamento de Informática do SUS – o DATASUS que possibilita o armazenamento de uma grande quantidade de informações, com o objetivo de fundamentar as políticas públicas de saúde¹.

O Departamento é formalizado pelo decreto 100 de 16/04/1991. O DATASUS atualmente é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), um dos sistemas mais completos do mundo, visto que o mesmo integra informações com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), facilitando o cruzamento de dados, permitindo uma melhor avaliação da situação de saúde do território, tendo a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) como exemplo dessa prática¹.

O município de Santana do Ipanema composto por 44,949 habitantes de acordo com o último censo², está situado na 9ª Região de Saúde do estado de

Alagoas, destaca-se por ser referência no atendimento hospitalar. A inauguração do Hospital Clodolfo Rodrigues foi realizada em outubro de 2010 e desde então garante o acesso de cerca de 401 mil usuários aos serviços de saúde, visto que presta atendimento a todos os municípios circunvizinhos da região do sertão alagoano, o que causou forte impacto na Unidade de Emergência do Agreste em Arapiraca e no Hospital Geral do Estado, reduzindo a demanda de ambos. Os serviços ofertados pelo hospital são de urgência e emergência, ambulatório especializado (Clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, cirurgia geral, urologia e traumatologia-ortopedia), exames laboratoriais e por imagem (Raio X, ultrassonografia, endoscopia, colonoscopia e tomografia computadorizada), UTI adulto e neonatal, fisioterapia, nutrição e assistente social³.

Observa-se uma mudança no perfil de adoecimento da população na qual há uma grande prevalência de doenças crônico-degenerativas e dos agravos provocados por causas externas, em comparação com as doenças transmissíveis que está diminuindo; fenômeno este que pode ser observado no Brasil, na região Nordeste, e em Alagoas⁴.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é realizar um levantamento de dados dos indicadores de saúde da cidade de Santana do Ipanema em comparação com os dados da capital do estado de Alagoas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem ecológico, descritivo e transversal, na qual foi analisado o índice de mortalidade entre os municípios de Maceió e Santana do Ipanema, utilizando as seguintes variáveis dependentes e independentes.

Para coleta de dados foi utilizado o banco de dados do DATASUS produzido a partir das Informações de Saúde com registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos).

Foram selecionados os índices de causas de morte (Doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias neoplasias e causas externas), sendo divididos dois grupos de mortalidade: A mortalidade infantil geral e neonatal (neonatal precoce, tardia, pós-neonatal) e a mortalidade geral, englobando as faixas etária de menor de 1 ano, 1-4 anos, 5-19 anos, 20-49 anos e maior que 50 anos. Os seguintes dados foram pesquisados seguindo um intervalo de 2 anos, entre 2003 e 2015 no município de Santana do Ipanema, sendo comparado o ano de 2015 desta cidade citada anteriormente com Maceió.

A análise dos dados realizou-se através de cálculos, para a mortalidade infantil Faixa etária/Nascidos vivos x 1000 para a mortalidade geral por Faixa etária/mortalidade geral x 1000 e as causas de morte com causa de morte/população geral x 100.

Os dados serão apresentados em formato de tabelas de frequência simples e gráficos, sendo utilizada para faixa etária a Curva de Nelson e Moraes, através do Excel 2007, posteriormente o estudo será encaminhado para revista científica.

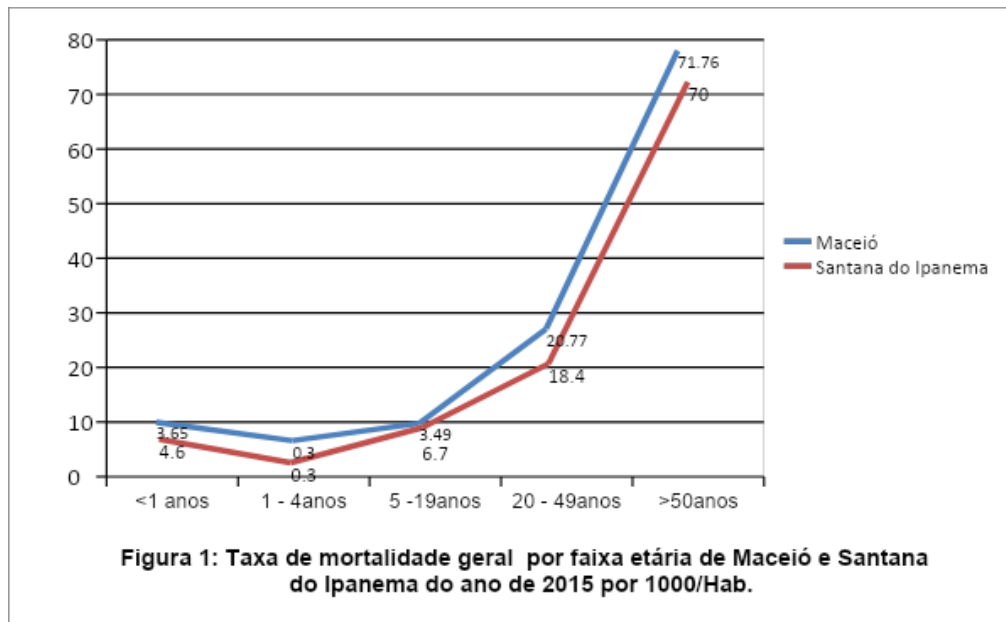
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde meados do século XIX até metade da década de 1940, o Brasil sofreu com altos índices de natalidade, mas também de mortalidade, predominando a mortalidade no primeiro ano de vida. Contudo, após este

período, o país iniciou sua primeira fase do processo de transição demográfica, caracterizada pelo início da queda das taxas de mortalidade, estando associada a incorporação de políticas de saúde pública, dos avanços da medicina, particularmente os antibióticos recém-descobertos no combate às enfermidades infecto-contagiosas, etc.⁵.

Dessa maneira, os grupos etários mais beneficiados com a diminuição da mortalidade, foram os das crianças menores de 5 anos de idade, onde, deu-se início o processo de transição epidemiológica. O conjunto de causas de morte formado pelas doenças infecciosas, respiratórias e parasitárias, começa, paulatinamente, a perder importância frente a outro conjunto formado por doenças que se relacionam com a degeneração do organismo através do envelhecimento, como o câncer, problemas cardíacos, entre outros⁵.

Observamos a seguir a distribuição das taxas de mortalidade no município de Santana do Ipanema em um determinado espaço de tempo, correlacionado-os com as taxas de mortalidade em Maceió.

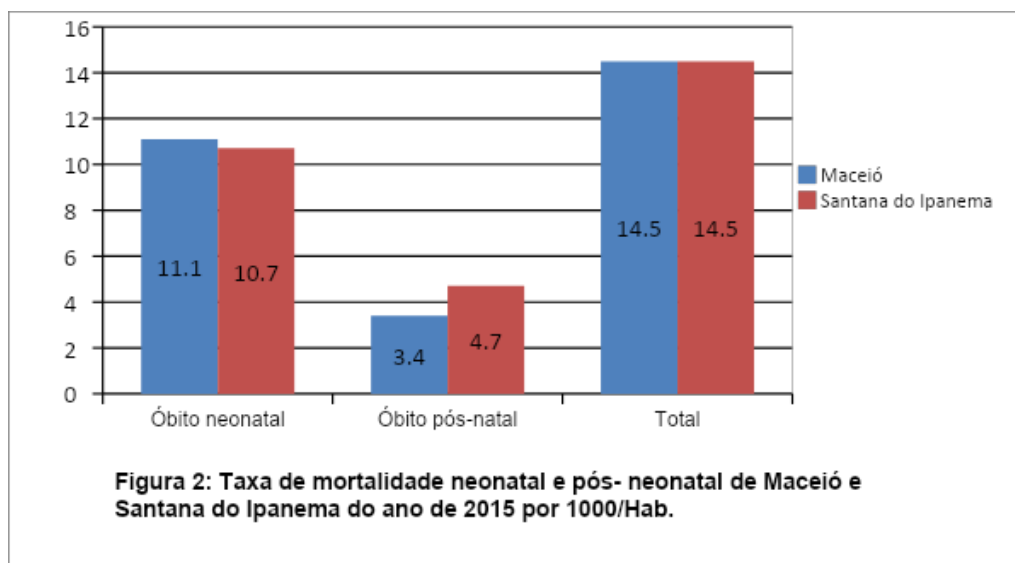


Fonte: DataSUS.

Na figura acima estão descritos os dados de mortalidade geral por faixa etária na cidade de Maceió e Santana do Ipanema no ano de 2015, como observamos o mesmo está disposto em forma de J, significa que ambas as cidades se encontram em condições de vida e saúde elevadas, podemos supor que a cidade de Santana Ipanema a morte por algumas faixas etárias tenham sido pouco notificadas causando uma suposta elevação nas condições de vida e saúde da população.

Apesar de apresentar-se em formato de J, pela curva de Nelson Moraes, os dados da figura acima revelam também que a medida que a idade aumenta existe uma taxa maior de mortalidade o que corrobora com dados nacionais que afirmam que desde meados do século XIX o Brasil vem apresentando uma transição demográfica visível, onde passou-se de taxas altas de mortalidade infantil por doenças infecto contagiosas, do aparelho respiratório, etc. para a ocorrência de óbitos em idades mais avançadas causadas por doenças do aparelho circulatório, causas externas, bem como as doenças crônicas degenerativas⁵ (BRASIL, 2015).

Dessa forma, podemos supor que os índices expressos, podem está relacionados a variação da idade, mas podemos também refletir se os mesmos estão relacionados de forma cocomitante no sexo feminino e masculino, já que o estudos recentes revelam que os homens tendem a morrerem mais que as mulheres, pois estão mais expostos a questão de violência, situação de acidente de transito, bem como por não procurarem os serviços de saúde⁶.



Fonte: DataSUS

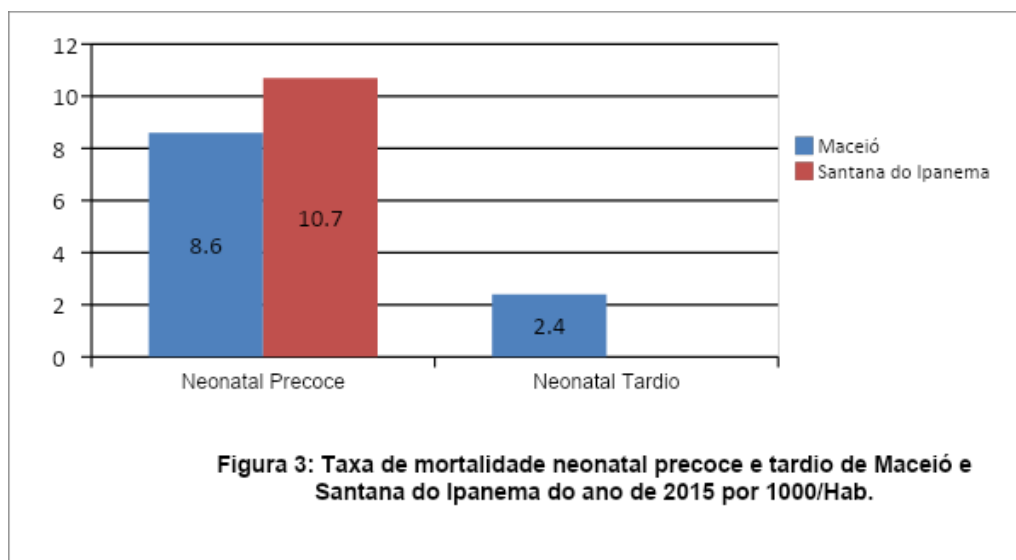
A figura acima dispõe sobre as taxas de óbito neonatal e pós- neonatal na qual pode-se observar que ambas as cidades apresentaram dados semelhantes, no entanto a cidade de Santana do Ipanema apresentou mais mortes pós- neonatal, se compararmos a quantidade de habitantes de Maceió (1.013.773) e Santana do Ipanema (47,820) segundo o Datasus, podemos supor que a cidade de Santana do Ipanema possui um elevado número de óbitos nesta faixa etária, acredita-se que podem estar relacionados a qualidade de acesso aos serviços que podem ser deficiente.

Vale ressaltar que as taxas de mortalidade neonatal podem ser influenciadas pelas condições da gestação (idade materna, paridade, presença de doenças maternas) e pelo acesso e qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Neste componente predominam as causas de morte como as afecções perinatais (asfixia ao nascer, prematuridade, etc) e as malformações congênitas. Já as taxas de mortalidade pós-neonatal podem relacionar-se e serem influenciadas pelas condições de vida e pelo acesso aos serviços de saúde. Neste

componente predominam as doenças infecciosas e as pneumonias que estão associadas às condições de vida, tais como saneamento e condições de moradia.

Observa-se que as características de óbitos neonatal mais elevado do que o pós-neonatal, tanto em Santana do Ipanema como em Maceió, segue o mesmo padrão que em todo o Brasil, onde até a década de 80 havia predomínio de óbitos pós- neonatal, e a partir deste período há predomínio do óbito neonatal, representando cerca de 70% da mortalidade infantil. Fatores como a diminuição da fecundidade, aumento ao incentivo e ao aleitamento materno, maior acesso aos serviços de saúde e saneamento básico, entre outras, estão relacionados diretamente a diminuição da mortalidade infantil⁷.

Abaixo na figura 3, observamos a taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias) que em Maceió observou-se uma menor taxa de mortalidade neonatal precoce (8,6) e em Santana do Ipanema um maior índice (10,7), já na mortalidade neonatal tardio Santana do Ipanema apresentou o indicador zero, ou seja, cogita-se que houve uma subnotificação da mortalidade podendo indicar também que o setor de vigilância epidemiológica não tenha um serviço eficaz.



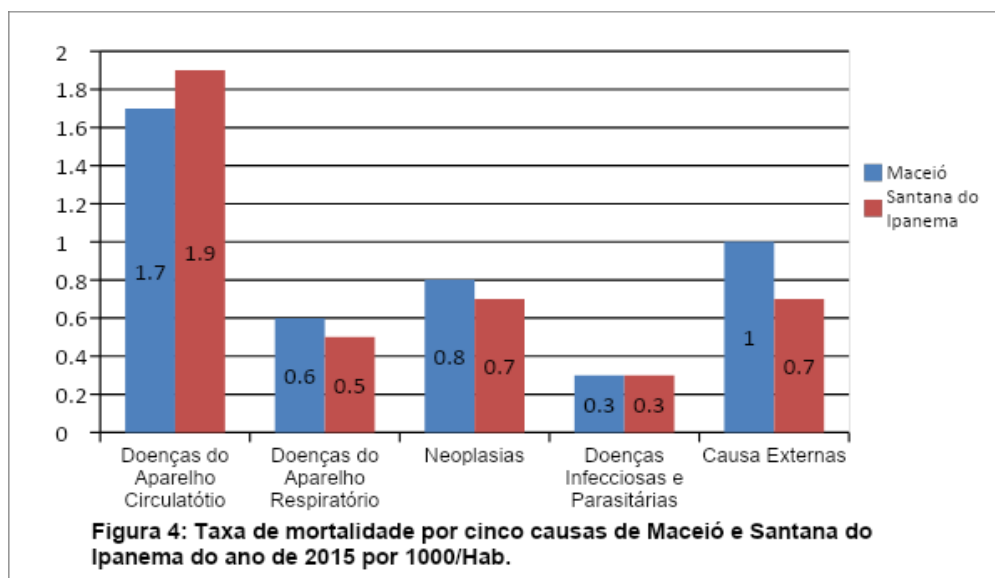
Fonte: DataSUS

Apesar de observarmos a diferença de população existente entre as duas cidades comparadas (Maceió e Santana do Ipanema), percebe-se (figura 4) relativa equivalência dos dados coletados. Quanto às doenças do aparelho circulatório, que por sua vez foram a causa de morte de maior prevalência, Santana do Ipanema chega a ultrapassar o índice encontrado em Maceió.

O valor encontrado em Santana do Ipanema para as doenças do aparelho circulatório e conseqüentemente doenças crônicas não transmissíveis, condiz com os resultados encontrados no Brasil, elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, atingindo todas as camadas socioeconômicas, sendo responsáveis por 72% das mortes, se destacando os seguintes quatro grupos: cardiovasculares; câncer; respiratórias crônicas; e diabetes, sendo que destas as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento⁸.

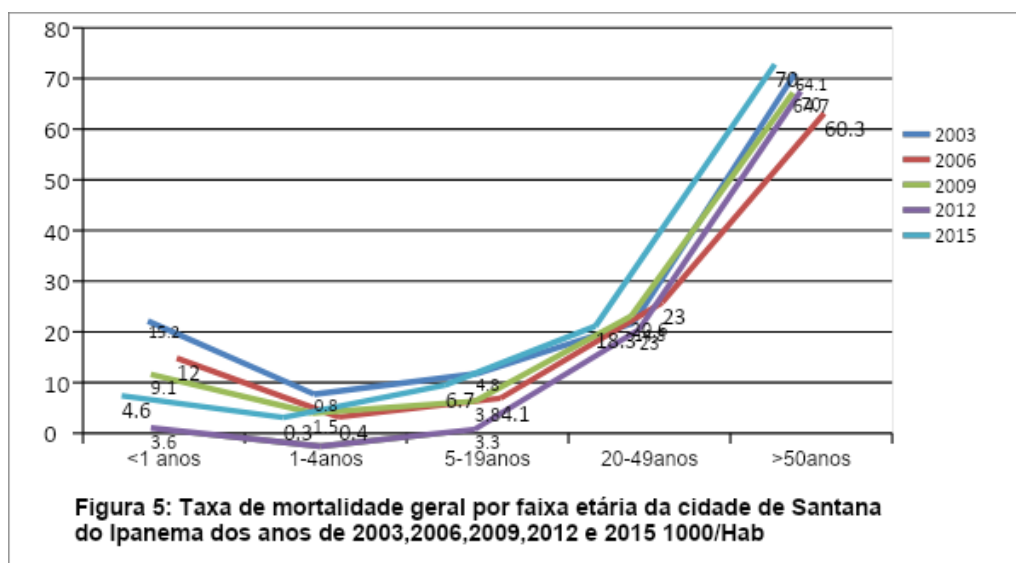
Acerca das doenças do aparelho respiratório e neoplasias, a diferença encontrada entre uma e outra cidade, é de apenas 0,1 por 1000/hab., sendo mais elevado em Maceió. As taxas de doenças infecciosas e parasitárias foram iguais para ambas as cidades, nos fazendo refletir sobre as condições socioeconômicas, quanto ao abastecimento de água, acesso ao sistema de esgoto, lixo a céu aberto e outros condicionantes e determinantes de saúde do nordeste brasileiro. Em relação às taxas de mortalidade de causas externas, vimos que Maceió ultrapassa Santana do Ipanema, o que pode ser possivelmente justificado devido a referência de urgência e emergência do estado de Alagoas, pelo Hospital Geral do Estado (HGE).

Os resultados das mortes por causa externa no Brasil, são maiores na região no Norte 63% e em segundo no nordeste com 62% em homens, e o risco é maior entre os mais jovens, do sexo masculino que residem em grandes centros urbanos, pois eles se expõem mais as situações de acidentes e violência, justificando também o valor de encontrado ser maior na cidade de Maceió⁹.



Fonte: DataSUS

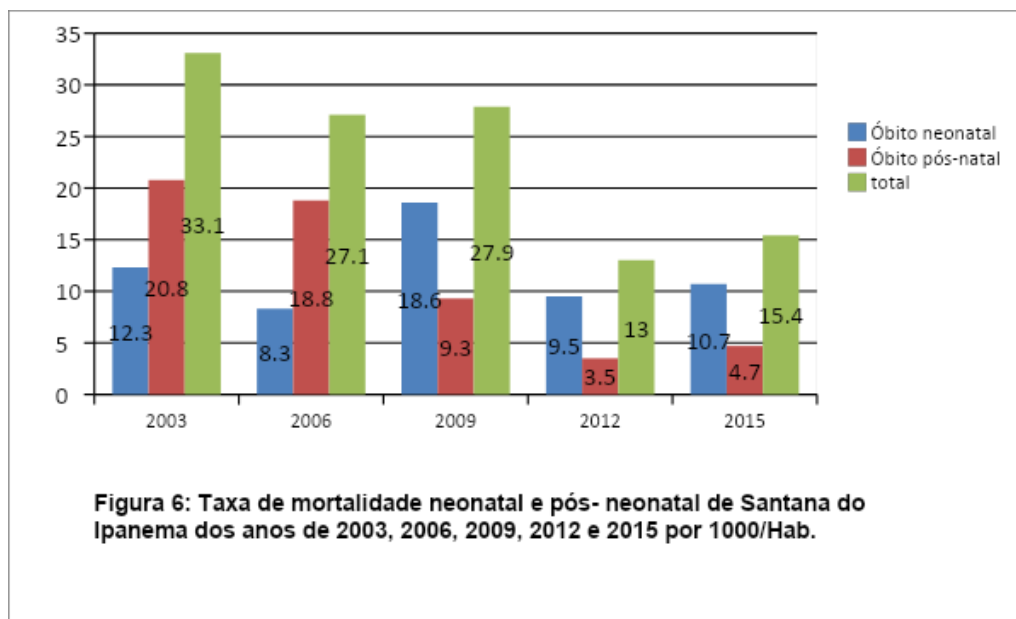
Como comentado na figura 1, Santana do Ipanema, mostrou uma elevação nas condições de vida e saúde da população ao longo dos anos (figura 5, gráfico de linha em J). Podendo estar relacionado a melhoria das condições socioeconômicas, tais como, acesso à educação, à saúde, às condições sanitárias satisfatórias, lazer, entre outros.



Fonte: DataSUS.

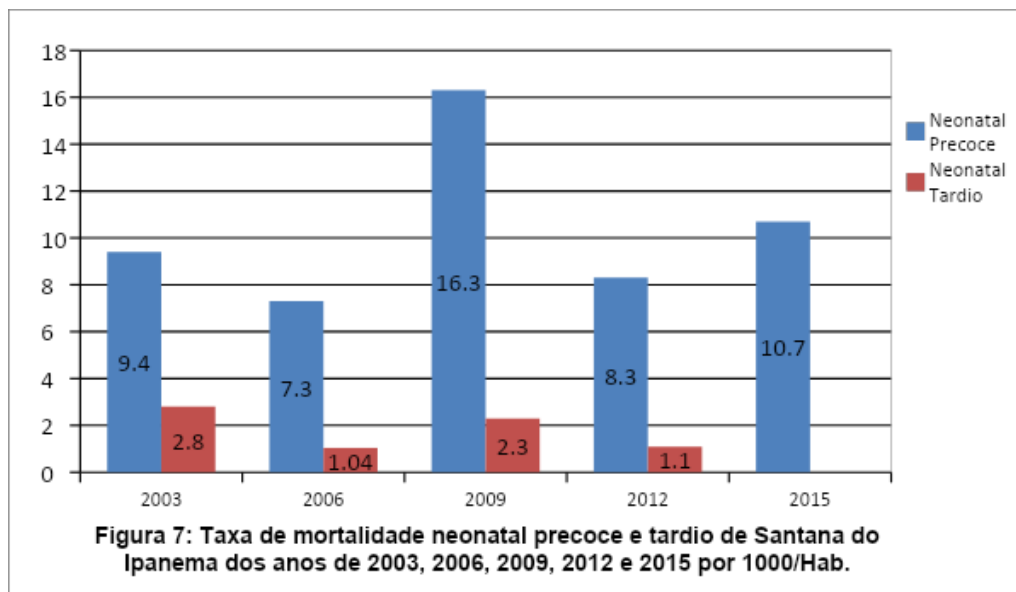
De acordo com a figura 6, o menor índice de morte neonatal ocorreu em 2006, com a taxa de 8,3 por 1000/hab, e o maior em 2009 com a taxa de 18,6 por 1000/hab, havendo um declínio nos anos seguintes, 2012, 9,5 por 1000/hab e em 2015, 10,7 1000/hab.

Com relação ao pós - neonatal, igualmente ao óbito neonatal, houve um declínio no decorrer dos anos, em 2003, havendo um maior número, 20,8 por 1000/hab e em 2012, 3,5 1000/hab, com um leve aumento em 2015, 4,7 1000/hab.

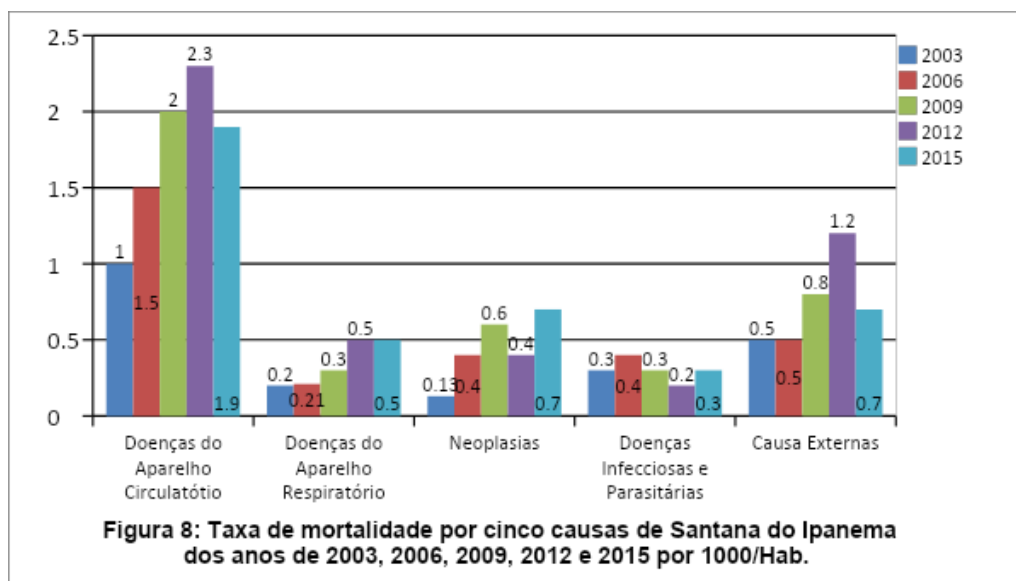


Fonte: DataSUS.

Observa-se na figura 7 um elevado índice de óbito neonatal precoce, com relação ao óbito neonatal tardio, onde os maiores índices do precoce, encontram-se nos anos de 2009 (16,3) e 2015 (10,7). Quanto ao neonatal tardio, vimos que os maiores índices corresponderam aos anos de 2003 (2,8) e 2009 (2,3), averiguando-se ainda que no ano de 2015 não houveram notificações de óbitos.



Fonte: DataSUS.



Fonte: DataSUS.

Figura 8, no município de Santana do Ipanema, a principal causa de morte no ano de 2012 foi e de doenças do aparelho circulatório (2,3), mantendo-

se em níveis altos em todos os anos do estudo. As causas externas foram a segunda maior causa de morte neste município, tendo 2012, também com o maior índice de ocorrência (1,2).

CONCLUSÃO

O estudo revelou que existem ainda índices consideráveis de mortalidade infantil e mortalidade geral por causas evitáveis, tais como as doenças crônicas e causas externas, e apesar dos dados de mortalidade infantil demonstrar um gráfico de Nelson Moraes em formato de J, que caracteriza índices de vida e saúde em nível elevado, existe ainda a necessidade de análise da realidade geral do nordeste, pois o mesmo ainda é visto com um dos maiores números de analfabetismo, pobreza, etc. o que talvez justifique a ocorrência desses dados.

Destarte, os dados são de extrema relevância para o planejamento de ações de saúde e intersetoriais para a população do referido município a qual foram coletados os indicadores epidemiológicos. Dessa forma, espera-se que esta pesquisa sirva de base para a comunidade científica, população e, sobretudo para os gestores da respectiva região para os devidos fins.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes MF, Gardenghi G. Análise da mortalidade infantil cadastradas no DATASUS nos últimos dez anos em Araxá. CEAF, 2012. [acesso em: 14 de Nov. 2017]. Disponível em: [analise-da-mortalidade-infantil-cadastradas-no-datasus-nos-ultimos-dez-anos-em-araxa \(1\).pdf](#).
2. Cidade Brasil. Município de Santana do Ipanema. Data da pagina: 22 Fev. 2017. [acesso em: 14 de Nov. 2017]. Disponível em: <http://www.cidade-brasil.com.br/municipio-santana-do-ipanema.html>.

3. Alagoas 24 Horas. Hospital de Santana do Ipanema entra em funcionamento nesta quinta. [acesso em: 14 de Nov. 2017]. Disponível em:<http://www.alagoas24horas.com.br/618737/hospital-de-santana-do-ipanema-entra-em-funcionamento-nesta-quinta/>.
4. Alagoas. Plano Estadual de Saúde do Quadriênio 2012-2015 (PES 2012-2015). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão e Participação Social. Maceió, 2012.[Acesso em: 14 Nov 2017]. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/PES_2012_2015.pdf
5. Brasil(BR). Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2014 Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. IBGE. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2014/notastecnicas.pdf
6. Brasil(BR). Política Nacional de atenção integral à saúde do homem – PNAISH. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2009. [Acesso em: 14 Nov 2017] Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf
7. Simões CC. A mortalidade infantil na década de 90 e alguns condicionantes socioeconômicos. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003.
8. Malta et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n.4, p.599-608, 2014. [Acesso em: 21 Nov 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>.
9. Moura et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 3, n. 779-788, 2015. [Acesso em: 21 Nov 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00779.pdf.

Auditoria no sistema único de saúde: Uma análise do estadiamento do componente municipal de auditoria no estado de Pernambuco

Auditing in the unified health system: an outline about the staying of the municipal audit component in the state of Pernambuco

Auditoría en el sistema de salud unificado: un esquema sobre la permanencia del componente de auditoría municipal en el estado de Pernambuco

Clebiana Estela de Souza¹
Erlene Roberta Ribeiro dos Santos²
Eliane Maria Medeiros Leal³
Renan Carlos Freitas da Silva⁴
Alexandre Bayer Botelho⁵

RESUMO

No processo de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram implementados vários mecanismos visando garantir atenção à saúde de forma integral. O estudo se propõe a apresentar o esboço do funcionamento do componente da Auditoria no SUS presente nos municípios e seus desdobramentos, fomentando a discussão da auditoria como um instrumento de fortalecimento para a gestão do sistema. Durante o percurso metodológico foram utilizadas técnicas para a abordagem de pesquisa qualitativa, descritiva e no qual foram observadas as inferências voltadas para as dimensões de estrutura, processo e resultados do objeto em estudo. O Componente Estadual de Auditoria possui uma coordenação técnica no qual cumpre sua competência de verificar as

¹ E-mail: clebiana_@hotmail.com

² E-mail: erleneroberta@uol.com.br

³ E-mail: eliane.medeiros.leal@gmail.com

⁴ E-mail: renancarlos_eaf@hotmail.com

⁵ E-mail: erleneroberta@uol.com.br

aplicações dos recursos estaduais. O Componente Municipal de Auditoria se apresenta apenas em alguns municípios, representando esta que repercute na gestão do SUS, enfraquecendo as ações de controles específicos necessários no processo de governança, favorecendo a ineficiência. Foi possível observar que o mapeamento do Componente de Auditoria dos municípios no estado se encontra fragilizado, estando em processo de modesta implementação, gerando uma alta demanda ao Componente estadual.

Palavras-chaves: Auditoria no SUS. Planejamento em Saúde. Municipalização da Saúde.

ABSTRACT

In the qualification process of the Unified Health System (SUS) various mechanisms were implemented to ensure health care in full. The study aims to present the outline of the audit component operation in SUS present in cities and its consequences, encouraging the discussion of the audit as a tool for strengthening the management of the system. During the course methodological techniques were used for the qualitative approach, descriptive and transverse, in which were observed inferences facing the structural dimensions, process and results in the study object. The State Audit Component has a technical coordination which fulfills its responsibility to verify the application of state resources. The Municipal Audit Component presents itself only in some municipalities, a representation that has repercussions on SUS management, weakening the actions of specific controls required in the governance process, favoring inefficiency. It was possible to observe that the mapping of the Audit Component of the municipalities in the state is fragile, being in the process of modest implementation, generating a high demand to the State Component.

Key words: Auditing in the SUS. Health Planning. Municipalization of Health.

RESÚMEN

En el proceso de calificación del Sistema Único de Salud (SUS) se implementaron diversos mecanismos para garantizar la atención de la salud en su totalidad. El estudio tiene como objetivo presentar el esquema de la operación del componente de auditoría en el SUS presente en las ciudades y sus consecuencias, alentando la discusión de la auditoría como una herramienta para fortalecer la gestión del sistema. Durante el curso se utilizaron técnicas metodológicas para el abordaje cualitativo, descriptivo y transversal, en las cuales se observaron inferencias frente a las dimensiones estructurales, proceso y resultados en el objeto de estudio. El Componente de Auditoría del Estado tiene una coordinación técnica que cumple con su responsabilidad de verificar

la aplicación de los recursos del estado. El Componente de Auditoría Municipal se presenta solo en algunos municipios, una representación que tiene repercusiones en la gestión del SUS, debilita las acciones de controles específicos requeridos en el proceso de gobierno, favoreciendo la ineficiencia. Se pudo observar que el mapeo del Componente de Auditoría de los municipios del estado es frágil, estando en proceso de modesta implementación, generando una gran demanda al Componente Estatal.

Palabras-clave: Auditoría en el SUS. Planificación de salud. Municipalización de la salud.

INTRODUÇÃO

No processo de qualificação da atenção à saúde, com a prerrogativa de que fosse ofertada ao cidadão de forma integral, equânime e com qualidade, foram empenhadas pelas instâncias gestoras várias ferramentas e mecanismos que a garantissem. Dentre esses mecanismos destacamos a auditoria, que anteriormente ocupava-se na revisão das demonstrações financeiras com o intuito de identificar possíveis inconformidades nos sistemas internos, sejam de instituições públicas ou privadas^{1, 2}.

Na área da saúde sua utilização está voltada para a verificação dos recursos: se estes estão sendo empregados com adequação¹, não apenas na verificação financeira como também para avaliar panoramas estratégicos com foco em resultados, tornando-se uma ferramenta na qual previne risco, ineficiência e perda financeira².

Remetendo a ação de controlar, gera uma maior probabilidade de evitar eventos de fraudes e desperdício financeiro, atuando como ferramenta de apoio à gestão ao proporcionar aos formuladores da política recursos para a tomada de decisão³.

Podendo ser de natureza permanente, eventual e especial, a qual conflui a uma ferramenta gerencial utilizada para avaliar a qualidade da assistência de

enfermagem e os custos dessas atividades, no qual o foco principal é o contábil⁴, intervindo diretamente nos gastos e glosas desnecessárias evitando os desperdícios, devido a sua finalidade de propor a normatização dos registros hospitalares. Também é definida como avaliação sistêmica dos registros de prontuários e acompanhamento *in loco* do paciente, comparando com as contas hospitalares².

Já que a auditoria consiste num instrumento de controle interno que contribui para o fortalecimento da gestão na medida em que avalia os processos e resultados das ações e serviços oferecidos ao cidadão, deve ser inserida como ferramenta de consolidação do controle social em cooperação técnica entre conselhos de saúde e gestores⁵.

Difere-se de avaliação em saúde por fornecer uma opinião na qual está fundamentada em normas e princípios de adequação que decorre de uma auditoria contínua, caracterizada por fornecer resultados após a ocorrência de eventos controlados³.

A auditoria e SUS representa um exame sistemático que afere por meio de fatos observados à luz das normas e leis vigentes, mas também permite a otimização na utilização dos recursos e eliminação das não conformidades, evitando ações de injustiça e imperícia na atuação de qualquer pessoa física ou jurídica que gerencie recursos públicos, por meio da veracidade de suas constatações e ressalvas, as quais permitem aos serviços melhoria em seus processos por meio das correções sugeridas⁶.

A instituição da auditoria no SUS ocorreu a partir de uma trajetória de recursos escassos e atividades fraudulentas. Com a Constituição de 1988 o Estado assumiu uma nova concepção de saúde, tornando-se responsável pela execução das ações de seguridade social com vistas à garantia do bem estar ao cidadão^{7,8}.

Com a nova configuração política conquistada, a assistência passou a seguir os moldes da medicina curativa e lucrativa pela contratação de serviços privados. O sistema de saúde estatal se comportou de forma dicotômica, passando a existir na época práticas fraudulentas que demandaram as primeiras iniciativas de fiscalização e prestação de contas^{9, 10}.

Mediante isso, o Estado define na Lei n° 8.080/90¹¹ as responsabilidades sanitárias dos entes federativos, a função gestora de realizar as atividades de controle sobre procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, caracterizando assim o aumento do controle, fiscalização e monitoramento dos processos e normas¹².

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) no âmbito do SUS foi então instituído pelo Decreto N° 1.651¹³, de 28 de setembro de 1995, com a finalidade de controlar a execução, verificar a conformidade com padrões estabelecidos para sua operacionalização, com o intuito de avaliar a estrutura dos processos aplicados e os resultados alcançados, aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade e realizar a auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial¹³.

Inserida na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) permite que a auditoria seja utilizada como instrumento de gestão no intuito de melhorar a alocação e utilização dos recursos, bem como garantir o acesso e a qualidade da atenção à Saúde oferecida ao cidadão¹⁴.

Cabe ao DENASUS planejar e realizar auditoria de caráter interno, acompanhar as demandas externas por órgãos de controle como Controladoria Geral da União, Tribunal de Contas da União, Ministério Público, Polícia

Federal, Poder Legislativo, além da solicitação dos cidadãos e denúncias ou reclamações na Ouvidoria Geral do SUS¹⁵.

No Estado de Pernambuco, foi instituída pela comissão Corregedora Bipartite através do Decreto nº 20.393 o Sistema Estadual de Auditoria de Saúde de Pernambuco (SEA-SUS/PE) subordinado ao secretário estadual de saúde¹⁶.

Cada nível deve atuar em cooperação técnica e organizada, devendo suas atividades ter como foco auditar o administrativo, recursos humanos e materiais, as atividades orçamentária e contábil, financiamento dos programas de governo, cuja execução pressupõe a disponibilidade de equipe multidisciplinar devidamente capacitada para a eficiência e eficácia dos trabalhos^{7, 16}.

O estudo não pretende uma avaliação de qualidade das atividades de auditoria e sim apresentar o esboço do estadiamento do componente nacional de auditoria nos municípios do Estado de Pernambuco, no período de 2014 a 2015, tendo como referencial o modelo sistêmico por se tornar útil na aquisição dos dados demonstrando a presença e ausência de atributos para o bom resultado das atividades^{17, 18}.

Para tal apresentação, é preciso entender estrutura como as características estáveis como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, os quais envolvem disponibilidade de equipamentos, capacitação dos indivíduos, organização do serviço e Processo, além as atividades desenvolvidas, os aspectos éticos e as relações utilizadas o fazer dos profissionais na condução das atividades para o alcance dos resultados^{17, 18}.

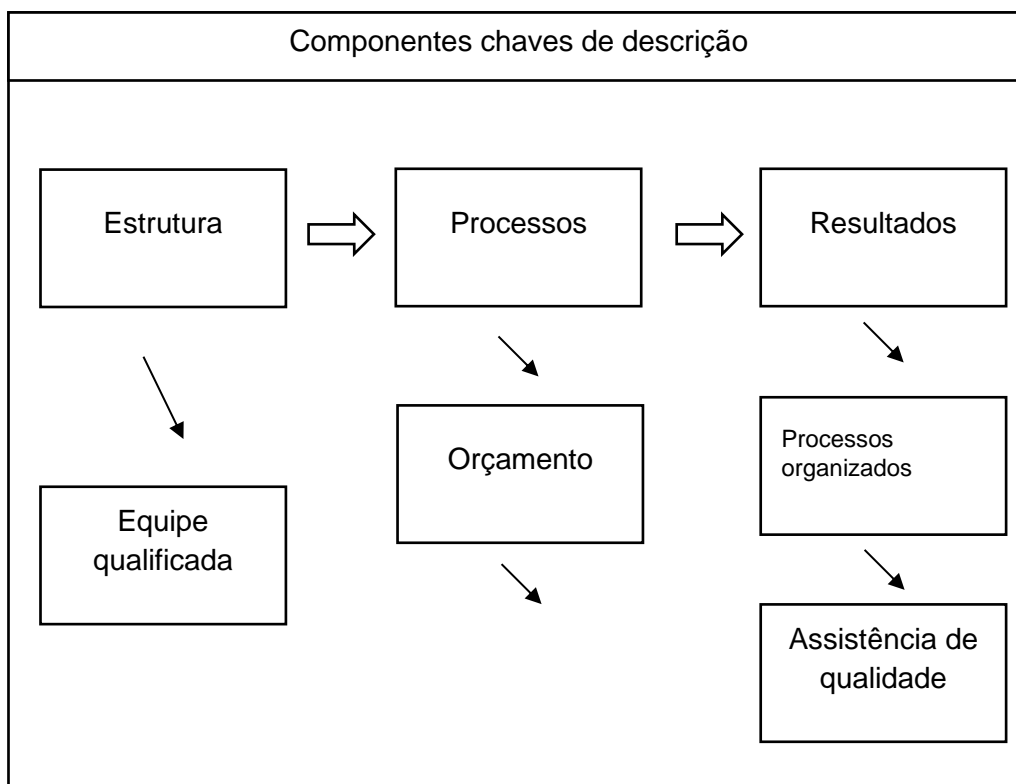
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi realizado no Estado de Pernambuco, localizado no centro-leste da região Nordeste. Optou-se pelo estudo qualitativo, descritivo e transversal, por ser o mais adequado nas pesquisas sociais e permitir compreender a história das relações.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a análise documental em documentos públicos e instrumentos de gestão municipal, relatórios de auditorias encerradas e o sistema de auditoria SISAUD, ferramenta informatizada voltada para a integração das informações relativas às atividades de auditoria no SUS.

O instrumento de coleta de dados foi previamente estruturado para a interpretação do estadiamento. Foi construída a matriz descritiva do estadiamento, na qual foram analisadas as dimensões de estrutura, processo e resultados do objeto em estudo.

Na dimensão de estrutura, foram analisados a presença nos componentes de algum registro em portaria de instituição, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários para o bom funcionamento. Na dimensão de processo, foram analisadas as atividades pertinentes ao planejamento, classificação e processo de busca aos diversos tipos de auditoria. Na dimensão de resultado buscou-se avaliar os resultados obtidos pela finalização do processo de auditoria por meio de seus relatórios publicados.

Figura 1 – Representação da Matriz

Fonte: Donabedian¹⁸.

A análise das informações abrangeu a classificação e registro por palavras-chave na Matriz descritiva do estadiamento, elaborada com a finalidade de organizar as ideias partindo dos conceitos do modelo sistêmico conceitual proposto por Donabedian, para avaliação da qualidade da assistência à saúde¹⁸, pela técnica de análise do Conteúdo, que permite tornar replicável e válida as inferências sobre os dados de um determinado contexto, no qual os textos foram desmembrados em categorias, agrupados e codificados de acordo com as inferências da matriz.

O estudo obedeceu aos critérios éticos da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que considera o respeito pela dignidade humana. Não necessitou de submissão ao comitê de Ética em pesquisa, por não envolver seres humanos e se utilizar de dados secundários e documentos públicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A auditoria no estado de Pernambuco possui uma coordenação técnica que funciona ligada à diretoria de monitoramento e gestão do SUS, na Secretaria Executiva de Regulação, reestruturada pelo Decreto estadual nº. 32.823 de 09 de dezembro de 2008, que cumpre a competência de verificar as aplicações dos recursos estaduais¹⁶.

Como primeiro resultado é importante destacar a presença do componente municipal de auditoria. Desta forma podemos observar a presença do Componente Municipal de auditoria em apenas 5,97% do total de 184 municípios e o distrito de Fernando de Noronha, estando os demais municípios em dissonância ao preconizado que atribui a responsabilidade pelo controle, avaliação e auditoria dos prestadores de serviços de saúde situados em seu território.

Cabe ao gestor municipal o dever de comprovar a estruturação SNA como requisito para a gestão plena do sistema municipal, além de observar seus objetivos por meio de decretos, regulamentos e critérios avaliativos, reajustados e fortalecidos com a implementação do Decreto 7.508¹⁹ que apresenta o Contrato de Ação Pública (COAP) como instrumento de gestão estratégica compromissada, transparente e ética da gestão pública¹⁹.

Com isso, deveria estar fortalecida a tarefa da auditoria de avaliar a estrutura dos processos aplicados e os resultados alcançados, aferir sua

adequação aos critérios e parâmetros exigidos como forma de garantia da eficiência, eficácia e efetividade dos procedimentos praticados nas ações do SUS nos municípios¹³.

A figura 2 apresenta o mapa do estado. Em destaque estão os municípios que apresentaram registros em seus respectivos instrumentos de gestão de atividades de auditoria. A proporção circular destaca os municípios que apresentaram meta de custeio e incentivo financeiro do próprio município para o seu fortalecimento enquanto estrutura de trabalho.

Figura 2 - Distribuição geográfica dos componentes municipais de auditoria, Pernambuco, 2014 a 2015



Fonte: SISAUD e PPA municipais (2014 a 2017). Elaboração própria.

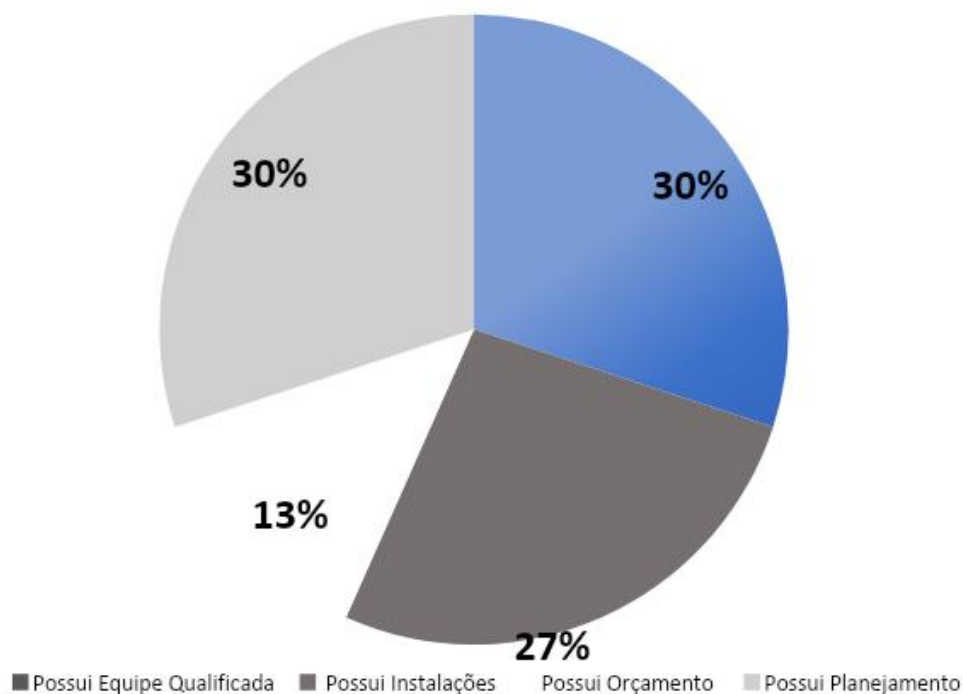
É importante ressaltar que alguns municípios do estado apresentaram cadastro no SISAUD, no entanto não foi visualizada a publicação em seus instrumentos de gestão no momento da consulta, representando dissonância entre os achados na consulta ao SISAUD e os documentos públicos publicados.

Isso demonstra atividade de auditoria incipiente nos municípios do estado, estando em discordância ao preconizado na lei 8.080/90¹¹ e no Decreto

1.651/95¹³, ou seja, a realização de atividades de regulação e controle, sendo a atribuição municipal verificar a efetividade das ações dos serviços públicos e privados de acordo com o previsto no plano municipal de saúde¹⁶.

O gráfico 1 representa a situação do SNA nos municípios verificada em registros nos instrumentos de gestão: 30% do total citam equipe qualificada, outros 30%, planejamento de atividades, 27%, uso de instalações e 13%, orçamento para aquisição de equipamentos.

Gráfico 1 – Distribuição estrutural do componente municipal, Pernambuco, 2014 a 2015



Fonte: Instrumentos de Gestão municipal (2014 e 2015). Elaboração própria.

A fragilidade do componente corrobora com estudos que afirmam as dificuldades enfrentadas pelos municípios, as quais perpassam em qualificar profissionais entraves políticos que impedem sua independência, ausência de um

financiamento que fortaleçam suas atividades^{15,20}, assim como de uma equipe multiprofissional habilitada tanto nas ações de assistência, quanto nas de controladoria para a execução de qualquer atividade com bons resultados^{20,21}.

A sua ausência nos municípios quebra a lógica de fortalecimento da gestão do SUS no que se refere aos controles internos administrativos e do processo de governança, economicidade, eficiência, eficácia, efetividade e equidade do acesso, além de deixar de agregar valor aos processos de trabalho, pois deixa de incentivar o cumprimento das metas previstas na execução dos programas²¹.

Como segundo resultado, podemos destacar a contrapartida do Componente Estadual de auditoria, que atua conforme o decreto 1.651/95¹³ desempenhando suas ações planejadas. Além de cumprir sua demanda, necessita acobertar a demanda municipal, o que não consegue atender devido às lacunas deixadas pela atuação incipiente nos municípios.

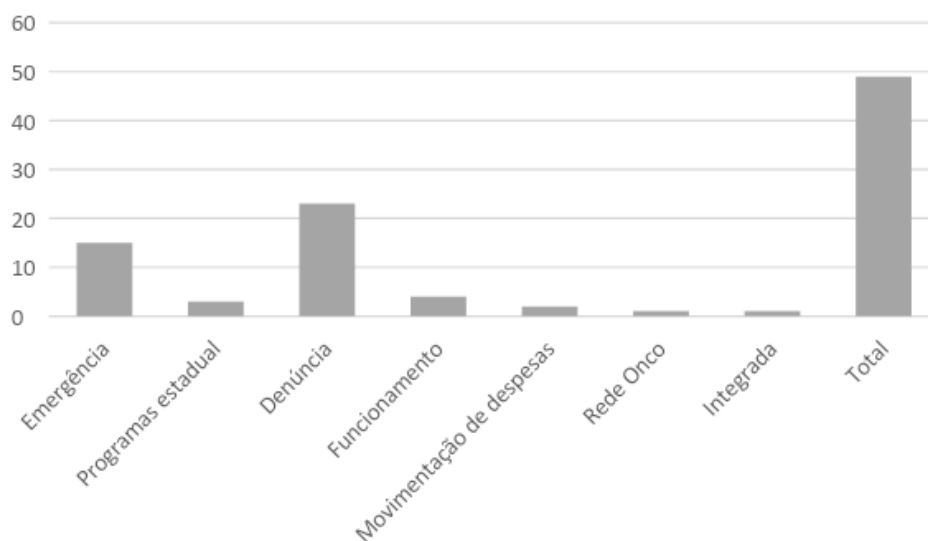
Atuando em consonância com as suas responsabilidades, o componente estadual consegue publicar seus relatórios nos prazos previstos no SISAUD. Suas atividades são realizadas de forma direta, fortalecendo a não adesão nos municípios às atividades de auditoria para atuação integrada e em cooperação técnica na capacitação e apoio aos componentes municipais, como também realizar auditorias nos municípios que não os tem implantados^{23,24}

Com isso, acaba também fragilizando sua estrutura e o alcance dos resultados das ações estaduais por necessitar assumir as responsabilidades nos municípios que necessitam das atividades, utilizando seus recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para o seu desenvolvimento¹⁷.

Por fim, o Gráfico 2 vem destacar os principais focos das auditorias encerradas e programadas pelo componente estadual. 15 auditorias foram do tipo programada e tiveram como foco auditar a adequação na rede de execução dos

recursos repassados a ações de Urgência e Emergência. Chama a atenção o elevado número de denúncias, já que 23 auditorias são realizadas por este motivo.

Gráfico 2 - Distribuição do foco das auditorias, Pernambuco, 2014 a 2015



Fonte: SISAUD (2016). Elaboração própria.

Com esse resultado, percebe-se o elevado número de auditorias demandadas por denúncias ao SNA por meio de carta SUS, ministério público e ouvidoria, reforçando assim a fragilidade da auditoria como ferramenta de controle social. O componente estadual concentra suas atividades nas ações planejadas, internamente caracterizadas pelo elevado número de auditorias na rede, apenas complementando suas atividades acompanhando as demandas externas²⁵.

Estudos anteriores demonstraram que as constatações geradas pelas auditorias internas representam um alinhador na qualidade do acesso e prestação dos serviços de saúde, se forem utilizados como instrumento direcionador dos pontos que devem ser observados e melhorados de acordo com a necessidade de cada instituição ²⁵.

CONCLUSÕES

O estudo demonstra a auditoria como um instrumento dinâmico para ações de controle institucionais e deve ser constantemente aprimorada, principalmente em sua instância municipal. Esta também executa de forma planejada ações de regulação, com o objetivo de promover a equidade do acesso, o fortalecimento do SUS e o cumprimento do dever constitucional de prestar contas à sociedade acerca dos recursos e bens públicos.

Estabelece, ainda, um trabalho extremamente complexo pela gama de informação que o auditor cuidadosamente coleta e interpreta subsidiado pela legislação em foco, equivale ao de orientar o fortalecimento do SUS por meio dos seus resultados, ao provocar mudanças na tentativa de evitar as inconformidades, permitindo o aprimoramento do processo de gestão ao visualizarem os riscos.

O componente municipal ainda necessita potencializar o seu modesto processo de implantação e implementação, sendo necessário o aprofundamento de estudos de verificação desses estadiamentos, no que tange aos entraves da sua execução, do grau e da situação de financiamento. É importante destacar que são escassos na literatura trabalhos que a analisam em sua interface com a qualidade, e o que tal junção representa.

REFERÊNCIAS

1. Grateron IR. Auditoria de gestão: utilização de indicadores de gestão no setor público. Caderno de Estudos, SP [Internet] 1999 [Acesso 2018 Fev 04]; 21:1-8 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cest/n21/n21a02.pdf>.
2. Silva WL, Almeida Júnior JR. Auditoria contínua de dados como instrumento de automação do controle empresarial. Journal of Information Systems and Technology Management, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 437-460, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jistm/v11n2/1807-1775-jistem-11-2-0437.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.
3. Costa JI, Santos J, Travassos SKM. Análise de conformidade nos gastos públicos dos entes federativos: aplicação da lei de newcomb-benford para o primeiro e segundo dígitos dos gastos em dois estados brasileiros. Revista Contabilidade & Finanças, São Paulo, v. 23, n. 60, p. 187-198, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcf/v23n60/a04v23n60.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.
4. Costa MS *et al.* Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 4, p. 497-499, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a24.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.
5. Almeida CW. Auditoria Operacional: conceito, proposta e crítica. Revista do TCU, Brasília, v. 123, p. 42-59, jan./abr. 2012. Disponível em: <http://revista.tcu.gov.br/ojsp/index.php/RTCU/issue/view/7/showToc>. Acesso em: 04 fev. 2018.
6. Brasil MS. Manual de Normas de Auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_auditoria.pdf. Acesso em: 04 fev. 2018.
7. Overdyk FJ *et al.* Remote video auditing with real-time feedback in an academic surgical suite improves safety and efficiency metrics: a cluster randomised study. BMJ Quality & Safety, London, v. 25, n. 12, p. 947-953, 2015.

8. Wilson IG, Smye M, Wallace IJC. Meta-audit of laboratory ISO accreditation inspections: measuring the old emperor's clothes. *Microbiology Open*, Oxford, v. 5, n. 1, p. 95–105, 2016.
9. Fleury, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.
10. Brasil. Constituição Federal de 1988. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 04 fev. 2018.
11. Brasil. 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. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 04 fev. 2018.
12. Escorel S., Teixeira LA. História das Políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
13. Brasil. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Planalto, 1995. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm. Acesso em: 04 fev. 2018.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/livro.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.
15. Brasil. Ministério da Saúde. PARTICIPAUS: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007.pdf. Acesso em: 04 fev. 2018.

16. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Componente estadual de auditoria de Pernambuco (CEA/PE). Recife: SES, 2014. Disponível em: <http://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/1994/mod_resource/content/4/caderno_de_auditoria_em_pe_panorama.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.
17. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 4, p.691-729, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2018.
18. Donabedian A. *et al.* Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Medical Care*, Philadelphia, v. 20, n. 10, p. 975–992, 1982.
19. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Planalto, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 04 fev. 2018.
20. Santos FC. *et al.* Participação do fisioterapeuta na equipe multiprofissional de auditoria em saúde. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*, São Paulo, v. 13, n. 51, p. 95-102, abr./jun. 2011.
21. Moimaz SA. *et al.* Auditoria em Saúde: justificativas de glosas no setor odontológico. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 112-116, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/133424>>. Acesso em: 04 fev. 2018.
22. Brasil. Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d1105.htm>. Acesso em: 04 fev. 2018.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sna_sistema_unico_saude_sus.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.

24. Cardoso AC, Acioli RM, Lucena JM. Caracterização das auditorias realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco em 2013. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*, São Paulo, v. 16, n. 65, p. 123-131, out./dez. 2014.

25. Lima EC, Angelo ML, Demarchi TM. Auditoria de qualidade: melhoria dos processos em um hospital público. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*, São Paulo, v. 15, n. 58, p. 13-18, jan./mar. 2013.

A formação do psicólogo no âmbito da residência multiprofissional: o potencial e os desafios nos três níveis de assistência do SUS

The training of the psychologist in the scope of multiprofessional residency: the potential and the challenges in the three levels of assistance of the SUS

La formación del psicólogo en el ámbito de la residencia multiprofesional: el potencial y los desafíos en los tres niveles de asistencia del SUS

Ana Elizabeth Sousa Reis¹

Ewerton Helder Bentes De Castro²

Fabiane Aguiar Silva³

RESUMO

Trata-se de um artigo que visa refletir a atuação do psicólogo residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Para tal, apresenta-se o potencial e os desafios da formação do psicólogo nos três níveis de assistência do SUS. Considera-se que a psicologia se configura como um importante campo profissional, ao oferecer suporte aos pacientes, familiares e equipes de saúde envolvidas no processo do cuidado. Para a elaboração deste artigo, foram utilizados os registros feitos em caderneta de campo durante o período da residência e relatórios apresentados a partir de cada vivência prática, além do levantamento bibliográfico para o aporte

¹ Psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HUGV/UFAM.

² Doutor em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (USP) - 2009. Mestre em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Amazonas-1999. Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde

³ Psicóloga do Hospital Universitário Getúlio Vargas. Mestre em Processos Psicossociais da Universidade Federal do Amazonas- UFAM, e especialista em Desenvolvimento Humano pela Universidade de Araraquara

teórico, a fim de fundamentar e contribuir com a discussão dos resultados. Esta experiência se deu no período de dois anos, permitindo a vivência em diversos cenários de atuação profissional relacionada à saúde. Foi desenvolvida em momentos distintos, contemplando os cenários de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade de ações e serviços voltados à assistência à saúde. Destacam-se nos resultados a diversificação dos settings terapêuticos construídos pelo profissional de psicologia, principalmente na atenção básica, além da importância da inserção do psicólogo em uma equipe multidisciplinar e a instrumentalização do olhar psicológico no modelo biopsicossocial. O trabalho conseguiu ressaltar a importância da formação transversal do profissional psicólogo via residência multiprofissional, o enfoque no modelo biopsicossocial e as habilidades para atuação interdisciplinar.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Psicologia, Interdisciplinaridade, SUS.

ABSTRACT

This article aims to reflect the formation of the resident psychologist of the Multiprofessional Health Residency Program (RMS) of the Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) of the Federal University of Amazonas (UFAM). To this end, the potential and challenges of the psychologist's training in the three levels of care of SUS are presented. It is considered that psychology is an important professional field, supporting the patients, families and health teams involved in the process of the care. For the elaboration of this article, the records made in the field book during the period of residence and reports presented from each practical experience were used, in addition to the bibliographical survey for the theoretical contribution, in order to base and contribute to the discussion results. This experience occurred in the period of two years, allowing the experience in several scenarios of professional performance related to health. It was developed at different moments, contemplating the scenarios of Basic, Medium and High Complexity of actions and services aimed at health care. The results highlight the diversification of the therapeutic settings constructed by the psychology professional, especially in basic care, as well as the importance of the insertion of the psychologist in a multidisciplinary team and the instrumentalization of the psychological view in the biopsychosocial model. The work was able to highlight the importance of the training cross-section of the professional psychologist through multiprofessional residency, the focus on the biopsychosocial model and the abilities for interdisciplinary action.

Key words: Multiprofessional Residency in Health, Psychology, Interdisciplinarity, SUS.

RESUMEN

Se trata de un artículo que pretende reflejar la actuación del psicólogo residente del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud (RMS) del Hospital Universitario Getúlio Vargas (HUGV) de la Universidad Federal del Amazonas (UFAM). Para ello se presenta el potencial y los desafíos de la formación del psicólogo en los tres niveles de asistencia del SUS. Se considera que la psicología se configura como un importante campo profesional, al brindar apoyo a los pacientes, familiares y equipos de salud involucrados en el proceso del cuidado. Para la elaboración de este artículo, se utilizaron los registros hechos en cuaderno de campo durante el período de la residencia e informes presentados a partir de cada vivencia práctica, además del levantamiento bibliográfico para el aporte teórico, a fin de fundamentar y contribuir con la discusión de los resultados. Esta experiencia se dio en el período de dos años, permitiendo la vivencia en diversos escenarios de actuación profesional relacionada a la salud. Se desarrolló en momentos distintos, contemplando los escenarios de Atención Básica, Media y Alta Complejidad de acciones y servicios orientados a la asistencia a la salud. Se destacan en los resultados la diversificación de los ajustes terapéuticos construidos por el profesional de psicología, principalmente en la atención básica, además de la importancia de la inserción del psicólogo en un equipo multidisciplinario y la instrumentalización de la mirada psicológica en el modelo biopsicosocial. El trabajo logró resaltar la importancia de la formación transversal del profesional psicólogo vía residencia multiprofesional, el enfoque en el modelo biopsicosocial y las habilidades para actuación interdisciplinaria.

Palabras clave: Residencia Multiprofesional en Salud, Psicología, Interdisciplinaria, SUS.

1 INTRODUÇÃO

As residências multiprofissionais em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, segundo a resolução CNS nº 287/1998. Desta forma, baseiam sua prática cotidiana na construção do trabalho coletivo, estimulam o processo de tomada de decisões e

a produção do cuidado que devem se efetivar a partir da convergência entre as diferentes concepções e experiências disciplinares.

A proposta do Programa de Residências Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) é similar à de outros Programas de nível nacional, que consiste em direcionar seu trabalho em uma perspectiva cuidadora, através de uma relação interprofissional voltada para assegurar o direito do usuário e pautada no vínculo, respeito, escuta, diálogo, e responsabilização, tendo como base a análise da realidade em que vive o usuário¹.

A proposta do Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem como base as características peculiares do SUS, preconizadas na Lei 8080/90, e a necessidade de capacitar profissionais com habilidades que abarquem a complexidade do processo saúde-doença, atendendo assim, a articulação intersetorial entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, valorizando vivências e experiências profissionais. Nesse sentido, é imprescindível um processo de educação que integre ensino e treinamento em serviço. Esse modo permanente e contínuo de educação previsto na Política de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde deve salientar atitudes e valores que estimulem a integralidade na assistência e no cuidado². Desta feita, a RMS deve atender ao modelo de a gestão e organização dos serviços do SUS que assistem à saúde em níveis de complexidade: atenção básica, média e alta Complexidade.

O objetivo da atenção básica consiste em desenvolver um cuidado integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas como determinantes e condicionantes de saúde das coletividades³. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos,

vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

A média complexidade objetiva atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados bem como a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento⁴.

Brasil⁴ destaca que a alta complexidade objetiva propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Neste nível de complexidade o Conselho Nacional de Saúde preconiza que os serviços oferecidos contemplem a assistência ao paciente portador de doença renal crônica, oncologia, cirurgias e diversos procedimentos intervencionais que envolvem tecnologias específicas.

Fundado em 1965, o Hospital Universitário Getúlio Vargas, durante décadas vem desenvolvendo Programas de Residência Médica em suas diversas especialidades. No ano de 2010 teve início o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com Programas com a inserção de diversos profissionais entre eles o psicólogo, solicitado a atuar especialmente na Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas, financiada e normatizada nacionalmente pelo Ministério da Educação². No contexto amazônico, o HUGV é o hospital de referência para tratamento e investigação de doenças neurológicas e outras, nos níveis de média e alta complexidade tendo em seu quadro médico profissionais das áreas médicas especializadas entre outros profissionais.

A especialização do HUGV oferece aos profissionais de Psicologia uma aprendizagem em serviço, ou seja, durante o exercício da função. Trata-se de um programa voltado para atenção à saúde funcional na reabilitação de doenças

neurológicas em adultos, desenvolvido nos três níveis de assistência do SUS composta por vivências na promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Este artigo objetiva discutir dois aspectos partindo da pergunta: como se desenvolveu a formação em psicologia na residência multiprofissional, a partir dos potenciais e desafios da formação nos três níveis de assistência do SUS?

É importante analisar a formação e construir outras propostas para potencializar o exercício ético do profissional nesses contextos, visando contribuir com a produção acadêmico-científica e técnica da saúde pública no Amazonas.

2 METODOLOGIA

O artigo apresenta uma reflexão acerca da atuação da psicóloga, a partir de sua inserção na Residência Multiprofissional em Saúde do HUGV da UFAM durante dois anos, que permitiu a atuação profissional nos três níveis de atenção à saúde. Para tanto, foi realizado o registro diário das atividades, além da produção de relatórios e o levantamento bibliográfico para fundamentar e contribuir com a discussão dos resultados.

A experiência de dois anos de residência é apresentada a partir do potencial na aprendizagem da residente e os desafios encontrados durante as vivências em cada nível. A RMS do HUGV possibilitou apreender a atuação profissional nos três níveis de assistência sob os objetivos específicos para cada nível de atenção.

Concomitante à experiência prática, ocorreram aulas em disciplinas coletivas que envolveram todos os residentes e disciplinas específicas para a área

da psicologia. Ao todo foram 16 disciplinas sendo 12 coletivas e quatro específicas da psicologia.

As vivências nos três níveis de complexidade foram apresentadas em um quadro classificatório da experiência da residente em psicologia. As experiências mais representativas foram transformadas em categorias e discutidas de acordo com a percepção da residente em relação às aprendizagens construídas nesse período, viabilizada pelo formato de educação profissional da residência.

O quadro abaixo descreve de forma resumida todo o aproveitamento profissional e teórico que foram necessários para a formação durante os dois anos, para melhor compreensão o quadro foi dividido em colunas a partir dos níveis de atenção do SUS. A primeira coluna informa o “Nível de Atenção/Local” que contém onde o trabalho foi desenvolvido, abaixo o “Objetivo”, que descreve os propósitos para a residente vivenciar a atenção básica, média e alta complexidade; seguindo para “Atividade Executada” que destaca as principais ações desenvolvidas em diferentes cenários, a quinta linha descreve o “Aporte Teórico” que nortearam tais ações; na linha “Capacidades Desenvolvidas” descreve-se aptidões que antes a residente não tinha ou usava com pouca frequência, seguido por “Produção técnica” são produtos, materiais criados ou elaborados a fim de evidenciar os serviços psicológicos; e por último a linha “Desafios” que demonstram as situações vivenciadas em cada cenário de atuação em diferentes contextos.

Nível de atenção	Atenção Básica	Média Complexidade	Alta Complexidade
Local	Núcleo de Apoio à saúde da Família	Ambulatório de reabilitação	Hospital Universitário
Objetivo	-Desenvolver capacidade crítica e propositiva frente às demandas, construindo junto aos usuários as informações necessárias quanto à oferta de serviços e estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias.	-Desenvolver habilidades que contribuam para prevenção e a recuperação de futuras lesões, como habilidades de resolução de problemas e tomada de decisões, autocontrole, formação de vínculos sociais e visualização mental, frente às demandas, visando à redução de impactos emocionais da lesão.	-Desenvolver a prática psicológica hospitalar, visando o levantamento das demandas psicológicas realizando assistência psicoterapêutica.
Atividade Executada	-Apoio aos ACS -Intervenção grupal/ individual -Intervenção Familiar Intervenção Multiprofissional. -Prática Interdisciplinar -Prevenção de situação de risco -Visitas domiciliares -Palestras	-Dinâmicas em grupo. -Palestras -Reunião multiprofissional -Entrevista -Aplicação de testes psicológicos -Reunião Familiar -Grupo operativo	-Atendimento a beira leito -Entrevista inicial -Psicoeducação -Avaliação de determinantes sociais de saúde

Aporte Teórico	<ul style="list-style-type: none"> -Psicologia da Família -Psicologia Comunitária -Políticas de Saúde mental -Clínica da Atenção Psicossocial -Clínica Ampliada -Integralidade da Atenção -Políticas Públicas de Saúde -Intervenção breve -Saúde Coletiva -Vulnerabilidade social -Determinantes sociais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> -Psicologia da Saúde -Educação em saúde -Terapias psicodinâmicas -Reabilitação -Intervenção psicológica para doenças Crônicas degenerativas -Avaliação neurológica -Grupo operativo 	<ul style="list-style-type: none"> -Psicologia Hospitalar -Psicopatologia -Intervenção psicológica para doenças -Crônicas degenerativas -Luto/Morte -Determinantes sociais de saúde -Humanização -Cuidados paliativos -Terapia cognitivo-comportamental -Intersetorialidade
Capacidades Desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidade crítica e propositiva -Pró-atividade -Domínio de políticas públicas de saúde -<i>Setting terapêutico</i> diversificado 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidade crítica e propositiva -Escuta qualificada -Articulação psicoterapêutica -Pensamento sistêmico -Domínio de políticas públicas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade crítica e propositiva -Desenvolvimento de habilidades na atuação interdisciplinar -Desenvolvimento de manejo clínico junto aos pacientes e seus familiares -Domínio de políticas públicas de saúde --Identificação e abordagem de riscos -Saber agir na diversidade -Articulação com outros profissionais.
Produção técnica	<ul style="list-style-type: none"> -Levantamento de perfil psicossocial -Relatório Técnico 	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliações psicológicas -Relatório Técnico -Estudo de caso 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliações psicológicas -Preparação de alta programada -Relatório Técnico

Desafios	-Ausência de local apropriado para o trabalho em grupo -Organização dos serviços -Planejamento e fluxo	-Planejamento, fluxo e rotatividade de profissionais.	-Compartilhamento de conhecimentos acerca de Doenças neurológicas entre as profissões.
-----------------	--	---	--

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2017)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os potenciais e desafios das vivências do residente foram transformados em dados e suscitaram reflexões que serão explanados a partir das seguintes categorias. O desafio que mais se ressaltou foi o *setting* terapêutico diversificado, quanto aos potenciais que mais se destacaram para discussão foram: o enfoque no modelo biopsicossocial e as habilidades para atuação interdisciplinar.

3.1 *Setting* terapêutico diversificado: a relação teórico-prática

Na Atenção Básica as experiências estiveram voltadas para atividades desenvolvidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona leste da capital, que se deu a partir da inserção da psicóloga na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cujo enfoque fora voltado para a promoção, proteção e recuperação da saúde de famílias. A equipe era acionada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou enfermeiros que acompanhavam as famílias assistidas pela área de abrangência correspondente à UBS. As principais demandas voltadas para o psicólogo neste cenário estavam relacionadas a questões socioeconômicas que favoreciam o surgimento do sofrimento psíquico

e doenças, onde o psicólogo necessita realizar o atendimento domiciliar. Este atendimento consiste em uma intervenção breve no qual o profissional observa *in loco*, por meio dos relatos, se houve mudança de hábito, de comportamentos individuais ou coletivos, para orientar e possibilitar a ampliação da qualidade de vida.

Assim, percebe-se que: “A atuação desse profissional pode estar voltada tanto para atividades com grupos específicos, visitas domiciliares e orientação das equipes quanto para questões técnicas, atendimento individual, avaliação da demanda, estudos de caso e incentivo para facilitar a comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde”⁵.

A prática nos grupos estava separada por especificidades, entre eles: hipertensão, gravidez, diabetes e terceira idade, onde a realização se dava em qualquer área em torno da UBS ou ambientes disponíveis na comunidade, podendo ocorrer ao ar livre ou local cedidos. Baseado nesta vivência o espaço se configurou em um novo ambiente em que o profissional se despe do estereótipo tradicional de “psicólogo clínico”, que atua especificamente no ambiente fechado conhecido como *setting terapêutico*, que pode ser compreendido como “a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico”⁶, cuja postura profissional se atém a técnicas e procedimentos como o tempo de duração e o valor de cada sessão.

A prática vivenciada na UBS caracteriza-se como uma prática comunitária, sendo necessária a adaptação do *setting terapêutico*, no sentido de diversificá-lo. Compreendendo a necessidade de atuar nos mais variados lugares, o psicólogo produz o *setting* junto ao seu paciente para que os objetivos de tal nível da assistência sejam alcançados. Assim, a produção do *setting* permite que o psicólogo consiga atuar na promoção de saúde e prevenção de situações de risco, eixos fundamentais preconizados desde a Lei 8.080/90. Corroborando com

esta vivência, Ceccim² destaca o psicólogo da saúde como o profissional que realiza intervenções com o objetivo de prevenir doenças a fim de auxiliar no manejo ou no enfrentamento das mesmas, buscando compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças, bem como seus comportamentos associados, pressuposto denominado como clínica ampliada.

A diversificação do *setting* pode ser evidenciada e fundamentada na clínica ampliada como uma ferramenta de trabalho. O conceito de clínica ampliada contribui com práticas em que o psicólogo deve compreender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida do indivíduo acometido pela doença, permitindo o desenvolvimento de uma prática mais abrangente e inovadora com o *setting terapêutico*. Assim, Ministério da Saúde^{7,8} explana que tratar o indivíduo de maneira integral, valorizando as singularidades de cada um, diferencia a clínica ampliada, que busca uma prática interdisciplinar, sempre que necessário, fazendo articulação e parcerias com outras práticas de saúde a fim de complementar o enfoque dado e alcançar as soluções necessárias para o atendimento ao paciente ou comunidade.

Destarte, o *setting terapêutico* diversificado vivenciado na atenção básica, proporcionou desenvolver uma melhor relação entre a aprendizagem teórica e a habilidade prática, refletindo na qualidade da assistência do psicólogo, que não se desvincula do olhar integral, amplo, contextualizado, o qual é necessário para compreender o indivíduo na sua totalidade assim como as suas particularidades.

3.2 A atenção integral instrumentalizada pelo modelo biopsicossocial: uma aprendizagem significativa

Diversos foram os cenários de atuação profissional que possibilitaram aprendizagem significativa. Dentre eles destaca-se a vivência a partir da inserção no Programa de Atividades Motoras para Deficientes “PROAMDE”, trata-se de um Programa da UFAM que tem como objetivo desenvolver a reabilitação de pessoas com lesão medular, focando na autonomia de suas atividades. Por se tratar de um Programa realizado pela universidade que oferta a Residência Multiprofissional de Saúde, fora destinado para o atendimento multiprofissional, um espaço dentro do ambulatório Araújo Lima do HUGV.

Neste espaço o psicólogo precisa desenvolver habilidades que reduzam os impactos emocionais dos pacientes, pois, ao saber da gravidade do seu quadro, um quadro novo se instaura: o paciente fica abalado, com medo, triste ou desesperado. Isto ocorre na maior parte dos casos, porque as enfermidades crônicas produzem uma série de conflitos emocionais, ansiedade e angústia⁹. Pontua-se aqui um aspecto positivo que este ambiente propiciou a instrumentalização de um olhar a partir do modelo biopsicossocial, que observa fatores biológicos, psicológicos e sociais, levando em consideração a causa e o processo da doença sobre o indivíduo bem como o seu sofrimento.

É desta feita, importante retratar também que é necessário a contribuição das reuniões multidisciplinares, realizados semanalmente para planejamento e organização afim de promover a qualidade no serviço assistencial. Para Schraiber *et al.*¹⁰, diante das múltiplas dimensões que as necessidades de saúde expressam – social, psicológica, biológica e cultural – e do intenso processo de especialização do conhecimento e das intervenções

acerca desse objeto complexo, nenhum agente isolado tem a capacidade de realizar a totalidade das ações demandadas.

Considera-se que o trabalho em equipe multiprofissional representa um dos pontos centrais na reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, sustentada por projetos assistenciais mais integrais e resolutivos que promovam mudanças nos processos de trabalho, nas formas de atuar sobre o processo saúde-doença através de uma maior interação entre as ações desses profissionais¹¹. Assim, a dimensão subjetiva de cada paciente e a forma peculiar de cada um lidar com sua doença e saúde, tornou-se aspectos relevantes durante as discussões com a equipe.

Procurar apenas um fator causal produz imagem incompleta da saúde e da doença de uma pessoa, no entanto, através da perspectiva biopsicossocial compreendemos que forças biológicas, psicológicas e socioculturais agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença; ou seja, a saúde assim como a doença devem ser explicadas em relação a contextos múltiplos. A saúde deixa de ser uma prática fragmentada, conforme constituída pelo modelo médico e assim difundida por outros saberes.

3.3 Habilidades para atuação interdisciplinar

Na assistência da Alta Complexidade as experiências estiveram voltadas para atividades desenvolvidas no Hospital Universitário Getúlio Vargas.

As atividades foram iniciadas nas clínicas ortopédica, cirúrgica, neurológica e médica com intervenções realizadas à beira leito, estruturadas em sua rotina com intervenções que incluem triagem, anamnese, entrevista inicial, psicoeducação, avaliação de determinantes sociais de saúde e escuta terapêutica

com o paciente/familiar. Destaca-se aqui, a importância da triagem psicológica cujo objetivo é realizar uma compreensão inicial do sofrimento apresentado pela pessoa que procura alguma forma de alívio, possibilitando a elaboração de hipóteses diagnósticas e a sugestão de caminhos investigativos para a escolha do encaminhamento mais apropriado. Enquanto espaço fundamental de escuta e acolhida a triagem é “a tarefa de procurar um significado para as perturbações trazidas pelo paciente e de ajudá-lo a descobrir recursos que o aliviam”¹².

Neste sentido, o espaço de saúde se configura em um ambiente multidisciplinar, no entanto, requer atuação interdisciplinar em todos os níveis de atenção. Assim, a interdisciplinaridade se faz necessária na área da saúde, por permitir que a fragmentação entre áreas do conhecimento seja superada, de modo a aproximar a compreensão dos profissionais, sobre os cuidados em torno do paciente, a partir de uma perspectiva de totalidade; algo praticado durante as discussões de caso nas reuniões multiprofissionais.

No âmbito hospitalar, o psicólogo está construindo sua identidade. Além de ser um campo relativamente novo, prestar assistência no ambulatório clínico, nas unidades de emergência ou pronto-socorro, unidades de internação ou enfermarias e unidades e centros de terapia intensiva - UTI e CT¹³, tem se constituído em um ambiente de aprendizagem incipiente, em que o profissional constantemente busca atualizar-se para que seja possível desenvolver um novo pensar em saúde, bem como novas ações.

Deste modo, pode-se compreender a atuação interdisciplinar como um desafio ao psicólogo que o convida a fazer uma primeira leitura macro, para depois em um recorte peculiar de sua área de atuação, fazer uma leitura que complemente com o seu saber, o olhar sobre o indivíduo e o conjunto de elementos subjacentes que perpassam a vida do mesmo. Ou seja, a atuação interdisciplinar implica em um conjunto de recortes, assim Gomes e Deslandes¹⁴,

afirmam que não pode ser visto como a soma das partes, pois não substitui o todo.

Para a psicologia, a interdisciplinaridade tem contribuído para compreensão do processo saúde/doença, especialmente por viabilizar ações que configurem a saúde como um ambiente que promove cidadania e liberdade, considerando o indivíduo doente a partir de seu contexto social, cultural e histórico o que permite um trabalho unificado¹⁵.

Segundo Gusdorf *apud* Japiassu¹⁶, a interdisciplinaridade baseia-se na interação entre os saberes através do diálogo, ultrapassando a justaposição dos conhecimentos e tecendo um olhar mais amplo sobre o fenômeno.

Neste sentido, compreende-se que a atuação interdisciplinar requer além do conjunto de recortes de diversos saberes, uma postura diferenciada frente ao indivíduo e o processo saúde/doença. Corroborando com esta compreensão Vilela¹⁷ pontua que, a interdisciplinaridade “pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano”. Além disso, a interdisciplinaridade permite o desenvolvimento de capacidades profissionais tais como flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, humanização (sensibilidade em relação às demais pessoas), aceitação de riscos, agir na diversidade, aceitar novos olhares¹⁷, bem como capacidade crítica de respeito mútuo, pró-atividade, articulação com outros profissionais incluindo a intersetorialidade.

Deste modo, os espaços de atuação vivenciados na RMS auxiliaram no processo de construção de capacidades profissionais desenvolvidas a partir da relação teoria e prática e ampliação da visão de mundo de si e da realidade, ultrapassando a visão unilateral e fragmentada sobre o indivíduo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde é um espaço de ensino-aprendizagem com muitos desafios que permitiram crescimento técnico-profissional e principalmente teórico. As reflexões feitas coletivamente apontaram para a necessidade de se pensar em estratégias para que a RMS alcance a qualidade de formação desejada, em relação a supervisão com tutores e preceptores que tenham uma visão da prática interdisciplinar ainda priorização de atividades e espaços para refletir com os residentes as dificuldades cotidianas.

Na RMS o profissional de psicologia participa de todas as etapas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, com o desenvolvimento de ações norteadas pelo aporte teórico específico para cada área e cenário de atuação.

A experiência ímpar obtida a partir da inserção nos três níveis de complexidade possibilitou um rico saber-fazer profissional, não encontrado em livros de psicologia, ou artigos científicos que versam sobre Residência Multiprofissional em Saúde. Apesar dos entraves encontrados no dia a dia, a riqueza vivenciada nas diferentes unidades de saúde, oportunizou conhecer os diferentes campos de atuação da psicologia, contribuindo para uma visão e prática para além da clínica, bem como possibilitou compreender a prática de cada área profissional que também atua na saúde, como o educador físico, o fisioterapeuta, assistente social, enfermeiro entre outros, conjugando uma visão integrada das distintas áreas.

Por outro lado, destacam-se ainda outros desafios como a necessidade de um planejamento das atividades a serem desenvolvidas pela equipe de forma que materialize práticas interdisciplinares, o fortalecimento da comunicação e

elo entre os residentes e professores da universidade. E ainda, a necessidade de suporte terapêutico ao profissional para melhor lidar com o sofrimento do outro.

Destaca-se a importância da formação do psicólogo em residência multiprofissional na saúde pública, visto que este atua de forma humanizada, como protagonista e intérprete na solução dos problemas da saúde contemporânea, intervindo em um processo de construção de um novo pensar e fazer em saúde, continuamente definidos pela abordagem integral inerente à psicologia.

O presente trabalho evidenciou a importância da formação transversal do profissional psicólogo via residência multiprofissional a partir da discussão do potencial da proposta de formação e os desafios do profissional inserido em tal modalidade de atuação no âmbito da saúde pública sob as prerrogativas do SUS. Faz-se importante a ampliação da produção acadêmico-científica e técnica na saúde pública do Amazonas que discuta as práticas profissionais e os novos olhares em saúde coletiva que possam desenvolver uma assistência à saúde cada vez mais integral. Na RMS o psicólogo pode desenvolver uma perspectiva do sujeito para além da patologia, na potencialização do sujeito via o processo do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Filgueiras MS. Residências em Psicologia: novos contextos e desafios para a formação em saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
2. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: comunicação, saúde, educação, 2005;16:161-167.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
5. Poubel PF. Psicologia na Saúde Pública. ECOS – estudos contemporâneos da subjetividade. 2014; 2:192-200.
6. Zimerman DE. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do trabalho e da educação na saúde, departamento de gestão da educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
9. Santos CT, Sebastiani RW. Acompanhamento psicológico a pessoa portadora de doença crônica. In: Angemoni-Camon (org). E a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira, 1996.
10. Schraiber LB. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva. 1999; 2:221-242.
11. Costa RK, Enders BC, Menezes RMP. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 4:530-536.
12. Marques N. Entrevista de triagem: espaço de acolhimento, escuta e ajuda terapêutica. In: Macedo MMK, Carrasco LK. (Orgs.). (Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 161-180.
13. Almeida RA, Malagris LENA. Prática da psicologia da saúde. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. 2011; 14: 183-202.

14. Gomes R, Deslandes S. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 1994; 2:103-114.
15. Cerqueira AT. Interdisciplinaridade e psicologia na área da saúde. *Temas em Psicologia*. 1994; 3.
16. Gusdorf G. Prefácio. In: *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. (Japiassu, H.). Rio de Janeiro: Imago. 1976.
17. Vilela M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino-amEnfermagem*. 2003; 11:525-31

A saúde da mulher, proteção do convívio familiar e parto prematuro: uma leitura discursiva do relatório da PEC 181 na Câmara dos Deputados Federais

Women's health, protection of family convival and contemporary premature birth: a discursive reading of the pec report 181 in the federal chamber

Salud de la mujer, protección de la vida familiar y parto prematuro: una lectura discursiva del informe PEC 181 en la Cámara de Diputados Federales

Josanne Cristina Ribeiro Ferreira Façannha¹

Artenira da Silva e Silva²

Lidiane Karlla Franco Cutrim³

RESUMO

A proteção de direitos de grupos vulneráveis, tais como mulheres e crianças é elementar na construção de uma sociedade equitativa e fraterna. Este artigo busca, a partir dos discursos produzidos na comissão especial encarregada de votar a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 181 de 2015, analisar a importância atribuída à proteção da saúde da mulher e da criança inseridas em contexto de parto prematuro. Neste sentido, busca-se a partir do método interpretativo da análise de discurso, significam os argumentos desenvolvidos pelo relator da comissão no que toca à saúde da mulher e a proteção do convívio familiar no contexto do parto pré-termo. Utiliza-se, para tanto, a corrente teórico-metodológica da análise de discurso de matriz francesa de Michel Pêcheux, a partir da qual será realizada, através da materialidade verbal explícita no voto do relator, desvelar a ideologia implícita em seu discurso, caracterizando a relação de poder entre o sujeito autor e a necessidade de proteção da saúde da mulher e do convívio familiar quando mãe e recém-nascidos são afetados pelo parto prematuro.

¹ E-mail: jocrf_2009@hotmail.com

² E-mail: artendirassilva@hotmail.com

³ E-mail: lidiane.k.f.cutrim@hotmail.com

Palavras-chave: Análise de discurso. PEC 181/2015. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Vulnerable groups rights protection , such as women and children, is elementary for actually promoting an equitable and fraternal society. This paper analyzes the importance attached to the protection of the women and children, considering the voting of the Constitutional Amendment (PEC) 181 of 2015. Therefore it uses the interpretative method of speech analysis, to signify the arguments developed by the reporter of the commission, when presenting the right of women to protect their family unit in the context of premature birth. The speech analysis undergone in this study was based on the French matrix of Michel Pêcheux. The carried out analysis considered the explicit verbal materiality in the studied vote of the commission reporter, revealing the implicit ideology in the analysed discourse, also characterizing the powerful relationship between the Subject Author and the need of protection of women´s health and their family life, when mother and newborn are affected by premature birth.

Key words: Discourse Analysis. Pec 181/2015. Women´s health.

RESUMEN

La protección de los derechos de los grupos vulnerables, como las mujeres y los niños, es fundamental en la construcción de una sociedad equitativa y fraterna. Este artículo busca, a partir de los discursos producidos en la comisión especial encargada de votar la Propuesta de Reforma a la Constitución (PEC) 181 de 2015, analizar la importancia atribuida a la protección de la salud de las mujeres y los niños insertos en el contexto del parto prematuro. En ese sentido, con base en el método interpretativo del análisis del discurso, se buscan los argumentos desarrollados por el relator de la comisión en relación a la salud de la mujer y la protección de la vida familiar en el contexto del parto prematuro. Para ello se utiliza la corriente teórico-metodológica del análisis del discurso francés de Michel Pêcheux, a partir de la cual se llevará a cabo, a través de la materialidad verbal explícita en el voto del relator, develar la ideología implícita en su discurso, caracterizando la relación de poder entre el tema autor y la necesidad de proteger la salud y la vida familiar de la mujer cuando la madre y el recién nacido se ven afectados por el parto prematuro.

Palabras clave: Análisis del discurso. PEC 181/2015. La salud de la mujer.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), no Brasil, 7,2% dos nascidos vivos foram pré-termo em 2010^a. Considera-se pré-termo os nascimentos que ocorrem antes das 37 semanas de gestação. De acordo Demitto, et. al.¹, as complicações relacionadas com a prematuridade são a primeira causa de mortes neonatais e infantis.

Deste modo, em 2015, o Projeto de emenda à Constituição 181², originário no Senado Federal, propõe a alteração na redação do art. 7º, XVIII. Busca-se estender a licença maternidade nos casos em que o parto tenha sido prematuro, situação que se impõe para tratar com equidade mulheres e crianças inseridas nesse contexto, a fim de assegurar a convivência entre mãe e filho, reconhecendo a importância do estabelecimento e devida sedimentação da vinculação inicial afetiva entre ambos.

Este trabalho aborda a necessidade de proteção à saúde emocional da parturiente e do direito ao convívio familiar entre mãe e filho durante o período da licença maternidade. A partir da insuficiência do período estabelecido na redação original do texto constitucional para que as parturientes e os recém-nascidos inseridos em contexto do parto prematuro possam estabelecer uma convivência saudável e promotora à saúde de ambos, o constituinte derivado (reformador) através da PEC 181 de 2015², originária do Senado Federal, busca corrigir o texto da norma a fim equipará-los às mães e filhos que levaram a termo sua gestação.

Sobressaem no âmbito da PEC 181/2015², inúmeros aspectos polêmicos que poderiam ser propostos a partir da revisão^b do texto original, contudo a proposta do presente artigo é analisar o que se considera ser a ideia central da própria PEC, qual seja, a real necessidade de proteção da saúde da

mulher e do recém-nascido prematuro e do convívio familiar entre ambos. Cumpre ressaltar que proteção da saúde e da convivência parental do recém-nascido estará sendo considerada na presente análise no bojo do direito da mulher, reafirmando-se que o intento da pesquisa é avaliar a importância conferida à saúde da mulher atingida pelo drama do parto prematuro, bem como à tutela do convívio familiar explicitado pelo relator da comissão especial na Câmara dos Deputados Federais.

Para alcançar a proposta intentada, o presente trabalho está estruturado em três centros de discussão: o primeiro, trata da necessidade de proteção à saúde psicológica da mulher em situação de parto prematuro, destacando a necessidade de proteção da convivência familiar e por fim evidenciam-se as consequências emocionais sofridas pela parturiente inserida nesse contexto. Ou seja, será discutida a necessidade de tratar de forma equitativa mães em situação de parto prematuro, considerando-se a especificidade da situação em relação ao parto em tempo regular.

O segundo ponto de discussão analisa, a partir da corrente teórico-metodológica de Michel Pêcheux, o discurso produzido no parecer do relator da comissão especial encarregada por votar a Proposta de emenda à constituição nº 181 no âmbito da Câmara dos Deputados Federais. Neste aspecto busca-se inferir desta análise o grau de importância conferido pelo relator à proteção da saúde da mulher, bem como a proteção do convívio familiar diante do parto prematuro, desvelando-se nas materialidades verbais do documento analisado as ideologias implícitas na fala (voto) do relator e a compreensão deste sujeito sobre a condição das mulheres, que a priori, na mesma medida do neonato prematuro, são os principais interessados na referida PEC.

No terceiro e último tópico aprofundam-se as discussões em torno da condição da mulher no Brasil e os seus reflexos sobre o sujeito relator e o seu

voto destacando-se este deputado, enquanto assujeitado à ideologia construída pela sua história de vida, um dado passível de ser explicitado nas intencionalidades reproduzidas no parecer analisado.

2 A SAÚDE DA MULHER E O CONVÍVIO ENTRE MÃE E FILHO: O SOFRIMENTO DA PARTURIENTE EM CONTEXTO DE PARTO PREMATURO

Inicialmente, ressalta-se que os direitos sexuais e reprodutivos constituem direitos humanos, reconhecidos nacional e internacionalmente, sendo os reprodutivos, para Marques e Pereira³, a oposição a qualquer controle coercitivo da natalidade e qualquer imposição natalista que resulte na proibição da utilização de métodos contraceptivos, e os sexuais relacionados ao potencial do indivíduo em expressar sua sexualidade com liberdade, bem como a garantia do acesso à educação sexual durante toda a vida.

O aumento da participação feminina no mercado de trabalho, desde as últimas décadas do século passado até nossos dias, tem sido reflexo de conquistas sociais voltadas a garantir a autonomia e liberdade da mulher. Diante da sua inserção no mercado de trabalho, foram introduzidas normas de proteção ao trabalho da mulher, seja em nível constitucional ou legal. Dentre estas normas destacamos o direito à licença maternidade. O constituinte de 88, no artigo 7º, XVIII^c garantiu às mulheres o direito à licença maternidade de 120 dias.

Esses direitos nasceram juntamente com a saúde reprodutiva e buscam interagir com os direitos sociais, principalmente no que confere à saúde, à educação, à informação, com os direitos individuais de não interferência e não discriminação. A saúde sexual e reprodutiva ocupa um lugar importante na construção da igualdade de gênero e na construção da autonomia de adolescentes

e jovens, sendo fundamental para a formação de pessoas saudáveis e responsáveis^{4,5}.

Nery e Tyrrell⁶ enfatizaram que a mulher é prioridade nas Políticas Públicas de Saúde, enquanto ser reprodutivo. Porém, vale ressaltar que no Brasil, com a criação do PAISM, evocou-se o conceito de integralidade na assistência à saúde da mulher, que envolvia a oferta de ações globalmente dirigidas.

Por outro lado, quando são considerados os registros de nascimentos, o Brasil é um dos países com mais elevada taxa de nascimentos prematuros no mundo. Este dado desperta preocupação, haja vista que as complicações relacionadas com a prematuridade são a primeira causa de mortes neonatais e infantis em países de renda média e alta (2), incluindo o Brasil⁷.

Como reflexos do cenário do puerpério pré-termo, pode-se observar o elevado grau de ansiedade e a desestrutura emocional nas mães de neonatos prematuros, o que aspira preocupação com a saúde dessas mulheres, sobretudo no que diz respeito a seu aspecto emocional⁸.

A PEC 181, de autoria do senador Aécio Neves, como uma medida de superação da isonomia formal no que toca às mulheres em licença maternidade, cujo parto tenha sido prematuro, busca estender o prazo da licença maternidade nestes casos, haja vista a necessidade da internação dos recém-nascidos prematuros por maiores lapsos temporais.

Considera-se como ideias centrais desta PEC, a proteção e restabelecimento da saúde emocional da mãe e do bebê prematuro e a valorização e amadurecimento de laços entre mãe e filho, já que o convívio de ambos resta prejudicado durante o período em que a criança permanece internada sob cuidados praticamente exclusivos dos profissionais de saúde.

Quando a criança nasce prematuramente é necessário que seja realizada a sua internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, momento

marcado por cuidados praticamente exclusivos de profissionais. Alguns fatores como o período de internação, procedimentos realizados e cuidados recebidos, são relevantes para avaliar o seu desenvolvimento⁹.

Costa, Mombelli e Marcon⁸ apontaram que: “O estado afetivo da mãe expresso pelos sentimentos de temor, ansiedade, desespero, insegurança, medo, tristeza entre outros, está diretamente ligado à situação da hospitalização do filho e que o afloramento desses sentimentos constitui resposta emocional às solicitações de adaptação”. Pode-se inferir que o nascimento prematuro é capaz de afetar consideravelmente a saúde emocional das mães de neonatos prematuros frente à internação do filho após o parto.

Veronez, et. al¹⁰ considera que o estabelecimento do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê pode ser comprometido pelos reflexos da prematuridade, de modo particular sobre a saúde mental da mãe, o que pode acarretar comprometimento do vínculo entre ambos, devendo sempre ser facilitada a aproximação dos pais com seu filho a fim de contribuir com a formação e sedimentação dos laços de afeto entre ambos.

Brum e Schermann¹¹, ao estudar intervenções para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em contexto de nascimento prematuro, afirmam que: “[...] neste contexto de nascimento pré-termo, onde encontramos tanto uma maior incidência da prematuridade quanto um aumento da sobrevivência destes bebês, inúmeros estudos sobre intervenções precoces com bebês de risco têm sido realizados, os quais buscam melhorar os efeitos negativos do nascimento pré-termo na parentalidade, na interação mãe-criança e, portanto, no desenvolvimento infantil. Destaca-se que, a partir dessa concepção, que os períodos neonatal e o pós-natal (do nascimento até 1 ano), têm sido considerados sensíveis para o desenvolvimento infantil e para a realização de intervenções, as quais produzem ganhos que se mantêm a curto, médio e longo prazo”.

Destes estudos, pode-se concluir que o nascimento pré-termo pode impactar negativamente a saúde psicológica da parturiente, notadamente pela sensação de impotência, bem como pela aproximação tardia com o recém-nascido. Assim, é fundamental equiparar mães e neonatos pré-termo a fim de assegurar-lhes estabilidade emocional e fortalecer os laços afetivos entre ambos a partir da relação de cuidado em ambiente familiar. Estes aspectos são de relevância para avaliar a necessidade de equiparação da trabalhadora afetada pelo parto pré-termo, da trabalhadora que teve parto a termo.

3 O VOTO DO RELATOR DA PEC 181/2015 NA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Pêcheux, buscou pensar discursivamente a materialidade inserta na linguagem. O autor considera que todo objeto de leitura e a própria língua são em princípio opacos, encontrando significação em razão da ideologia de quem deles faz uso. Assim, será considerada neste estudo a “unidade de análise”^d impressa na linguagem do relator a fim de caracterizar as suas intencionalidades¹².

Para Guasso¹³: “A ideia que Pêcheux trabalha, quando propõe a Análise de Discurso(s), é a de desconstruir sentidos aparentemente estabilizados/neutralizados. Para tanto, o autor coloca-se frente a uma série de conflitos e de procedimentos próprios ao campo da linguagem em funcionamento, em (dis)curso, considerando, nesse viés, o sujeito e a ideologia como elementos fundamentais para a produção de (des)conhecimento. Contudo, não propõe resolver todos os problemas da/na língua, mas sugere caminhos de leitura/análise possíveis”.

O relatório e voto produzidos pelo relator da Comissão Especial encarregada de emitir parecer sobre a PEC 181/2015, trazem, naturalmente, a ideologia^e do autor, explicitando um processo pelo qual determinadas direções de sentido ganham evidência dentro das relações sociais. O autor da Comissão Especial destaca, desde as linhas iniciais de seu relatório, que a PEC 181², tem por objeto principal a proteção da vida do nascituro que nasce a pré-termo, in líteris: “Para esse efeito, em primeiro lugar, lembramos que a Proposta garante a proteção da vida ao feto ou nascituro que nasceu antes do momento esperado, necessitando de amparo especial até que possa ser cuidado pela mãe em condições de normalidade em sua residência.[...] Impõe-se, portanto, na perspectiva deste Relator, que a apreciação da PEC 58/2011 seja antecedida pelo aprofundamento das discussões em torno de três eixos temáticos, quais sejam: 1º) Dignidade da pessoa humana e o direito à vida; 2º) Estado de Direito; 3º) Ativismo Judicial. Para tanto, propomos a realização de três painéis principais, correlativos aos temas indicados”. (grifo nosso)

Cumpramos frisar que a localização do artigo o qual se propõe a alteração, está situado entre os incisos do artigo sétimo da Constituição Federal de 1988, onde se tutela os direitos sociais dos trabalhadores, pelo constituinte originário. Isto permite compreender, a partir deste ponto de leitura^f, que a interpretação dada pelo relator (proteção da vida) traz um deslocamento do bem tutelado pelo constituinte originário, retirando-se de análise central a mulher e sua condição no mercado de trabalho para dar lugar à proteção da vida da criança prematura.

Estudos relacionados aos impactos do nascimento pré-termo sobre as mães descortinam um cenário de angústia, ansiedade e depressão^{14,8,10}. Em que pesem sejam amplos os estudos em torno da prematuridade no Brasil, o relatório sob análise não avalia os reflexos de um parto prematuro sobre a saúde mental da mulher trabalhadora em situação de parto prematuro, invisibilizando-os.

Ao avaliar os impactos da prematuridade sobre a psicodinâmica familiar das mães acompanhantes de bebês prematuros, Meira¹⁵ afirma que: “A complexidade das mudanças provocadas pela chegada de um bebê não se restringe apenas às variáveis psicológicas e bioquímicas, os fatores sócio-econômicos também são fundamentais. Numa sociedade em que, principalmente nas áreas urbanas, a mulher costumeiramente trabalha fora, também é responsável pelo orçamento familiar e cultiva interesses diversos, o fato de ter um filho acarreta conseqüências bastante significativas”.

A PEC 181, vem atender uma demanda já antiga das mulheres, através da qual o constituinte derivado preocupa-se em equiparar a mãe e neonato prematuros às mães e neonatos a termo, favorecendo o fortalecimento de vínculo entre ambos e conseqüentemente minorando todo o sofrimento experimentado durante o período em que a criança esteve internada.

Dentre os 40 parágrafos do relatório em apenas 4 o autor se refere à mulher, porém não trata de sua condição no mercado e trabalho, tampouco trata sobre os traumas de um parto pré-termo. Também não discute, por exemplo, estender o período da licença paternidade nos casos de prematuridade, considerando o compartilhamento de obrigações parentais e de apoio efetivo necessário à mulher mãe.

O material analisado se constrói com base em audiências realizadas no âmbito da comissão, a partir de plano de trabalho sugeridos pela relatoria em três painéis que discutiam: o direito à vida, o ativismo judicial e o aborto. Fica claro que desde o início não houve interesse em compreender os efeitos da prematuridade sobre as mulheres trabalhadoras, seja no que se refere ao retorno às atividades laborais sem de fato poder conviver em condições de normalidade com o filho, seja no que tange aos impactos disto sobre sua saúde mental. Contudo, a análise de discurso busca o que está opaco, o que está latente em

relação ao conteúdo de linguagem manifesto e materializado, o que será aprofundado a seguir:

4 A CONDIÇÃO CULTURAL DAS MULHERES NO DISCURSO DO RELATOR: A (RE) PRODUÇÃO DE UM DISCURSO DOMINADOR A PARTIR DE UMA ANÁLISE CONFORME PROPOSTO EM PÊCHEUX

O aporte teórico-metodológico próprio da análise de discurso permite afirmar que as formações discursivas se constroem historicamente, através de relações sociais de poder e de força, estruturadas por questões ideológicas.

A partir da leitura do relatório e voto do presidente da comissão percebe-se que a proteção da mulher no mercado de trabalho e de sua saúde mental, no contexto do puerpério prematuro, possuem menor ou nenhuma relevância em relação à proteção da vida do recém-nascido. O relator da PEC 181 na Câmara dos Deputados Federais é membro da “bancada da Bíblia”^g e com isto revela-se o seu apelo pelo interesse de demandas voltadas a fazer prevalecer os interesses de grupos religiosos. Em estudos sobre a referida frente parlamentar tem se destacado constantemente a tonalidade reacionária e moralista, isto nos permite inferir o assujeitamento do autor às ideologias de um grupo social estruturado em bases patriarcais onde há pouco ou nenhum interesse pelas demandas sociais de autonomia e liberdade das mulheres, conforme se verifica nas palavras de Prandi e Santos¹⁶: “O engajamento dos evangélicos na esfera política limita-se a ser, como vimos, acima de tudo, reacionário. Sem muitos acordos para além daquilo que rejeitam no plano moral, eles se juntam principalmente para reagir a alguma proposta que consideram afrontosa, mais do que para propor alguma política moralmente edificante. Não só reacionários, portanto, mas também moralistas, posto que a união desses congressistas ocorre

predominantemente em torno de pautas morais, e não em torno da elaboração de políticas públicas de cunho mais estrutural”.

Almeida¹⁷, ao estudar o quanto as demandas de gênero permanecem insatisfeitas e de difícil assimilação pelo sistema jurídico, descreve exatamente aquilo que ora é descortinado no discurso do relator, evidenciando que o mesmo problema vivenciado no Poder Judiciário também é comum no âmbito do Poder Legislativo: “A opressão a que nos referimos quando ponderamos acerca das demandas de gênero é estrutural. Ela não é, embora possa ser, a expressão de um poder cujo exercício violento se faça explícito: a sua base reside nas normas e padrões comportamentais sociais naturalizados que também são reproduzidos nas várias instituições sociais”.

Ao deixar de apreciar a importância da saúde psicológica da mulher, as angústias advindas da maternidade, notadamente asseguradas pelos aspectos da prematuridade, o deputado autor do relatório faz transparecer um ideal materno de irrestrita devoção e altruísmo, figura que vem sendo desconstruída pelos movimentos feministas^h.

Santos¹⁸ assevera que “as relações familiares estão dominadas por uma forma de poder, o patriarcado, que está na origem da discriminação sexual de que são vítimas as mulheres”. O referido autor, aduz ainda que o poder do patriarcado extrapola o ambiente familiar e se reproduz em outras esferas sociais.

Não se nega aqui as diferenças biológicas entre homens e mulheres, pontua-se, contudo que diferenças culturais, sociais, econômicas e políticas entre ambos os gêneros, construídas historicamente, não podem ser consideradas como naturais à mulher. Ao naturalizar estes fatores reforça-se uma discriminação que influencia as relações sociais entre as pessoas e se reproduz nas instituições. Aqui considera-se a discriminação como: “Discriminação é o ato de distinguir ou restringir que tem como efeito a anulação ou limitação do

reconhecimento de direitos fundamentais no campo político, econômico, social ou em qualquer outro domínio da vida. (...). É uma ação deliberada para excluir segmentos sociais do exercício de direitos humanos. É segregar, pôr à margem, pôr de lado, isolar. Pode ser entendido também como desconsideração e desrespeito”¹⁹.

Neste trecho do relatório observa-se o claro preterimento do direito tutelado pelo constituinte originário no artigo sétimo, para introduzir na emenda a proteção do direito à vida, desde a concepção: “Enfatizamos, aliás, que, após o parto, o recém-nascido prematuro já não conta mais com o acolhimento e a proteção do ambiente intrauterino, mas sim, no caso específico, com a novidade de confrontação com o mundo num ambiente em que a agressão se faz necessária pelo impositivo tratamento médico-hospitalar. Portanto, a medida alvitrada merece inteira acolhida. Aliás, cumpre ressaltar que justamente a proteção dispensada ao prematuro, no sentido de assegurar-lhe a convivência com a família após o período de restabelecimento médico-hospitalar, indica uma orientação calcada em nossa tradição cultural e jurídica intimamente ligada à proteção da vida ainda no ventre materno”.

Este deslocamento de objeto tutelado reflete a urgência do relator em fazer valer os interesses de um grupo social que reforça ideais do patriarcadoⁱ no Poder Legislativo. Costa²⁰ propõe que se observe: “a manifestação e institucionalização da dominação masculina sobre as mulheres e crianças na família, e a extensão da dominação masculina sobre as mulheres na sociedade em geral.”

Para reafirmar de modo mais contundente ainda o caráter perverso e potente da violência simbólica^j no caso concreto cumpre destacar o que pontua Bourdieu²¹: “A força da ordem masculina pode ser aferida pelo fato de que ela

não precisa de justificação: a visão androcêntrica se impõe como neutra e não tem necessidade de se enunciar, visando sua legitimação.”

De acordo com Costa²⁰, a lógica patriarcal se faz por uma lógica de dominação física e simbólica naturalizada que circunscreve a mulher ao âmbito da “esfera privada” com o discurso da “dona do lar” e “mãe de família”.

O relator evidencia forte identidade com a “teoria dos papéis” parsoniana, que conforme entende Scavone apud Parsons²²: “atribuía à mulher um papel expressivo dentro da família [...] e ao homem um papel instrumental [...], possibilitando-nos pensar a maternidade como parte deste papel, o que contribuiria para o funcionamento do sistema social.”

Forna²³, ao estudar o modo com a sociedade modela o “papel” das mães e as reprime, identificou que: “A ideologia que acompanha o mito da mãe perfeita só pode conceber uma maneira de ser mãe, um estilo de maternidade exclusiva, aprisionada, mãe em tempo integral. Apesar das mudanças no trabalho e na vida de milhões de mulheres, apesar de falarem na era ‘pós-feminismo’, a atitude em relação às mulheres continua colada na idade das trevas. [...] A visão da maternidade idealizada ainda permeia todos os aspectos da vida, da divisão do trabalho doméstico às leis trabalhistas, às normas legais e políticas, e continua a se infiltrar na cultura popular, em livros, televisão, filmes e jornais”.

Abordar a condição da mulher, especialmente em contexto de maternidade, é uma atividade complexa e por esta razão deve considerar os estudos sobre gênero, relações de poder na sociedade, dentre outras questões fundamentais a fim de compreender a demanda em que a PEC se insere.

De acordo com Scavone²²: “A perspectiva de gênero nos possibilitou abordar a maternidade em suas múltiplas facetas. Ela pôde ser abordada tanto como símbolo de um ideal de realização feminina, como também, símbolo da

opressão das mulheres, ou símbolo de poder das mulheres, e assim por diante, evidenciando as inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo. Além disso, ela pôde ser compreendida como constituinte de um tipo de organização institucional familiar, cujo núcleo central articulador é a família”.

Destaca-se o teor dos quatro parágrafos em que o relator disserta sobre a mulher: “Doutor Paulo observou que o aborto, mesmo nos Estados Unidos, foi introduzido pelo ativismo judicial, lastreado ideologicamente na consideração de que se trata de um direito fundamental (e unilateral) da mulher. [...] Posteriormente, foi a vez da Professora Lília Nunes dos Santos que observou não existir um direito absoluto à liberdade (da mulher) ao ponto de suprimir o direito a vida do nascituro. Aliás, para a palestrante, todo direito fundamental tem um limite, e na ponderação entre princípios – método hermenêutico tão aplicado em nossos tempos –, não há margem para a prevalência de um pela supressão do outro. [...] Nesse sentido, considerou que a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 442 pretendeu tornar absoluta a liberdade de escolha da mulher ao aborto como direito fundamental. [...] Portanto, para a professora, as Propostas de Emenda à Constituição em análise vêm a resguardar os direitos fundamentais à saúde da mulher e da criança em situação de vulnerabilidade, também considerando-se o aborto”.

Neste fragmento, observa-se de forma nítida a concepção de subordinação na qual o relator insere a mulher. A moralidade do autor viola, a partir da lógica patriarcal opaca na construção de seu discurso, a concepção de igualdade entre homens e mulheres, presente no projeto democrático do constituinte originário, materializado no caput do artigo 5º da Constituição Federal.

Esta opacidade revela a ideologia patriarcal na qual se encontra inserido o documento sob análise e se revela como um símbolo^k de opressão às mulheres,

reafirmando outros, construídos histórico, cultural e politicamente como resultados das relações de poder e dominação de um gênero sobre o outro.

Na formulação do seu voto, o relator se firma em trabalhos acadêmicos e na fala de membros da sociedade civil. Contudo, restringe os painéis de debate a cientistas que não trabalham os direitos sociais do trabalho ou a condição da mulher no mercado de trabalho, uma vez que se trata de uma PEC com relação direta a estes assuntos. Nem mesmo o relator considerou a elaboração de painéis para discutir os reflexos da prematuridade na saúde das mães ou dos nascituros, posto que o que se pretende é equipará-los às mães e bebês em situação de regularidade gestacional. O fundamento científico utilizado para dar suporte ao aditivo, por ele proposto, não se observa quando constrói sua fala acerca da necessidade de alterar a redação do texto constitucional, senão vejamos: “De pronto cumpre enaltecer a medida alvitada em torno da extensão da licença maternidade quando o recém-nascido, por alguma intercorrência, necessitar de cuidados médicos especiais, levando ao afastamento do convívio com sua família sob os auspícios de uma enorme frustração. As Propostas, assim, têm em consideração o profundo lapso afetivo e espiritual que a separação provoca na mãe que gestou o bebê em seu ventre, após passar por diversas modificações fisiológicas e emocionais, com grandes expectativas de ter consigo seu ente querido. Imagine-se, portanto, os sentimentos da mãe, sua aflição e preocupações, suas angústias, tendo o seu filho recém-nascido em atendimento hospitalar. Tal ausência, na verdade, e como é óbvio, também é sentida pelo pai e pelo restante da família. Não há sentido, de fato, em esgotar a licença maternidade contando o período em que o bebê se encontrava hospitalizado. Mesmo porque a essência da licença maternidade está centrada na oportunidade que a mãe dispõe para cuidar e nutrir física e emocionalmente seu filho, num período tão importante e crucial de adaptação recíproca”.

Assim, é possível concluir que não se observa o devido esmero do relator em considerar o direito tutelado (trabalho da mulher) pelo constituinte originário e os motivos que dele advém para a alteração da norma constitucional, considerando-se devidamente a condição da mulher no mercado de trabalho e a saúde da mulher. Evidencia-se assim haver pouco ou nenhum interesse em abordar estes temas, omitindo-se do texto analisado discussões relativas a demandas trabalhistas femininas, bem como de outras demandas feministas que fazem interface com o tema da PEC 181/2015.

Cumprе salientar que o relator da PEC votou de forma favorável pela aprovação do texto da reforma trabalhista, a qual permite que a mulher gestante realize de atividades laborais em ambientes insalubres, desconsiderando, contraditoriamente o risco à saúde e à vida do feto nas condições consideradas.

Cleto²⁴, em seu estudo sobre a divisão de tarefas por gênero e o dever de cuidado parental afirma que as relações entre gêneros vêm acompanhadas: “de uma ideologia velada, que promovem a discriminação e a separação de vocações e obrigações – cria-se o indivíduo para que este atue de forma pré-estabelecida por construções sociais, assim como se esperam dele atitudes condizentes com o seu gênero”.

Embora chegue a citar os reflexos do parto prematuro sobre a convivência paterna, o relator não propõe equiparação ao homem trabalhador inserido no contexto da prematuridade, a fim de equipará-lo aos demais, explicitando mais um entendimento comum de patriarcado, sustentado pela divisão do trabalho, retirando a importância do gênero masculino no que se refere ao dever de cuidado com sua prole.

CONCLUSÕES

O artigo, tal como concebido, buscou a partir da análise de discurso em Pêcheux, compreender o contexto de formação do discurso construído no voto do relator da comissão especial encarregada por apreciar a PEC 181/2015. Para Orlandi²⁵, para fins de realização da análise do discurso em Michel Pêcheux considera-se o sujeito como resultado da relação existente entre história e ideologia.

Sob os aspectos do aprofundamento de discussões sobre pontos que fazem interface com a situação a ser tutelada no texto constitucional foi possível observar que o relator, não demonstrou interesse em aprofundar a discussão sobre projeto de emenda apresentado pelo Senado, invisibilizando em seu texto a relevância de demandas trabalhistas de mulheres e de homens quando possuem filhos que nasceram em condições de prematuridade. Além disso o relator se omitiu de ressaltar outras questões pertinentes à discussão, como as relativas a questões de igualdade de gêneros que claramente permeiam o contexto relativo a um parto prematuro.

Apesar de o relator haver elaborado plano de atividades para a formação de comissões, objetivando a instalação de painéis para discutir temas como ativismo judicial, estado de direito, dignidade da pessoa humana e proteção à vida, o autor utiliza a cientificidade para sustentar o aditivo por ele proposto. O relator ignorou por completo as inúmeras produções acadêmicas sobre a condição da mulher no mercado de trabalho, os reflexos da prematuridade sobre a saúde mental da mãe de bebês prematuros e até sobre as intervenções para favorecer o convívio entre mães e filhos prematuros.

O relator dissertou sobre a prematuridade a partir de uma visão superficial e notadamente construída sobre aquilo que ele acredita se passar

dentro do contexto de um nascimento pré-termo, como as interferências desta condição sobre a dinâmica das relações interpessoais relativas à família que se forma. Neste sentido, o relator, propositadamente, abriu mão de estudos científicos voltados à equidade de gênero, à mulher no mercado de trabalho e à saúde da mulher no contexto do puerpério prematuro.

Desta forma, foi possível identificar no documento analisado, de modo sobrelevado, por conteúdos explícitos e ocultos do texto, a defesa da ideologia de dominação da mulher, característica dos interesses de grupos dominados por ideologia patriarcal.

Realizando-se, pois, a análise do discurso do relator, a investigação realizada no presente estudo permitiu a propositura reflexiva relativa à identificação de influências sócio-culturais de valores pessoais introjetados e devidamente sedimentados, projetados pelo sujeito na formação de seu discurso. O voto analisado evidenciou ideias fortemente replicadas em meio a comunidades evangélicas nas quais o relator está inserido, tendo, pois, seu processo de formação discursiva estrito alinhamento com os ideais de dominação da mulher, comum ao conjunto de valores defendidos por estes grupos.

NOTAS DO AUTOR

a. De acordo o estudo com o relatório apresentado pela UNICEF – em 2010, a prevalência relatada pelo SINASC foi de 7,2%, cerca de 38% menor do que a estimativa de 11,7% obtida com a equação de correção.

b. Embora considere-se que as discussões sobre o direito à vida e ativismo judicial tenham ganhado centralidade na referida proposta, estes aspectos não serão destacados no escopo do presente estudo. Compreende-se que a revisão do teto original, caso seja a PEC aprovada em sua redação atual, trará

inúmeros reflexos sobre a saúde psicológica da mulher, que mesmo nos casos já permitidos pela lei e jurisprudência, teriam que levar a termo uma gravidez indesejada, contudo, reafirma-se que a referida discussão não constitui objeto deste artigo.

c. O constituinte originário estabeleceu no artigo 7º que: “São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social:[...] XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias”²⁶.

d. “A unidade de análise não aparece mais como sendo o texto, mas o discurso, o qual corresponde a um conjunto determinado de condições de produção”¹².

e. A ideia de ideologia em Pêcheux traduz um funcionamento simbólico de como o sujeito se insere na história, sendo um processo constitutivo do funcionamento da língua e da linguagem²⁷.

f. Neste sentido, o analista é um intérprete e a interpretação nunca será absoluta e única, pois também produzirá seu sentido. Silva¹³ explica que: a noção de leitura constitui, portanto, um processo no qual a produção de sentido está imbricada não só ao sujeito que produz um discurso e mobiliza os sentidos possíveis sobre determinada questão – o sujeito-autor –, mas também às condições sociais, políticas e históricas que circunstanciam uma tomada de posição frente à leitura – o leitor virtual, projetado, imaginariamente, pelo sujeito-autor –, em um lugar discursivo específico.

g. De acordo com Prandi e Santos: “Trata-se de um grupo suprapartidário, composto por congressistas ligados a diferentes igrejas evangélicas, tanto do ramo histórico ou de missão como do pentecostal e neopentecostal, que atuariam em conjunto para aprovar ou rejeitar a legislação de interesse religioso e pautar diversas discussões no parlamento brasileiro. Seu

nome oficial é Frente Parlamentar Evangélica, mas essa frente é correntemente chamada de bancada evangélica pela mídia, pela literatura científica, pelo Departamento Intersindical.

h. Scavone apud Ferrand e Lagevin²² afirma que uma terceira corrente dos movimentos feministas a maternidade tem seu sentido reinterpretado compreendendo que: “não é o fato biológico da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações de dominação que atribuem um significado social à maternidade”.

i. Ao estudar como a representação da sociedade brasileira, marcada por uma lógica de violência contra a mulher, se assenta num modelo patriarcal Costa²⁰ caracteriza o patriarcado como: “uma categoria sociológica ou antropológica (mas poderíamos também dizer filosófica e política) a partir da qual se concebe um modo específico de organização social, a saber, uma organização em que o homem mais velho tem a autoridade máxima.”

j. “O que denomino de violência simbólica ou dominação simbólica, ou seja, formas de coerção que se baseia em acordos não conscientes entre as estruturas objetivas e as estruturas mentais” (Bourdieu, 2012: 239). Assim, para Bourdieu a violência simbólica é exercida com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem ou a exercem de modo inconsciente.

k. Scavone²² explica que a maternidade pode ser interpretada a partir das diferentes possibilidades como um símbolo de força, um ideal de realização feminina ou um símbolo da opressão ou de poder das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Demitto MO, Gravena AA, Dell’agnolo CM, Antunes MB, Pelloso SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 19];51:e03208. Available from:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WFBnKspHZrZvXs4Y4Fk7G6t/#> doi:
[10.1590/S1980-220X2016127103208](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016127103208).

2. Brasil. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Ficha de tramitação de Projetos, PEC 181/2015. Brasília, 2017 [cited 2013 Fev]. Available from: camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2075449. Voto do relator Dep. Jorge Tadeu Mudalen.

3. Marques DM, Pereira AL. Assistência pautada nos direitos sexuais e reprodutivos: uma condição para promover a saúde da mulher. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 30º de setembro de 2011 [citado 27º de dezembro de 2023];13(3):449-55. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9668>.

4. Brasil. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde, área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília (DF), 2007.

5. Brasil. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF), 2007.

6. Nery IS, Tyrrel MA. *O Aborto Provocado e a Questão de Gênero* 3ª ed.

7. UNICEF–Brasil. Consultoria para realizar pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Consult.

8. Costa JB, Mombelli MA, Marcon SS. Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. *Estud psicol (Campinas)* [Internet]. 2009 [cited 2023 Dez 27];26(3):317–325. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300005>.

9. Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Braz J Psychiatry* [Internet]. 2004 [cited 2018 Jan 29];26(4):251–4. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400009>.

10. Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 19];38(2):e60911. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>
11. Brum EH, Schermann L. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* [Internet]. 2007 [cited 2018 Jan 19]. Available from: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19828>.
12. Pêcheux M. Analyse de contenu et théorie du discours. *Bulletin d'Études et Recherches Psychologiques*, n. 3, p. 211-227, 1967.
13. Silva KF. Sobre a (re)produção de conhecimento: reflexões a partir do (dis)curso de Michel Pêcheux [master's thesis on the Internet]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS); 2017. 96 p. Available from: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/13498>.
14. Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2001;14(1):1–33. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100002>.
15. Meira, BB. Prematuridade: um estudo sobre a psicodinâmica familiar das mães acompanhantes de bebês prematuros [master's thesis on the Internet]. Assis: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2005 [cited 2018 Jan 19]. 234 p. Available from: <https://repositorio.unesp.br/items/9235eaf8-ae8b-40c5-adc7-f746696d1989>.
16. Prandi R, Santos RW dos. Quem tem medo da bancada evangélica? Posições sobre moralidade e política no eleitorado brasileiro, no Congresso Nacional e na Frente Parlamentar Evangélica. *Tempo soc* [Internet]. 2017;29(2):187–214. Available from: <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2017.110052>
17. Almeida LM. Subjetividade, gênero e Estado de Direito no contexto das democracias liberais contemporâneas. *Direito, Estado e Sociedade* n.46 p. 192 a 222 jan/jun 2015. Available from: http://direitoestadosociedade.jur.puc-rio.br/media/Artigo7_46.pdf.

18. Santos B. Construindo as Epistemologias do Sul: Antologia Esencial. Volume I: Para um pensamento alternativo de alternativas. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2018.
19. Melo M, Teles MA. O que é violência contra a mulher. São Paulo: Brasiliense, 2002.
20. Costa MR. Patriarcado, violência, injustiça – sobre as (im)possibilidades da democracia. Debate Feminista [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 28];54. Available from: https://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/debate_feminista/article/view/2093 doi: 10.1016/j.df.2017.07.004.
21. Bourdieu P. (1930-2002). A Dominação Masculina. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
22. Scavone L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. Cad Pagu [Internet]. 2001 [cited 2018 Fev 15];(16):137–50. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>
23. Forna A. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.
24. Cleto J. A licença-maternidade como representação de uma ideologia velada: a divisão de tarefas por gênero e o dever de cuidado parental. Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, Belo Horizonte, MG, v. 58, n. 89, p. 37-48, jan./jun. 2014. Available from: <https://as1.trt3.jus.br/bd-trt3/handle/11103/27191>.
25. Brasil LL. Michel Pêcheux e a teoria da Análise de Discurso: Desdobramentos importantes para a compreensão de uma tipologia discursiva. Linguagem: Estudos e Pesquisas [Internet]. 2014 [cited 2016 Dez 21];15(1). Available from: <https://periodicos.ufcat.edu.br/lep/article/view/3246>.
26. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.
27. Pêcheux M. Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. Tradução Eni Puccinelli Orlandi et al. 4. ed. Campinas: Unicamp, 2009.

Regulamentação e financiamento do Estado brasileiro em comunidades terapêuticas para usuários de drogas: análise crítica a partir de uma comunidade terapêutica italiana

Brazilian State's regulation and financing of therapeutic communities for drug users: critical analysis based on an Italian therapeutic community

Regulación y financiamiento del Estado brasileño en comunidades Terapéuticas para usuarios de drogas: análisis crítico basado en una comunidad terapéutica italiana

Tiago Alves Miranda¹

RESUMO

Em 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS) aliados ao paradigma da redução de danos como orientadores da política nacional de atenção à saúde de pessoas que fazem uso de drogas. Todavia, posteriormente o Estado brasileiro passou a investir política e financeiramente em Comunidades Terapêuticas (CTs) para usuários de drogas, modelo institucional ao qual o Ministério da Saúde se opôs nominalmente quando determinou sua política de atenção à saúde na área das drogas. Este artigo tem o objetivo de apresentar um posicionamento sobre a regulamentação e o financiamento do Estado brasileiro em CTs especificamente pela perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para isso, realiza-se uma rigorosa análise acerca deste modelo de cuidado à luz de princípios da Reforma Psiquiátrica, partindo do entendimento de que os recursos públicos devem ser empregados em modelos institucionais que respeitem a política oficial de saúde mental do Brasil. Analisam-se as CTs brasileiras tendo por referência uma experiência ocorrida na década de 1960 da Itália, onde um grupo liderado por Franco Basaglia buscou operar mudanças no modo de funcionamento de um hospital psiquiátrico. As críticas ao manicômio empreendidas nesta experiência – também alcunhada de Comunidade

¹ E-mail: tmiranda654@gmail.com

Terapêutica – foram incorporadas à Reforma Psiquiátrica brasileira sob a forma de princípios e diretrizes. Assim, a ação basagliana em Gorizia é valioso recurso para evidenciar alguns dos questionamentos ao investimento público em CTs para usuários de drogas.

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde Pública, Política de Saúde, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Comunidade Terapêutica, Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

In 2003, the Brazilian Ministry of Health established the principles of the psychiatric reform and the Unified Health System (SUS) associated to the harm reduction paradigm as guidelines of the national health care policy for people who use drugs. Nevertheless, the Brazilian State later began to invest politically and financially in Therapeutic Communities (CTs) for drug users, an institutional model to which the Ministry of Health nominally opposed when established its policy on health care for drug users. This article aims to present a position on the Brazilian State's regulation and financing in CTs, specifically through the perspective of the Brazilian psychiatric reform. To achieve this aim, the CTs model is rigorously analysed in light of the psychiatric reform principles. We understand that public resources should be invested in institutional models consistent with the Brazilian official mental health policy. The Brazilian CTs are analyzed based on an experience that occurred in the 1960s in Gorizia, Italy, where a group led by Franco Basaglia sought to make changes in the way a psychiatric hospital operated. The criticisms towards the asylum undertaken in this experience – also named Therapeutic Community – were incorporated by the Brazilian psychiatric reform in the form of principles and guidelines. Thus, the basaglian action in Gorizia is a valuable resource to highlight some of the criticisms towards the public investment in CTs for drug users.

Key words: Mental Health, Public Health, Health Policy, Substance-Related Disorders, Therapeutic Community, Mental Health Services.

RESUMEN

En 2003, el Ministerio de Salud de Brasil estableció los principios de la reforma psiquiátrica y del Sistema Único de Salud (SUS) aliados al paradigma de reducción de daños como directrices de la política nacional de atención a la salud para las personas que consumen drogas. Sin embargo, el Estado brasileño más tarde comenzó a invertir política y financieramente en Comunidades Terapéuticas (CTs) para usuarios de drogas, un modelo institucional al que el Ministerio de Salud se opuso nominalmente al determinar su política de atención

a la salud en el área de las drogas. Este artículo tiene como objetivo presentar una posición sobre la regulación y el financiamiento del Estado brasileño en CTs, específicamente desde la perspectiva de la reforma psiquiátrica brasileña. Para lograr este objetivo, se analiza rigurosamente el modelo de las CTs a la luz de los principios de la reforma psiquiátrica. Se entiende que los recursos públicos deberían invertirse en modelos institucionales consistentes con la política oficial de salud mental de Brasil. Se analizan las CTs brasileñas en base a una experiencia que ocurrió en la década de 1960 en Gorizia, Italia, donde un grupo liderado por Franco Basaglia intentó hacer cambios en la forma en que operaba un hospital psiquiátrico. Las críticas al asilo emprendidas en esta experiencia – también llamada comunidad terapéutica – se incorporaron a la reforma psiquiátrica brasileña en forma de principios y directrices. Por lo tanto, la acción de Basaglia en Gorizia es un recurso valioso para resaltar algunas de las críticas hacia la inversión pública en CTs para usuarios de drogas.

Palabras clave: Salud Mental, Salud Pública, Política de Salud, Trastornos Relacionados con Sustancias, Comunidad Terapéutica, Servicios de Salud Mental

1 INTRODUÇÃO

Comunidades Terapêuticas (CTs) são instituições que dispensam cuidados a pessoas que fazem uso de drogas, de caráter fechado, de longa permanência, e que tem na abstinência do uso de drogas o objetivo final e a condição para a assistência prestada. Em um progressivo estreitamento de vínculos com o Governo Federal, as CTs foram inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), passaram a ser financiadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), e foram regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)¹⁻⁴. Esse apoio político e financeiro do Estado brasileiro às CTs tem sido objeto de numerosas críticas, principalmente por parte de movimentos defensores dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Redução de Danos (RD), em

um polêmico quadro de embates políticos com desdobramentos na esfera judicial.

O presente estudo tem o objetivo de analisar a escolha do Estado brasileiro em regulamentar e investir nas CTs, especificamente do ponto de vista da Reforma Psiquiátrica. Para isso, empreendemos uma análise do modelo de cuidado das CTs à luz de princípios da Reforma Psiquiátrica: pressupõe-se que o investimento de recursos públicos deve ocorrer em modelos institucionais que respeitem os princípios da política oficial de saúde mental do SUS; de forma que, ao analisarmos o modelo de cuidado das CTs a partir de princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, é o próprio investimento do Estado brasileiro nesse tipo de instituição que está em análise.

Dada a sua importância para a Reforma Psiquiátrica brasileira, optamos por orientar nossa discussão por uma experiência da década de 1960 que teve o objetivo de operar mudanças no modo de funcionamento de um hospital psiquiátrico da Itália. As críticas ao asilo empreendidas nesta instituição italiana – liderada por Franco Basaglia e também alcunhada de Comunidade Terapêutica – foram incorporadas à Reforma Psiquiátrica brasileira sob a forma de princípios e diretrizes.

As principais críticas da CT italiana se dirigiam à função do hospital psiquiátrico na dinâmica social e aos saberes que lhe davam aporte; de sorte que, para viabilizar um diálogo entre a CT italiana e as CTs brasileiras, será necessário recorrermos a textos que caracterizam o modelo de cuidado destas últimas, e que evidenciem seu lugar na dinâmica social brasileira, bem como os saberes que sustentam seu modo de funcionamento. A seleção e a leitura dos textos utilizados foram orientadas por essa preocupação.

É relevante informar que a principal referência que empregamos para caracterizar o modelo de cuidado das CTs brasileiras foi uma nota técnica do

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada⁵ (IPEA) resultante de pesquisa empírica que reuniu dados quantitativos e qualitativos dedicados a traçar o perfil atual das CTs. Subsidiariamente, utilizou-se o livro de De Leon⁶, a “(...) principal obra (...) voltada à difusão do modelo de cuidado das CTs” (p. 8, n.r. 5)⁵ no Brasil. Embora não reflita diretamente a prática das CTs brasileiras, a dispersão nacional²¹ e o detalhamento do texto de De Leon⁶ são atributos que lhe qualificam para depreender algumas de suas características.

O corrente cenário de debates que vêm sendo travados nacionalmente acerca do lugar das CTs na política de atenção à saúde de pessoas que usam drogas torna relevantes estudos que – como este – se empenhem na realização de um exame criterioso do modelo de cuidado das CTs. Tais estudos são justificados pela necessidade de fundamentação científica das ações do Estado na área das drogas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 As CTs psiquiátricas

O termo Comunidade Terapêutica não é restrito ao campo de atenção à saúde de usuários de drogas. Experiências da Inglaterra e Itália que tiveram o fito de operar mudanças no modo de funcionamento de hospitais psiquiátricos receberam esta alcunha. Essas e outras experiências foram motivadas por denúncias de violências sofridas pelos sujeitos que se encontravam internados, e críticas dirigidas aos saberes que sustentavam o funcionamento dos manicômios e à função social deste modelo institucional⁹.

A CT psiquiátrica inglesa, desenvolvida após a segunda guerra mundial, buscava a humanização do asilo, partindo da premissa de que o

conjunto das relações institucionais tem efeito terapêutico sobre os indivíduos. Para isso, a CT inglesa operou a horizontalização do espaço institucional, em que a resolução de todos os aspectos do cotidiano (de questões administrativas a situações de abandono ou violência) contava com a participação de pacientes, familiares e equipe técnica – almejando-se o investimento e a responsabilização destes atores no tratamento⁹.

Essas poucas palavras são suficientes para nos situar em relação à CT de Gorizia, Itália, onde um grupo liderado por Franco Basaglia se inspirou na experiência inglesa para também intervir em um hospital psiquiátrico¹⁰.

Todavia, a ação empreendida em Gorizia introduziu uma importante diferença com relação à CT inglesa.

Basaglia¹⁰ identificou uma constante nos pacientes psiquiátricos que sofriam os efeitos iatrogênicos da institucionalização: a exclusão social. Por serem oriundos de classes sociais desfavorecidas, esses indivíduos não podiam arcar com tratamentos alternativos, ou exercer qualquer controle sobre a relação estabelecida com os profissionais da instituição. Assim, aqueles que já foram excluídos dos meios de produção e da vida em sociedade tinham como único prognóstico a internação por tempo indeterminado em uma instituição que dispensava um tratamento que não os reconhecia como seres humanos, mas como doentes.

Nesse sentido, Basaglia¹⁰ percebe uma continuidade entre a violência perpetrada pela sociedade ao excluir alguns de seus segmentos, e a ação violenta dos manicômios – circunstâncias nas quais psiquiatras e demais profissionais que sustentam determinado funcionamento dos asilos atuam apenas como mandatários do sistema sociopolítico amplo. Essas instituições em que a violência e a exclusão são exercidas em nome da ordem social foram chamadas por Basaglia¹⁰ de “instituições da violência” (p. 101). Nos manicômios (e em

outras instituições), a violência é dissimulada pela ação de especialistas que exercem uma “violência técnica” (p. 102): valendo-se do diagnóstico de doença mental, o asilo, de um só golpe, legitima a necessidade de exclusão social da loucura, e desonera a sociedade do estorvo de lidar com suas próprias contradições – corporificadas pela existência de um indivíduo que foge a suas normas. Logo, trata-se de um processo no qual a sociedade tem participação capital, porque delega aos médicos o exercício de uma violência que, pelo recurso a atos terapêuticos, deverão conformar o louco à sociedade – da qual ele é vítima de uma violência original, porque foi confinado às suas margens e posteriormente encerrado dentro dos muros do manicômio¹⁰.

Ao se dar conta do lugar arranjado para os saberes e a prática da psiquiatria na dinâmica social, Basaglia¹⁰ conclui ser necessário adotar o expediente de colocar a doença mental entre parênteses ao abordar os sujeitos. O que se propunha não era propriamente negar a existência de entidades nosográficas e os saberes correlatos; mas abordar o paciente despido de tudo o que pudesse predeterminar a conduta do profissional de saúde. Caso contrário, a relação desses trabalhadores com o indivíduo não ultrapassa as expectativas daquilo que se entendia por doença mental, tendo em vista as implicações clínicas deste conceito.

É pelo empenho em estabelecer outra relação entre os cuidadores e os que são cuidados que a intervenção no Hospital de Gorizia é declaradamente inspirada na CT inglesa, promovendo a horizontalização e a democratização das relações entre todos os integrantes do manicômio. Entretanto, a transformação preconizada em Gorizia não aceitava a CT como um fim em si mesmo; porque, assim procedendo, as mudanças efetuadas limitar-se-iam ao aperfeiçoamento técnico da instituição psiquiátrica – e, conseqüentemente, do sistema sociopolítico amplo. Quando o manicômio se transforma “(...) em um asilo

risonho de domésticos agradecidos (...)” (p. 115)¹⁰, ele se torna também mais eficiente, porque os métodos mais refinados e supostamente menos violentos atenuam o conflito entre a loucura e a sociedade. Assim, uma experiência inicialmente questionadora da dinâmica de violência e exclusão da sociedade se torna a ela integrada – aperfeiçoando o que se propunha a combater.

Para que a instituição psiquiátrica não se restrinja a trabalhar pela resignação dos indivíduos à condição de doentes e internos do hospital psiquiátrico; Basaglia¹⁰ conclui que uma comunidade será terapêutica somente se evidenciar para todos os seus integrantes a dinâmica de exclusão presente não apenas no interior da instituição psiquiátrica, mas também na sociedade como um todo. Ao abordar o tema abertamente com os pacientes, visava-se lhes dar condições para enfrentar a violência e a exclusão de que eram (ou são) objeto.

Nesse contexto, por reconhecer e intervir na preponderância do fator sociocultural na determinação das práticas de cuidado destinadas às pessoas em sofrimento psíquico, a CT italiana foi deliberada estratégia política para intervir na forma como a sociedade lidava (ou lida) com a loucura. Somente com o acesso à liberdade e com as condições para viver com dignidade que cada paciente terá condições de encontrar sua cura¹⁰; sendo insuficientes as mudanças administrativas e de humanização restritas ao interior do hospital psiquiátrico. Esse posicionamento clínico-político tem como consequência lógica a negação de todas as instituições manicomiais – da estrutura física aos saberes, práticas e poderes que lhe dão sustentação – e a restituição das pessoas em sofrimento psíquico ao convívio social.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, enquanto um movimento político iniciado na década de 1970, incorporou o ponto de vista italiano sob a forma de princípios; e “(...) vem transformando, desde então, a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não só as instituições e práticas psiquiátricas vigentes,

mas também os conceitos e saberes que dão fundamentos e legitimidade a tais práticas” (p. 12)⁹.

À sua maneira, a Reforma Psiquiátrica brasileira busca a superação do modelo manicomial, construindo uma alternativa de atenção à saúde mental que estabeleça outra relação com as pessoas em sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica foi adotada pelo Estado brasileiro, consolidou-se como a política oficial do SUS; e, em contraposição ao modelo hospitalar de isolamento dos sujeitos, tem ofertado e ampliado uma rede integrada de assistência à saúde que seja acessada em liberdade, em serviços de base territorial que trabalhem de forma articulada e que promovam a autonomia, o protagonismo e a reinserção social dos usuários dos serviços^{11,12}.

2.2 A política brasileira de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas

No século passado, o Brasil aderiu a uma política internacional de repressão ao tráfico e ao consumo de drogas: o proibicionismo. Por isso, durante grande parte do século XX o Estado brasileiro preteriu ações de atenção à saúde em favor da construção de um aparato jurídico-institucional para controlar o consumo e a comercialização das drogas¹³.

A partir da década de 1970, quando a legislação e a organização da atenção à saúde sofreram maiores influências da medicina¹³, as pessoas que fizessem uso de drogas passaram a ser encaminhadas para tratamento após avaliação psiquiátrica¹⁴. Se inicialmente o usuário de drogas era considerado um criminoso, doravante ele poderia ser também um doente (com o tratamento mantido dentro da esfera penal) – circunstâncias em que Machado e Miranda¹³ notam uma aliança entre a medicina e os mecanismos de controle e repressão.

Para Alves¹⁵, o uso de drogas é explicado pela perspectiva proibicionista de duas maneiras: ou sob o viés da moralidade, como uma prática criminosa; ou como uma patologia biologicamente determinada. Embora os dois modelos explicativos redundem em intervenções distintas – para o primeiro, o encarceramento, e para o segundo, o tratamento visando à abstinência –, ambos perseguem a eliminação do consumo de drogas¹⁵; do que se pode deduzir que a atenção à saúde de usuários de drogas em que a abstinência constitui o foco e a condição para o tratamento é o correlato histórico da política de repressão ao consumo e ao tráfico de drogas.

O surgimento das primeiras CTs costuma ser atribuído à omissão do Estado brasileiro frente à crescente demanda de pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas^{5,12,14,15}. Contudo, é notório que as CTs tenham surgido quando o Estado se restringia a controlar e reprimir o uso de drogas, olvidando ações de assistência à saúde – o que pode ser tomado não somente como uma coincidência histórica, mas como o indicativo de uma aliança em torno de um objetivo comum: a eliminação do consumo de drogas. Nessa direção, Passos e Souza¹⁶ apontam o lugar complementar das CTs na fixação da abstinência como “(...) um eixo articulador entre a justiça, a psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política do tratamento para usuários de drogas” (p. 157).

Tal cenário começou a ser transformado em 1989, com a primeira experiência de RD no Brasil, ocorrida no município de Santos-SP – mesmo ano e cidade da célebre intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico que foi fechado e substituído por uma rede de atenção à saúde de base territorial. Desde então, a Reforma Psiquiátrica brasileira logrou avanços substanciais na política de saúde para as pessoas em sofrimento psíquico; porém,

não conseguiu encampar com os mesmos resultados a discussão sobre os parâmetros da atenção à saúde mental para pessoas que fazem uso de drogas¹¹.

Somente na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, o Ministério da Saúde¹² reconheceu o fenômeno do uso de drogas como uma questão de saúde pública, tendo posteriormente estabelecido o paradigma da RD aliado aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS como orientadores da política de atenção à saúde destinada a usuários de drogas. Para isso, o Ministério da Saúde¹² precisou admitir que um serviço de saúde que estabelece a abstinência como o ideal a ser alcançado por todos é excludente, uma vez que repele aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso; o que é agravado pela exclusão social – decorrente da estigmatização e do preconceito de que são objeto.

Para superar essa realidade, o Ministério da Saúde¹² propôs uma política de cuidados que almeja que os serviços de saúde não sejam os únicos vetores de inclusão, respeito e acolhimento aos usuários de drogas, mas que essa responsabilidade se estenda à sociedade como um todo – já que, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, seus objetivos abarcam uma intervenção crítica junto à sociedade¹². Destes objetivos, destacamos: garantir direitos e cidadania aos indivíduos que fazem uso de drogas; promover a saúde e não necessariamente a abstinência, facilitando o acesso e a adesão aos serviços de saúde; desconstruir estigmas, crenças e normas sociais associados ao uso de drogas; reconhecer a singularidade e respeitar as escolhas de cada sujeito, promovendo sua autonomia, seu protagonismo e, portanto, sua corresponsabilidade pelo direcionamento do tratamento; e ofertar uma assistência à saúde mental em rede de base territorial (RAPS) e articulada aos demais serviços e recursos do território, com vistas à reabilitação e à reinserção social das pessoas que usam drogas (Brasil, 2004). Ao fazer essa proposta, o

Ministério da Saúde¹² se opôs nominalmente ao modelo de cuidado ofertado pelas CTs para usuários de drogas.

Alguns anos depois, um discurso alarmista em relação a uma suposta epidemia de uso de crack no Brasil surgiu e se disseminou. Mesmo sem a existência de dados epidemiológicos que fundamentassem a celeuma que se criou¹⁴, o Estado brasileiro respondeu à dita epidemia com uma série de ações, abrindo um amplo e crescente espaço para as CTs na política de saúde na área das drogas; dentre as ações, citamos: o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*, elaborado em 2010 e que prevê o financiamento de CTs pelo Governo Federal; a inserção das CTs na RAPS em 2011; e a regulamentação do funcionamento dessas instituições em 2011 pela ANVISA, e em 2015 pelo CONAD¹⁻⁴.

2.3 O Processo de Padronização e Profissionalização das CTs brasileiras

Esse investimento político e financeiro do Estado é o pivô de um processo de reordenamento institucional das CTs identificado pelo IPEA⁵: impulsionadas pela necessidade de se adequarem às normativas vigentes^{3,4} (pré-requisito para obtenção de recursos públicos), e de reagir à pressão de organizações e entidades que defendem os princípios da Reforma Psiquiátrica e da RD (que acirraram a disputa pelo direcionamento da política de saúde mental da área das drogas); as CTs iniciaram um processo de padronização de metodologias de atenção (procedimentos, regras, rotinas e práticas terapêuticas) e profissionalização (capacitação dos membros das equipes, e inserção de profissionais com formação técnico-científica contratados, cujos saberes e práticas são implantados no cotidiano das CTs).

O modelo de CT descrito por De Leon⁶ passou por um processo similar, sendo pertinente observá-lo. De Leon⁶ informa que todas as CTs derivaram de uma mesma instituição – chamada *Synanon* – fundada e administrada unicamente por ex-usuários de drogas, e que por isso se constitui como uma abordagem leiga de autoajuda. Essa primeira experiência se disseminou por todo o Mundo, mas foi alterada ao longo de sucessivas gerações de CTs. Uma das fontes de alteração foi a inserção de profissionais da área da saúde na composição das equipes dos programas, os quais introduziram metodologias técnico-científicas ao cotidiano de trabalho das CTs, e traduziram as características, os conceitos e as práticas desse modelo de cuidado para a linguagem de algumas disciplinas científicas – um quadro que assinalou “(...) a evolução da CT de uma abordagem de autoajuda esotérica e alternativa para uma modalidade de atenção humana inserida na corrente principal” (p. 27)⁶.

Em que pese a influência do conhecimento científico na fundamentação e na prática cotidiana das CTs, os profissionais e pesquisadores que se envolveram nesta empreitada estavam comprometidos “(...) com a manutenção da ‘pureza’ do modelo de programa da comunidade terapêutica” (p. 26)⁶. Não obstante, uma grande quantidade de modalidades de CTs se formou; e, diante de tal multiplicidade, diversos pesquisadores e profissionais – dentre eles, De Leon⁶ – se debruçaram sobre a tarefa de discernir (e até pactuar) os parâmetros mínimos desse modelo de cuidado – tendo por base a experiência prototípica de *Synanon*. Em suma, a ação de pesquisadores e profissionais com formação técnico-científica que se envolveram no empreendimento das CTs teve como objetivo a conservação e a legitimação das CTs junto à comunidade científica, à saúde pública e à sociedade⁶.

No Brasil, o processo de padronização e profissionalização – que compreende a estipulação de parâmetros mínimos de funcionamento (pela

regulamentação estatal) e a implantação de saberes e práticas técnico-científicos – também conservou o modelo de cuidado das CTs. Essa assertiva poderá ser verificada a seguir, quando nos atentarmos às semelhanças existentes entre a CT de De Leon⁶ – que se ocupa em descrever os parâmetros mínimos deste modelo – e as CTs nacionais⁵.

E considerando que o não reconhecimento social das CTs brasileiras é atribuído à falta de adequação de muitas dessas instituições a parâmetros de natureza técnico-científica e técnico-administrativa^{7,8}; entendemos que o processo de padronização e profissionalização em curso no Brasil também serve à legitimação dessa alternativa de atenção. Nesse contexto, mesmo que os profissionais da área da saúde que compõem o quadro funcional das CTs nacionais não sejam tão comprometidos com a conservação desse modelo de cuidado como aqueles citados por De Leon⁶; o fato de sua inserção ser um dos elementos do processo de padronização e profissionalização que resulta na legitimação social das CTs os torna corresponsáveis por essa legitimação – especialmente quando a prestação de seus serviços ocorre de forma acrítica e harmônica com o programa das CTs.

2.4 As CTs brasileiras para usuários de drogas

O já citado processo de padronização e profissionalização brasileiro resulta em certa homogeneidade nas características das CTs, o que autoriza o IPEA⁵ a fazer algumas generalizações: as CTs são instituições organizadas em residências, destinando-se a sujeitos que fazem uso problemático de drogas, onde são isolados do convívio social por um longo – porém determinado – período de tempo, para que possam se tornar definitivamente abstêmios do uso

de drogas, e adquirir valores morais e éticos tidos como necessários ao convívio social.

Um aspecto essencial do método é a convivência com o ‘grupo de pares’ (p. 9)⁵, que busca possibilitar a exemplaridade, uma função exercida pelos residentes que estão conseguindo permanecer abstêmios e que, por isso, demonstram aos demais a viabilidade da proposta das CTs. Para realçar a posição modelar desses internos, as CTs têm uma estrutura hierárquica, na qual eles ascendem aos postos de coordenadores e monitores, ganhando *status* na instituição. Nessa condição, além de exemplos a serem seguidos, os sujeitos exitosos cumprem funções de suporte e vigilância⁵.

O IPEA⁵ também entende que a abordagem das CTs brasileiras é ancorada no “tripé trabalho-disciplina-espiritualidade” (p. 35): o trabalho consiste em atividades de manutenção das instituições, produtivas ou de geração de renda. O aspecto disciplinar é denotado pelas regras de convivência e respectivas sanções às quais os residentes estão sujeitos, bem como pela rigorosa rotina de atividades às quais devem se submeter (trabalho, práticas espirituais e/ou religiosas, terapias psicológicas, grupos de ajuda mútua, etc.). E a espiritualidade se consubstancia pela prática de atividades espirituais e/ou religiosas, não necessariamente de uma doutrina específica – sendo um denominador comum a todas as CTs a compreensão de que se deve promover a fé em “(...) em ‘um ser superior’ (divino) por entendê-la como essencial ao processo de transformação dos sujeitos (...)” (p. 20)⁵.

Combinados – trabalho, disciplina e espiritualidade –, servem ao propósito de promover não somente a abstinência do uso de drogas; mas também uma “reforma moral” que abrange a transformação de estilos de vida e condutas, e a produção de ‘novos sujeitos’ (p. 9)⁵. Ou seja, espera-se que com o cumprimento das regras institucionais, o engajamento nas atividades cotidianas

propostas, a convivência com o grupo de pares e a orientação da equipe multiprofissional, os residentes passem por uma profunda transformação pessoal⁵. Esse plano ampliado de intervenção se fundamenta em representações acerca dos dependentes químicos, os quais “(...) teriam características cognitivas e comportamentais inadequadas ao ‘bem viver’, tais como ‘carências de percepção’ e de ‘compreensão da realidade’, assim como ‘deficiências de julgamento’, ‘pouca autoestima’, ‘intolerância aos incômodos’, ‘irresponsabilidade perante si e os outros’, entre outros atributos (p. 8)”⁵.

O IPEA⁵ identificou tal posicionamento no discurso de dirigentes e profissionais das CTs brasileiras, e na obra de De Leon⁶. E, com efeito, também observamos que De Leon⁶ apresenta uma perspectiva sobre os dependentes químicos em termos de falhas, carências, problemas, dificuldades e inadequações de natureza subjetiva, interpessoal, social, psicopatológica e moral.

Em De Leon⁶, o programa da CT espera que os residentes reconheçam em si próprios essas características pessoais, as quais – tal como ocorre com as CTs brasileiras⁵ – justificam que se exija a abstinência do uso de drogas, e a ruptura com histórias pessoais, alcançando “(...) uma mudança tanto de estilo de vida, como da identidade pessoal” (p. 91)⁶. E mais, a nova identidade a ser assumida tem um explícito delineamento de comportamentos, condutas e valores morais prescritos e proscritos, constituindo uma espécie de código ético-moral que se convencionou chamar de “bem viver”⁶. Ou seja, trata-se de um processo ao cabo do qual se espera que os sujeitos aprendam a se identificar e a conduzir o restante de suas vidas de acordo com esse “bem viver”, cujos “(...) valores, normas e crenças estão em continuidade com os valores, normas e crenças convencionalmente aceitos na sociedade” (p. 181)⁶.

Como é possível observar, em linhas gerais, o perfil das CTs nacionais descrito pelo IPEA⁵ coincide com a CT de De Leon⁶: ambos buscam a abstinência definitiva e a reforma íntima dos usuários de drogas por meio do isolamento social, convivência com o grupo de pares, cotidiano de disciplina e trabalho, e intervenções de profissionais de saúde^{5,6}.

Não obstante, encontramos uma diferença relevante entre as duas modalidades: enquanto as CTs Brasileiras⁵ são, em sua maioria, vinculadas a organizações religiosas e a crença em alguma divindade se constitui como um elemento essencial da abordagem; na CT de De Leon⁶, a responsabilidade e o esforço individual dos usuários de drogas são mais importantes para a conquista da sobriedade e para a aquisição da nova identidade, do que a religiosidade. Por outro lado, mesmo proclamando um distanciamento entre o programa da CT e o exercício da espiritualidade, De Leon⁶ reconhece que as concepções sobre o “bem viver” são, em parte, guarnecidas por valores morais remanescentes da ascendência religiosa do modelo de CT para usuários de drogas: a origem da CT prototípica *Synanon* está vinculada aos Alcoólicos Anônimos (AA) que, por sua vez, se originou de um grupo religioso luterano. Nos dois casos, a crença em uma divindade – um “poder superior ao eu” não necessariamente ligado a uma religião específica no caso dos AA, e o Deus cristão no caso do grupo luterano – é enfatizada “(...) como a fonte espiritual última de mudança pessoal” (p. 19)⁶.

O lugar da religiosidade no modelo de cuidado das CTs pode começar a ser esclarecido quando nos atentamos ao objetivo comum entre as instituições nacionais⁵ e aquela descrita por De Leon⁶. Se ambas^{5,6} visam a uma “(...) reforma moral dos sujeitos, que os conduza a uma reinvenção de si” (p. 9)⁵, antes de serem por princípio subordinadas a organizações religiosas, as CTs são uma abordagem que tem “afinidades eletivas” com as religiões, as quais encontram

nesse método um espaço para “(...) realizar suas ‘obras’ de moralização e transformação de subjetividades” (p. 20)⁵.

Adicionalmente, pode-se conjecturar que o objetivo de disseminar e multiplicar uma verdade às pessoas que usam drogas presente na CT de De Leon⁶ – que zela por separar o modelo de cuidado e a religião – é influenciado pelo vínculo histórico da CT *Synanon* com grupos para os quais o exercício da espiritualidade é um aspecto central. De forma que, mesmo que se queira laica, uma CT⁶ que não renuncie ao anseio de reformar subjetividades pela transmissão de verdades moralizantes conserva uma índole doutrinário-religiosa.

2.5 Fundamentos das práticas das CTs brasileiras

Qualquer atividade profissional na área da saúde se fundamenta em parâmetros sobre saúde/doença ou normalidade/anormalidade^{17,18}, e as CTs não fogem a esta regra. Para abordar criticamente as concepções que fundamentam a ação das CTs, utilizaremos as ideias de Schneider¹⁷, e Schneider e Lima¹⁸, que apresentam quatro modelos explicativos para a dependência de drogas; são eles: o jurídico-moral, o biomédico, o psicossocial e o sociocultural.

No modelo jurídico-moral, as intervenções junto aos usuários de drogas se constituem na repressão e no controle do uso de drogas associados a uma abordagem religioso-expiatória, que admite somente a abstinência como objetivo¹⁸. Fundamenta-se em princípios jurídicos ou morais-teológicos, dos quais derivam a visão das drogas como um mal a ser combatido. O uso de drogas é considerado uma consequência da fraqueza moral do indivíduo, que deve se tornar abstinência para se purificar e operar uma mudança interior pela transformação de valores e vida social, conformando-se “às regras de boa convivência humana” (p. 693)¹⁷. Essas concepções são fundamentadas na crença

em Deus ou num poder superior, que concebem o uso de drogas como um desvio da espiritualidade.

No modelo biomédico, a dependência é vista por uma perspectiva biológica, e as drogas são o agente de uma relação em que o indivíduo sofre passivamente seus efeitos – ou prejuízos, dado que as drogas são consideradas substâncias nocivas. A cura para essa doença recidivante e crônica – que é a dependência química – é a abstinência, a internação e a administração de psicofármacos^{17,18}.

O modelo psicossocial procura ampliar a noção de dependência química para além dos fatores orgânicos do modelo biomédico. Considera o papel ativo do sujeito no uso de drogas – e, conseqüentemente, no tratamento – , que interage sistemicamente com a droga e o meio. O uso de drogas tem funcionalidade na vida do indivíduo e, a partir de técnicas de base psicodinâmica ou comportamental, a intervenção terapêutica é centrada na relação sujeito-droga, e deve modificar o padrão de uso, com a abstinência como meta¹⁷.

Por fim, os autores^{17,18} abordam o modelo sociocultural, para o qual a toxicomania tem raízes nas contradições sociais, econômicas e ambientais. As intervenções focam nos determinantes sociais do uso de drogas, buscam a modificação no padrão deste sem, necessariamente, visar à abstinência – a RD. Preconiza-se o respeito à cidadania dos usuários, a garantia de acesso a cuidados integrais de saúde, e tem como principal meta terapêutica a redução de prejuízos associados ao uso/abuso de drogas.

Para Schneider¹⁷, muitos serviços de atenção à saúde de usuários de drogas utilizam uma mescla dos modelos de análise da dependência de drogas, que é refletida em uma amálgama de práticas oriundas de diferentes modelos de tratamento.

2.5.1 A CT como instituição orientada pelo Modelo Jurídico-Moral

A maior parte das CTs brasileiras é vinculada a organizações religiosas e, tendo em vista os diferentes níveis de assimilação do atual processo de padronização e profissionalização das CTs, onde “(...) algumas desenvolvem suas atividades sob preceitos poucos explícitos, demonstrando precária adequação à regulamentação existente, [e] outras parecem atentas ao debate acerca delas, e às normativas que vêm sendo estabelecidas” (p. 35)⁵; é crível concebermos a existência de CTs que orientem suas práticas tão somente por valores religiosos. Bucher¹⁹ chama este tipo de abordagem de “desintoxicação pela religião” (p. 243), em que sob a promessa de uma cura a ser paga pela submissão a princípios religiosos, a dependência de drogas se torna uma dependência ideológica. As CTs que atuam deste modo devem ser classificadas no modelo jurídico-moral de explicação da toxicomania.

Não podemos deixar de notar que uma postura moralizante ante a dependência química prescinde de valores religiosos: perceber o uso de drogas como uma fraqueza frente à qual os sujeitos precisariam se tornar abastêmios e promover uma reforma moral para sua adequação ao bom convívio social do qual seriam refratários não é apanágio de religiosos. O Conselho Federal de Psicologia²⁰ corrobora essa afirmação quando, sem se referir diretamente à religião, apresenta posicionamento muito semelhante ao de Bucher¹⁹ e diz que o tratamento proposto pelas CTs visa à “(...) construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada” (p. 190)²⁰. Nesse sentido, qualquer CT que parta de julgamentos morais sobre os indivíduos para propor a abstinência e a conformação de suas identidades e condutas pessoais a ideais ético-morais socialmente aceitos será

uma instituição cuja abordagem é consoante com o modelo jurídico-moral – mesmo que princípios religiosos não exerçam influência alguma em seu funcionamento.

Por essa ótica, não há diferença substancial entre uma CT brasileira que professe esta ou aquela orientação religiosa; que deposite a força da recuperação na crença em uma divindade indeterminada; ou mesmo que separe explicitamente a prática da espiritualidade e a proposta de cuidado: as CTs são um modelo institucional cuja abordagem é, invariavelmente, orientada pelo modelo jurídico-moral de explicação da toxicomania.

2.5.2 O Modelo Biomédico e o Modelo Psicossocial em De Leon

Tendo em mente o alerta¹⁷ de que muitos serviços de atenção a usuários de drogas orientam suas práticas por uma mescla de modelos de análise da dependência química; examinaremos a presença dos modelos biomédico e psicossocial em De Leon⁶ para posteriormente derivar algumas proposições para as CTs brasileiras.

Recordemos⁶ que os pesquisadores e profissionais com formação técnico-científica que fizeram suas contribuições às CTs se empenharam em conservar as características essenciais deste modelo institucional. Nesse cenário, os saberes e práticas técnico-científicos se integram e até modificam em alguma medida a perspectiva da CT⁶; mas sobretudo se subordinam ao objetivo (do modelo jurídico-moral) de promover a abstinência e a mudança de estilos de vida e de identidade. Assim, embora na CT de De Leon⁶ se admita que fatores orgânicos, sociais e psicológicos cooperam na etiologia da dependência química; acentua-se a intencionalidade – e, por conseguinte, a responsabilidade – dos usuários de drogas na causação e na “recuperação” da toxicomania: “(...) na

concepção da CT, a recuperação é sempre responsabilidade do indivíduo, seja qual for a etiologia do uso abusivo de substâncias” (p. 44)⁶.

A consequência disso para o modelo biomédico é que na CT descrita por De Leon⁶ a compreensão da toxicomania enquanto uma doença da qual o sujeito sofre passivamente os efeitos é obliterada no direcionamento das intervenções cotidianas. Não obstante, a CT⁶ se vale de concepções consagradas pelo modelo biomédico de análise da dependência química – como o imperativo de interromper definitivamente o uso de drogas, e as noções de fissura, de perda do controle do uso de drogas, de crises de abstinência, etc. – para fundamentar sua perspectiva acerca dos residentes e sua proposta interventiva. Nesse contexto, a base orgânica proveniente do modelo biomédico se integra à perspectiva e à abordagem da CT⁶, e cumpre função de alicerçar e legitimar o modelo de cuidado.

Os saberes e práticas do modelo psicossocial passam por um processamento semelhante, integrando-se ao programa da CT⁶, e contribuindo para sua fundamentação e legitimação: o uso de drogas é tomado em sua funcionalidade na vida da pessoa; considera-se a articulação da tríade indivíduo-droga-contexto para compreender o uso problemático de drogas; e o alvo da intervenção é a relação sujeito-droga, visando à abstinência. Além disso, o acento dado pela CT descrita por De Leon⁶ à vontade e ao esforço individuais para a conquista dos objetivos institucionais podem ser tomados como a expressão de uma visão subjetivista, ancorada no “mito de um psiquismo autossustentado” (p. 693)¹⁷.

2.5.3 *Derivações para as CTs brasileiras*

Por reproduzirem a obra de De Leon⁶, o material didático dos cursos ofertados pela SENAD^{7,8} apresentam ideias bastante similares às dele, sendo possível notar que os modelos biomédico e psicossocial fundamentam e legitimam a abordagem ensinada. O importante papel desempenhado por cursos como estes^{7,8} e pelo livro de De Leon⁶ no processo de padronização e profissionalização das CTs brasileiras⁵ nos leva a inferir que o modelo biomédico e o modelo psicossocial também podem ser encontrados na realidade cotidiana de nossas CTs.

Acrescente-se que o IPEA⁵ identificou um número significativo de CTs brasileiras que admitem o uso de psicofármacos (incompatível com a CT de De Leon⁶, como já afirmado), e uma grande homogeneidade quanto ao emprego de psicoterapia individual e em grupo (elementos acessórios ao programa terapêutico da CT de De Leon⁶, centrado na autoajuda). Esses dados indicam que no Brasil os modelos biomédico e psicossocial exercem maior influência sobre a forma pela qual os residentes são vistos e tratados.

Nossas elaborações permitem concluir que – tal como em De Leon⁶ – as CTs brasileiras utilizam uma mescla de três modelos de análise da dependência química (jurídico-moral, biomédico e psicossocial); e, a partir de uma visão subjetivista, moralista e psicopatologizante da drogadição, justificam a adoção da abstinência e da mudança de estilos de vida e de identidade como metas terapêuticas.

Para Schneider¹⁷, sínteses contraditórias como esta (em que modelos de análise se articulam para compor o programa de uma alternativa de atenção) são explicadas pela noção de que as ações de saúde devem visar à abstinência do uso de drogas; e o que viabiliza tal articulação é uma visão acrítica, ahistórica, não

dialética – e, portanto, determinista – dos fatores em ação na causação da dependência química. Assim, estabelece-se um consentimento mútuo pelo objetivo comum: a abstinência deve ser alcançada a qualquer custo, nem que seja ao preço da liberdade e da identidade, em instituições que visam à adaptação dos sujeitos ao convívio social – e com histórico de denúncias de violações de direitos²⁰.

Por fim, é relevante dizer que o IPEA⁵ encontrou uma “(...) expressiva convergência entre os métodos terapêuticos e atividades rotineiras (...)” (p. 22)⁵ nas CTs brasileiras. Esse dado faz supor certa invariabilidade na fração de participação de cada um dos modelos de análise da dependência química nas CTs nacionais. Por outro lado, não podemos passar ao largo do abundante número de CTs existentes²²; do fato de que as atividades desenvolvidas em cada uma delas dependem dos recursos humanos e financeiros disponíveis; e dos diferentes níveis de assimilação ao processo de padronização e profissionalização das CTs nacionais⁵. Ou seja, presume-se uma heterogeneidade dessa abordagem de cuidado no Brasil.

Diante do exposto, e considerando o modelo jurídico-moral de análise da dependência química como o elemento estruturante de todas as CTs; concebemos esquematicamente o seguinte panorama nacional: há CTs que orientam suas práticas somente pelo modelo jurídico-moral, e aquelas que combinam o modelo jurídico-moral com o modelo biomédico e/ou com o modelo psicossocial de explicação da dependência química; e a ênfase em um ou mais modelos dependerá dos recursos à disposição da CT; da composição, formação acadêmica e atuação de sua equipe de funcionários; das metodologias de intervenção adotadas; e de sua inserção na discussão sobre a padronização e a profissionalização das CTs.

2.6 A CT italiana e as CTs brasileiras

As CTs brasileiras surgiram impulsionadas por um momento histórico em que a atenção à saúde e o proibicionismo tinham o mesmo objetivo: a abstinência. Com um discurso de medo decorrente de uma suposta epidemia do crack e da periculosidade de seus usuários, as CTs ganharam maior força política, justificada pela necessidade de ofertar alternativas de atenção à saúde¹⁴. Ao notar que a ação de retirar os usuários de drogas das ruas das cidades não se faz mais pelo encarceramento, mas pela assistência à saúde, Silva¹⁴ propõe haver um “continuum punição-tratamento” (p. 59). Nesse sentido, as CTs podem ser consideradas “instituições da violência” (p. 101)¹⁰ por continuarem de forma técnica a função social de excluir os usuários de drogas. Observe-se que a violência exercida pelas CTs é – tal como acontecia com os manicômios¹⁰ – mais refinada, porque dissimula a segregação de indivíduos do convívio social com o discurso de garantir o direito à saúde. Portanto, apresentar os usuários de drogas como doentes (e não mais criminosos) que precisam ser internados para tratamento (e não mais encarcerados) legitima a exclusão social desses sujeitos, e desonera a sociedade da tarefa de lidar com aqueles que escapam a suas normatizações. Este é o ponto de partida de todas as CTs para usuários de drogas no Brasil, independentemente de serem mais (ou menos) técnicas ou humanizadas.

Vimos que a regulamentação e o financiamento das CTs pelo Estado brasileiro ensejaram o contexto para que estas fossem padronizadas e profissionalizadas⁵, em um processo que pode ser tomado como uma qualificação técnica dessas instituições. Olhando prospectivamente para este processo, podemos conjecturar que um funcionamento tecnicamente orientado das CTs associado à fiscalização diminua a ocorrência de práticas abusivas,

arbitrárias e violadoras de direitos²⁰. Nesse contexto, por mais que Basaglia¹⁰ visse algum benefício na mudança de concepção de trabalho operada pelas CTs inglesa e italiana; ele vislumbrava, principalmente, que uma intervenção que se restringisse à dinâmica institucional dos asilos perderia seu caráter contestador e se integraria ao sistema sociopolítico, tornando-se uma experiência reformista das instituições psiquiátricas. Por isso é que Basaglia¹⁰ foi além da proposta inglesa, e postulou a negação da estrutura física, saberes, práticas e poderes que sustentam os manicômios, a fim de efetivamente atingir a forma como a sociedade lidava com a loucura.

Transpondo esse objetivo para o contexto das drogas, é a relação que a sociedade estabelece com o fenômeno do uso de drogas que deve ser questionada. Assim, o viés reformista receado por Basaglia¹⁰ pode ser visto no processo de padronização e profissionalização das CTs brasileiras – com a diferença de que, neste caso, não percebemos qualquer intenção de questionar como a sociedade lida com as drogas; pelo contrário, vemos apenas a perpetuação de nossa realidade sociocultural, marcada pelo expediente de excluir e estigmatizar as pessoas que fazem uso de drogas: ao estabelecer a abstinência como condição e objetivo da assistência prestada; inculcar nos sujeitos a ideia de que suas histórias de vida devem ser percebidas em termos de erros, carências e inadequações de natureza subjetiva, social, psicopatológica e moral; e esperar que doravante operem uma ruptura com seu passado e se adaptem ao convívio social – seja por ensinamentos sobre “bem viver” em sociedade⁶, seja pela aquisição de valores morais-religiosos⁵ –; o programa das CTs continua e reproduz a relação da sociedade com o fenômeno do uso de drogas. Ou seja, mesmo com adequações técnicas e de humanização, o plano de cuidado das CTs é inarticulável a uma intervenção crítica junto à dinâmica social de exclusão e estigmatização das pessoas que usam drogas.

Por esse prisma, o resultado do processo brasileiro de padronização e profissionalização das CTs é o mesmo receado por Basaglia¹⁰ na Itália: a produção de instituições integradas ao sistema sociopolítico que apartam os sujeitos do convívio social de maneira supostamente menos violenta, porque mais técnica – e por isso mais eficaz em sua função de excluir. Nesse contexto, o compromisso de Basaglia¹⁰ em abandonar a cumplicidade com a violência e a exclusão é valioso: não basta transformar a instituição em sua interioridade, é necessário colocar entre parênteses os saberes e as práticas que a sustentam para então negar a instituição em si mesma.

No campo das drogas, muitos saberes e práticas conduzem à conclusão de que o tratamento a ser dispensado aos usuários de drogas deve visar à abstinência, a ser alcançada por meio do isolamento social. Se no Brasil inicialmente o ideal da abstinência tinha como propulsor o proibicionismo, recebeu posteriormente a força do discurso religioso e a chancela da medicina¹⁶. No que tange ao papel desempenhado pela medicina, Schneider¹⁷ questiona a cientificidade da noção de dependência enquanto uma doença, tendo em vista o reducionismo inerente a uma concepção que se fia apenas pelo aspecto orgânico. Para Schneider¹⁷, o expediente de tratar questões de cunho social apenas pela perspectiva biológica é um padrão que se repete na história da humanidade, e tem como funções a desresponsabilização da sociedade e a culpabilização dos indivíduos. Essa tendência pôde ser vista ao longo do século XX, em que a atenção à saúde de pessoas que usam drogas se deu pelo viés do controle do uso, visando à abstinência¹⁵; e também pode ser percebida em um modelo institucional que estabelece a abstinência do uso de drogas como condição para a assistência prestada.

Referimo-nos, portanto, ao lugar da abstinência na política sobre drogas – que cumpre a função de controlar e culpabilizar os usuários de drogas – bem

como aos saberes que legitimam a adoção dessa orientação nas práticas de saúde. Nessas circunstâncias, o posicionamento basagliano de recusar o mandato social conferido à medicina por notar o seu conluio com o sistema sociopolítico que exclui socialmente os loucos é pertinente. No caso das CTs, notamos que não somente a medicina, mas também saberes psicossociais podem se prestar à contraditória amálgama com perspectivas morais e teológicas para aperfeiçoar, endossar e/ou legitimar uma instituição voltada ao controle dos usuários.

Neste ponto, a crítica basagliana intercede no sentido de orientar os profissionais a colocarem a doença entre parênteses, deixando em suspenso tudo o que predetermine a intervenção a ser realizada ao abordar o sujeito – uma vez que se reconhece a cumplicidade entre o saber (e as práticas decorrentes) e a exclusão social¹⁰. Nas CTs, estão em jogo concepções da dependência química acrílicas, ahistóricas e não dialéticas de profissionais e pesquisadores que não percebem a reprodução das relações de poder impregnadas no corpo de seus saberes e práticas¹⁷; e que, por isso, determinam aprioristicamente a abstinência como única meta terapêutica.

Por conseguinte, é a ideia da abstinência – em torno da qual um emaranhado de saberes, discursos e poderes se une – que sustenta a prática das CTs. E, se o juízo prévio de que os usuários de drogas precisam se tornar abstêmios para acessar os serviços de saúde não puder ser, no mínimo, colocado entre parênteses; permaneceremos compactuando para que esses sujeitos sejam tratados como bandidos, doentes mentais ou moralmente fracos, e exercendo uma “violência técnica” (p. 102)¹⁰ – ao legitimar e aperfeiçoar instituições que privam do convívio social e que pregam como única solução para a vida das pessoas que usam drogas a ruptura com seu passado (por valores como culpa e erro) e a submissão a ideais de convivência socialmente aceitos.

A aposta da saúde mental é tentar transformar a relação que a sociedade mantém com a loucura; o mesmo pode ser dito a respeito das drogas. E, nisso, a RD pode ser útil. Passos e Souza¹⁶ consideram que a RD tem o mérito de evidenciar as diversas formas de uso de drogas e, assim, denunciar a dinâmica de poder instituída a partir da identificação do sujeito que faz uso de drogas como criminoso e/ou doente. Pela participação ativa dos usuários, questiona-se a abstinência enquanto meta única dos serviços de saúde, e se abrem espaços para a construção de alternativas que não estejam interessadas em normalizar e disciplinar, como tem sido o caso do direito penal, da psiquiatria e da religião – e, acrescente-se, das ciências sociais e da psicologia. Enfim, a RD indica um caminho em que a ação do trabalhador de saúde mental pode conter e ultrapassar o nível teórico-técnico, para intervir politicamente – o que está em concordância com a Reforma Psiquiátrica brasileira, denotando a pertinência da adoção da RD na política de saúde mental na área das drogas.

Por fim, temos apenas uma ressalva a fazer às afirmações de Schneider¹⁷, e Schneider e Lima¹⁸: é possível que um posicionamento clínico de responsabilização do sistema sociopolítico amplo se conjugue a outro de promoção da responsabilidade e da autonomia dos usuários de drogas – sem que isso implique necessariamente em estipular a abstinência como objetivo único da atenção à saúde. Aliás, conforme Assis, Barreiros e Conceição¹¹, a política nacional de saúde mental para pessoas que fazem uso de drogas baseada na lógica ampliada da RD nasce de uma articulação de concepções oriundas do modelo psicossocial e do modelo sociocultural de explicação da dependência química.

3 CONCLUSÃO

A regulamentação e o financiamento públicos em CTs são o pivô de um processo de padronização e profissionalização das CTs brasileiras⁵; e, embora se pudesse supor que este processo redundaria na superação de contradições das ações do Estado no que tange à atenção à saúde mental na área das drogas, é notória a incompatibilidade entre o projeto de intervenção das CTs brasileiras – com ou sem qualificação técnica, com ou sem direcionamento religioso explícito – e os princípios da Reforma Psiquiátrica: alternativas de atenção que tem a abstinência como objetivo único, que privam do convívio social, e que percebem os sujeitos a partir de falhas, carências e erros, impondo-lhes novos valores para que se adaptem às normas da boa conduta social; na verdade, continuam, reproduzem e, portanto, operam a favor da dinâmica social de exclusão e estigmatização que a política de saúde mental propõe superar. E, quando o Estado brasileiro investe política e financeiramente nessas instituições, no lugar de estar promovendo a implicação sociocultural pela transformação da relação da sociedade com as drogas, está – ao contrário – fortalecendo a visão preconceituosa sobre as drogas e as pessoas que delas fazem uso. Em suma, mais do que incoerentes ou contraditórias, o investimento de recursos públicos em CTs² e a sua inserção na RAPS³ são ações antinômicas às pretensões da política oficial de saúde mental – já que, assim procedendo, o Estado brasileiro trabalha em desfavor dos próprios desígnios.

Pelo fato de as CTs se constituírem como práticas sociais²⁰ que gozam de autonomia para determinar o próprio modelo de atendimento, as possibilidades de intervenção do Estado brasileiro são limitadas. Para atuar em conformidade com sua política de saúde na área das drogas, restam-lhe apenas ações que seriam apropriadas a quaisquer outras instituições sociais, tais como:

o cumprimento de seu dever de zelar para que os cidadãos acolhidos nas CTs não sofram violações de direitos, e a promoção de práticas educativas junto aos funcionários dessas instituições que visem à desconstrução de determinados estigmas e preconceitos associados ao uso de drogas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 21 Mai. 2013. Seção 1, p. 37-40.
2. Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 21 Mai 2010. Seção 1, p. 43.
3. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC 29, de 30 de Junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, 01 Jul 2011. Seção 1, p. 62-63.
4. Ministério da Justiça (BR). Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 1, de 19 de Agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União, 28 Ago 2015. Seção 1, p. 51-52.
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota técnica nº 21: perfil das comunidades terapêuticas brasileiras [Internet]. Brasília: Livraria Ipea; 2017 Mar [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf.

6. De Leon G. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. 5a ed. Sobral A, Bartalotti C, Gonçalves MS, tradutores. São Paulo: Edições Loyola; 2014. 476 p.
7. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e afins [Internet]. 3a ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014 [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: http://www.fenaprevencao.senad.gov.br/pluginfile.php/20718/mod_resource/content/2/FeNaPrevencao_3ed.pdf.
8. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Módulo 6: modalidades de tratamento e encaminhamento [Internet]. 7a ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014b [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: https://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod6.pdf.
9. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
10. Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, coord. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Jahn H, tradutor. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985. p. 99-133.
11. Assis J, Barreiros G, Conceição MI. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2013 Dez;16(4):584-596.
12. Ministério da Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_ministerio_saude_atencao_integral_usuarios_alcool_drogas.pdf.
13. Machado A, Miranda P. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Hist. cienc. saude-Manguinhos. 2007 Jul-Set;14(3):801-821.
14. Silva C. Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas [Internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. p. 51-68 [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em:

<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/mais-substancias-para-o-trabalho-em-saude-com-usuarios-de-drogas-pdf>.

15. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Nov;25(11):2309-2319.
16. Passos E, Souza T. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*. 2011;23(1):154-162.
17. Schneider D. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(3):687-698.
18. Schneider D, Lima D. Implicações dos modelos de dependência de álcool e outras drogas na rede básica de saúde. *Psico*. 2011 Abr-Jun;42(2):168-178.
19. Bucher R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
20. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas [Internet]. 2a ed. Brasília: CFP; 2011 [acessado 2018 Mai 23]. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf.
21. As edições brasileiras (atualmente a 5ª edição) e a divulgação deste livro são apoiadas pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (a principal entidade representativa das CTs no Brasil)⁵; e, além disso, seu conteúdo é reproduzido em larga medida por cursos de capacitação ofertados pela SENAD^{7,8}.
22. A pesquisa do IPEA⁵ foi realizada tendo por base um cadastro nacional que, em 2009, já contava com aproximadamente 2 mil CTs.

Ensino superior em enfermagem: reflexões acerca do período gravídico para estudantes

Higher education in nursing: reflections about the gravidic period for students

Enseñanza superior en enfermería: reflexiones acerca del período gravídico para estudiantes

Marcos Aguiar Ribeiro¹
Zélia Maria Azevedo Magalhães²
Ana Suelen Pedroza Cavalcante³
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas⁴
Izabelly Mont'alverne Napoleão Albuquerque⁵
Janaína de Almeida Prado⁶

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo conhecer os desafios e as expectativas enfrentadas por estudantes do curso de enfermagem de uma universidade do interior do estado do Ceará, que estão grávidas e/ou engravidaram durante o período acadêmico. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas e questionário socioeconômico. A análise de dados foi realizada a partir da Análise Temática. Os principais desafios encontrados foram relacionados à dificuldade financeira, a gestão do tempo para os estudos e com quem deixar o filho. Todavia o apoio familiar foi citado como fundamental para conciliação de papéis, o que refletiu em uma boa expectativa de futuro das mulheres universitárias. A partir do exposto, foi possível identificar os desafios

¹ E-mail: marcosaguiar61@hotmail.com

² E-mail: zeliagemagalhaesduarte@gmail.com

³ E-mail: anasuelen15@hotmail.com

⁴ E-mail: cibellyaliny@hotmail.com

⁵ E-mail: izabellemontalverne@gmail.com

⁶ E-mail: naina.prado@gmail.com

enfrentados e as expectativas de um grupo de jovens mulheres que optam por conciliar papéis, sendo perceptível o aumento da disposição para o enfrentamento, esforçando-se ao máximo para dar o melhor de si como estudante, mãe, dona de casa e esposa, não arrependendo-se das funções escolhidas, fazendo com que as mesmas sejam um motivo sempre mais forte para crescer e se dedicar em todas as áreas da vida.

Palavras-chave: Universidade; Maternidade; Enfermagem.

ABSTRACT

The present study had as objective to know the challenges and the expectations faced by students of the nursing course of a university of the interior of the state of Ceará, who are pregnant and / or pregnant during the academic period. It is an exploratory descriptive study with a qualitative approach. Data were collected through semi-structured interviews and a socioeconomic questionnaire. The data analysis was performed from the Thematic Analysis. The main challenges were related to financial difficulty, time management for studies and with whom to leave the child. However, family support was cited as fundamental for the reconciliation of roles, which reflected a good expectation of the future of university women. From the foregoing, it was possible to identify the challenges faced and the expectations of a group of young women who choose to reconcile roles, being noticeable the increased willingness to confront, striving to the best to give their best as a student, mother, housewife and wife, not repenting of the chosen functions, making them an ever stronger motive to grow and dedicate themselves in all areas of life.

Keywords: University; Maternity; Nursing

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer los desafíos y las expectativas enfrentadas por estudiantes del curso de enfermería de una universidad del interior del estado de Ceará, que están embarazadas y / o se quedaron embarazadas durante el período académico. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de abordaje cualitativo. La recolección de datos ocurrió por medio de entrevistas semiestructuradas y cuestionario socioeconómico. El análisis de datos se realizó a partir del análisis temático. Los principales desafíos encontrados fueron relacionados con la dificultad financiera, la gestión del tiempo para los estudios y con quienes dejar el hijo. Sin embargo, el apoyo familiar fue citado como fundamental para conciliar papeles lo que reflejó en una buena expectativa de futuro de las mujeres universitarias. A partir de lo expuesto, fue posible identificar los desafíos enfrentados y las expectativas de un grupo de jóvenes mujeres que optan por conciliar papeles, siendo perceptible

el aumento de la disposición para el enfrentamiento, esforzándose al máximo para dar lo mejor de sí como estudiante, madre, ama de casa y esposa, no arrepentirse de las funciones escogidas, haciendo que las mismas sean un motivo siempre más fuerte para crecer y dedicarse en todas las áreas de la vida.

Palabras Clave: universidad; maternidad; Enfermería.

1 INTRODUÇÃO

A educação das mulheres sempre foi algo pensado e discutido na sociedade, uma vez que durante, muito tempo o seu papel foi estigmatizado se restringindo aos cuidados com a casa e a família. Os homens, diferentemente, assumiram papéis diferentes e eram ensinados a ler e escrever, além de inúmeras outras habilidades, para que assim pudessem ter uma maior facilidade de acesso ao ensino superior ou a qualquer outra atividade que lhe fossem condizentes.

Com o direito à educação garantida, a mulher tem buscado ampliar espaços de atuação social. Desempenhando múltiplos papéis que antes se referiam prioritariamente aos homens, isso traz mudanças não apenas para a rotina da mulher contemporânea, mas também para seus projetos de vida e suas escolhas. Muitos dos papéis iguais aos dos homens, com a desvantagem de terem, na grande maioria dos casos, jornadas duplas ou triplas, o sexo feminino resiste na intenção de uma verdadeira igualdade entre gêneros. Dessa forma, a mulher que se torna mãe e que deseja seu lugar no mercado de trabalho, ainda não conquistado, vê-se dividida entre os estudos e a maternidade.

Mesmo havendo preocupação com a educação feminina, o ensinamento como se pode notar, geralmente era feito dentro de casa. Devido a isso, o acesso ao ensino regular em uma escola, causava transtornos e continuava diferenciando-se da masculina. No ensino formal enquanto os homens voltavam-se principalmente para formação de militares, advogados e médicos, para as mulheres eram ensinados apenas os mesmos afazeres domésticos, que lhes eram

necessários para ir de encontro ao futuro, o qual as mulheres eram destinadas: o casamento e a maternidade.

Até mesmo a ciência, com toda sua metodologia, experimentalismo e racionalidade, por ser dominada pelo machismo predominante, afirmava que a mulher era biologicamente inferior ao homem, fato que foi duramente contestado e criticado pela filósofa francesa Simone de Beauvoir em 1949 em seu livro “O Segundo Sexo Fatos e Mitos” onde contestou a educação feminina para submissão, de forma a reverberar o desejo de luta, que havia dentro do seio feminino, guardado e oprimido, para a garantia das mesmas oportunidades e direitos masculinos, o que faz com que a mulher enfrente a sociedade e saia de casa para trabalhar e encontrar na educação um meio e processo de avançar, e por meio dela ir ao encontro dessa utopia, que hoje já é gradualmente conquistada no dia a dia. Nessa perspectiva, a universidade constitui-se como um espaço privilegiado para a construção da liberdade feminina.

No Brasil, o ensino superior está presente desde 1808, com a vinda da família real, mas somente em 1879, com a Reforma do Ensino Primário e Secundário do Município da Corte e o Superior em todo o Império, as mulheres passaram a ter esse direito citado, pois até então era restrito aos homens, mas até que esse acesso fosse tornado algo verídico muitas lutas foram travadas. A primeira mulher a se graduar no país foi Rita Lobato Velho Lopes (1867-1954), em 1887, na Faculdade de Medicina da Bahia.

Atualmente os dados do censo da Educação Superior no Brasil (2012) do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), apontam as mulheres como sendo as responsáveis pela maioria das matrículas nos cursos de graduações presenciais, somando em todo o país mais de 3.286.415 matrículas femininas, contra 2.637.423 masculinas, que evidenciava a busca das mesmas por qualificação¹.

Nesse contexto da mulher junto à universidade, cita-se o processo de feminilização na saúde, em especial na enfermagem, na qual o sexo feminino é de quase 90% dos profissionais dessa área, cuja execução do seu trabalho é voltada ao cuidado, que é bem característico as mulheres, contudo atrelada a embasamento científico².

Apesar de toda esta luta histórica pela igualdade de direitos, tão arduamente travada ao longo dos tempos, para ocupar espaços que outrora não lhe era permitido almejar, ainda assim a maioria das mulheres desejam alcançar o antigo padrão esperado da maternidade, para alcançar o modelo de realização.

Para Paula³ ao analisar o discurso de algumas entrevistas realizadas com mulheres que ainda não vivem a maternidade, que as mesmas apesar do desejo de autonomia financeira ainda assim têm o desejo de ser mãe, mas ainda não vem o momento oportuno, e também por sentirem uma certa ‘obrigação’ em atender o apelo da sociedade, no que diz respeito as mulheres serem mães.

Com isso, uma parte das mulheres, de forma planejada ou não, engravida ainda durante à graduação universitária, gerando desafios e expectativas a serem enfrentados pelas mesmas durante este período já tão tumultuado de suas vidas, que vai desde a decisão de ter ou não o bebê, até as condições que a criança será criada.

Aquelas que engravidam durante o período universitário, mesmo não sendo tal gestação planejada e nem bem aceita de início, mas que se tornou desejada pela mesma e que pretendem continuar seu curso superior, devem estar cientes das demandas que terá que enfrentar decorrentes da nova condição em que se encontra. Afinal suas mudanças fisiológicas e emocionais atrelada aos desafios acadêmicos, fazem com que seja necessário certo grau de amadurecimento, para que saibam lidar com os problemas e sobrecargas que podem surgir nessa caminhada. Visto que, quando assumem o papel de mãe, as

mulheres encaram grandes dificuldades ao tentarem corresponder ao tipo ideal de mãe imposto ao gênero feminino pela sociedade³.

As mudanças fisiológicas envolvem diversos sistemas do organismo humano, entre os mais afetados, cita-se o sistema reprodutor, onde suas principais alterações se dão no útero, para que haja o desenvolvimento do concepto, e das mamas, para auxiliar na produção de leite. A busca por essa plena realização faz com que as mesmas se desdobrem para conciliar as atividades acadêmicas e os cuidados com os filhos. Visto a circunstância, vale lembrar as grandes alterações emocionais promovidas pela maternidade que findam por sofrer influência direta de determinantes biológicos, sociais e culturais⁴. Neste contexto, a mulher que engravida ou tem filho e tem que conciliar as atividades de um curso integral em uma universidade, deve estar psicologicamente preparada para os conflitos intrapsíquicos que podem vir a surgir nessa associação de papéis, evitando assim prejuízos as suas atividades e funções como mãe e estudante.

Por tais razões, a compreensão sobre os desafios enfrentados por essas gestantes e mães acadêmicas, que passaram e ou passam pela experiência de conciliar o papel de mãe e estudante, do curso de enfermagem em uma universidade estadual no interior do Ceará em período integral, justifica-se por contribuir de forma científica para tornar claro e público os obstáculos arcados por essas mulheres.

Visto que tal fato é algo cotidiano e corriqueiro nas universidades e faculdades do país, este estudo tem como relevância a possibilidade de ofertar algumas respostas à comunidade acadêmica e social, e despertar para o desenvolvimento de referências literais acerca do assunto, dadas a escassez de estudos que se voltam a tal temática mesmo havendo a grande incidência de casos. E podendo também por meio do estudo realizado, fortalecer a tese de que

apesar das diversas dificuldades é possível conciliar maternidade e um curso integral quando se tem o apoio familiar.

Desse modo, o estudo tem como objetivo conhecer os desafios enfrentados e expectativas das mulheres estudantes do curso de enfermagem de uma universidade pública do interior do estado do Ceará, que estão grávidas e/ou engravidaram durante o período acadêmico.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. O estudo de natureza exploratória e descritiva tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito, bem como descrever características de determinada população ou fenômeno⁵.

A abordagem adotada foi qualitativa, pois reconhece o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador⁶.

No entanto, tal tipo de pesquisa, pode vir a explorar a construção da realidade, não deixando de lado o conhecimento científico, em níveis mais aprofundados da realidade onde não se é possível quantificar. A coleta de dados e elaboração do trabalho se deu entre os meses de janeiro a maio de 2017. A pesquisa foi realizada no curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública do interior do estado do Ceará.

Foram participantes do estudo sete mulheres estudantes do referido que estavam grávidas e/ou engravidaram durante o período acadêmico. Para fazer parte do estudo, as participantes deveriam atender aos seguintes critérios: estar grávida ou ter engravidado durante o curso, cursar enfermagem e estar regularmente matriculada na instituição. Os critérios de exclusão para participação no estudo foram: Encontrar-se afastada ou de licença.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário e de entrevista semi-estruturada. A aplicação do questionário e a realização da entrevista individual ocorreram nas dependências da universidade, com duração de 20 a 30 minutos, tendo sido utilizado gravador de áudio, já anteriormente autorizado pelas participantes a gravação da entrevista, estando tal diálogo já previamente agendado com as entrevistadas.

A análise dos dados ocorreu a partir da Análise Temática, segundo Minayo (2010). Deste modo, o tratamento e análise dos dados obedeceram às seguintes etapas: 1ª etapa: Transcrição literal das informações coletadas pelo roteiro da aplicação do questionário. Para identificação das entrevistadas foram utilizados codinomes inspirados em espécies de flores, partindo do pressuposto que o nascer da maternidade é como o florescer de uma flor; 2ª etapa: Foi feita uma leitura flutuante de todo o material coletado, onde foi possível um maior aprofundamento nos dados; 3ª etapa: Foi realizada a análise propriamente dita do material, a partir da exploração dos dados coletados; 4ª etapa: Como última etapa, foi ela elaborada uma síntese interpretativa, propiciando a produção de uma redação onde foi possível dialogar sobre os temas que objetivaram a pesquisa.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não

maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho⁷.

Em atenção aos princípios éticos, as participantes do estudo foram informadas acerca dos objetivos da pesquisa, de forma a autorizar sua participação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com o número de 1.878.564.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise dos dados, foi possível o estabelecimento de um perfil para essas mulheres. No que diz respeito a faixa etária foi encontrado que quatro engravidaram entre 17 e 21 anos e três entre 22 e 25 anos, sendo assim tal dado é inferior a média nacional que segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE (2015), que trás em números, a constante de que as mulheres estão engravidando cada vez mais tarde, com uma faixa etária em média de 30 a 39.

Quando questionadas sobre com quem moravam e com quem os filhos moravam os resultados encontrados foram: cinco moram com o companheiro e pai do filho(s) e com o filho(s), uma mora com os seus pais e o filho(a) e uma com os pais e o companheiro e o filho mora com os avós maternos.

Quanto ao estado civil, os dados obtidos foram: quatro vivem em união estável, duas são casadas em união civil e uma em processo de separação, tais resultados vão de encontro com o censo do IBGE divulgado em 2010 que trás as uniões estáveis ou uniões consensuais com sendo mais de 1/3 dos casamentos no Brasil, sendo algo em torno de 36,4% do total das uniões⁸.

No quesito que tratava sobre apoio familiar e/ou do parceiro, a totalidade das mulheres entrevistadas declararam apoio, fato esse que foi apontado pelas interrogadas como sendo algo que influenciou diretamente na continuação dos estudos e encorajamento para conciliar os papéis que seria imposto pela nova fase.

No que se refere à renda familiar, a média geral ficou entre dois e três salários mínimos. Apenas uma das entrevistadas possui uma bolsa universitária referente a um projeto extracurricular, uma executa atividade remunerada nos fins de semana e uma possui auxílio do Programa Bolsa Família.

Sobre o Índice de Rendimento Acadêmico, cinco referem ter aumentado e as outras duas tem mantido a média. Vale destacar ainda, que seis participantes relataram conseguir acompanhar o curso sem reprovações ou abdicação de módulos ou semestres.

A revelação de uma gestação não planejada, dependendo das circunstâncias na qual a provedora está inserida, que no caso das participantes desse estudo são jovens universitárias, não tendo a grande maioria uma renda e dependente dos pais ou companheiro, é quase sempre uma notícia inesperada e delicada. “A principal dificuldade para mim foi a aceitação da gravidez, pois não foi planejada, eu fui aceitar já no 6º mês de gestação [...]” (**Lírio**).

Em uma pesquisa onde foram entrevistadas 366 mulheres que engravidaram, 96 afirmaram ter sido a gravidez não planejada, evidenciando que mais de ¼ das participantes não almejava tal ocorrido naquele determinado período. Fato que demonstra que mesmo havendo o desejo de adiamento da gestação, a mesma ainda acontece em alto índice de maneira inesperada⁹.

No que se refere ao conhecimento das participantes sobre os métodos contraceptivos, as mesmas em suas falas não associaram a falta de informação como sendo um dos fatores que influenciou para o ocorrido. E é sobre esse

conhecimento prévio dos universitários da área da saúde que trata o estudo¹⁰, tendo os mesmos na entrevista referido ter ciência de pelo menos da camisinha masculina e anticoncepcional oral, e tal fato se reflete no discurso coletado, a seguir: “[...]e essa desculpa que as pessoas dão, de que há eu não tinha informação, eu não tive essa desculpa, acho que nenhuma de nós tivemos, pois sabíamos de todos os métodos.[...]” (**Margarida**).

Após a descoberta e aceitação da atual situação pela própria gestante, a mesma, quase sempre, sente a necessidade de procurar apoio do parceiro e familiar, e o primeiro passo é informa-los sobre o acontecimento, fato esse que nem sempre é bem recebido por um dos ou por ambos, pois segundo Hoga¹¹ a gravidez não planejada dos filhos pode acarretar nos pais da gestante uma série de sentimentos contraditórios como revolta e frustração, pois os mesmos idealizam a formação acadêmica do filho, o casamento e somente depois da estabilidade financeira, a vinda dos filhos que serão seus netos, e tais sentimentos podem vir a afetar o apoio familiar necessário aos novos desafios que terão que ser enfrentados, o que pode influenciar diretamente na continuação dos estudos e até mesmo o abandono, não tendo sido o caso das participantes do estudo, mas que ainda assim relataram a dificuldade de aceitação no primeiro momento. Fatos esses que são expostos nos relatos abaixo:

“A principal dificuldade que eu enfrentei quando descobri a gravidez foi a rejeição da minha mãe no primeiro momento, ela não queria, achava que eu ia desistir de tudo, foi bem triste pra mim, bem difícil [...]. E do fato da gente ser muito jovem, meu marido está só em um emprego, ficava tudo mais difícil, ai eu ficava imaginando como é que eu vou criar uma criança sem ter terminado a faculdade [...]” (**Orquídea**). “O primeiro desafio é a família, porque é um choque grande pra todo mundo, ainda mais que, eu não tinha renda nenhuma [...]” (**Margarida**).

Posteriormente ao período de aceitação e apoio familiar e do parceiro para que seja possibilitado o combinar de funções que a nova etapa da vida requer, outra dificuldade enfrentada pelas mães universitárias antes e após o nascimento dos filhos são os questionamentos da mesma que vão desde a preocupação com a falta de renda pessoal, o preconceito dos colegas, a dificuldade de transporte, se caso ela tiver que voltar para o seu município de origem, visto que a maioria não mora em sua cidade natal por conta do curso superior que exige disponibilidade total, até o medo de não conseguir conciliar as sobrecargas da faculdade com os cuidados que filho necessita. Que se fazem presentes nas falas que seguem: “Na verdade, um dos principais desafios foi porque eu não trabalho ainda, então eu dependia da minha mãe, não era casada, a gravidez foi um baque muito grande. [...] Porque na época eu pensei em largar a faculdade e arranjar um emprego [...]” (**Hortência**). “[...] Na faculdade teve muita gente que olhou torto pra mim, principalmente porque eu tive muito cedo [...]” (**Margarida**). “[...]a questão do transporte, a dificuldade de eu ir pra faculdade, de eu volta, que todo dia eu tinha que ir e volta depois que ele nasceu, não dava mais pra eu ficar morando lá. [...]” (**Rosa**). “[...]o medo de não conseguir dá continuidade na graduação, de não conseguir conciliar o curso integral e ser mãe, porque ambos exigem muito da gente, tanto em questão de tempo, quanto de dedicação.” (**Girassol**). “[...]o medo de a sobrecarga com o meu bebê me prejudicar, nas minhas atividades acadêmicas [...] como também as vezes, as vezes não, sempre, aquele sentimento, aquela angústia de que a gente não tá dando o tempo e a atenção que a criança merece, por conta de a faculdade exigir muito da gente.” (**Tulipa**).

Na pesquisa¹² é exposto nos resultados que as mulheres, participantes da pesquisa, que decidem conciliar a maternidade com o estudo sentem algumas dificuldades, como conciliar o curso com a gravidez e ter que abdicar o cuidado

com o filho para se dedicar ao estudo, ou seja, desempenham mais de uma função, quando não optam por abdicar de alguma das atividades antes rotineiras.

Uma das dificuldades mais presentes nas falas foram relacionadas as questões financeiras, devido as dificuldades de conciliar uma atividade remunerada ou mesmo extracurricular devido à falta de tempo em decorrência do período integral do curso que também estava associado à falta de com quem deixar o filho, ato que refletiu nas respostas referentes ao questionário socioeconômico onde somente duas exercem algum tipo de atividade remunerada, e uma recebe auxílio de programas sociais do governo para complementar a renda familiar. Fato que seria amenizado com a ampliação dos auxílios universitários que priorizassem as mães estudantes, que se fariam um motivo a mais de encorajamento para conclusão dos estudos das mesmas.

3.2 A importância do apoio familiar e os enfrentamentos cotidianos no conciliar estudo e maternidade

A gestação traz consigo inúmeras mudanças fisiológicas, que vão desde o aumento do útero até a mudança no ritmo cardíaco, e muitas vezes psicológicas também, que influenciam na rotina da gestante, exigindo dela mais cuidados, visto que a vida de outro ser está sendo gerada dentro da mesma, e quando o conceito nasce, ele requer cuidados intensivos, demandando tempo e disposição materna, mesmo depois que a criança passa da fase de lactente¹³.

Além disso, a própria mulher passa por mudanças na sua vida que requerem abdicar de determinado período do tempo diário para à vida que será responsável e o próprio fato da insegurança diante da responsabilidade pela educação de outro ser humano.

Quando maternidade é vivida em concomitância com os estudos acadêmicos, a mulher necessita de equilíbrio e apoio familiar, para conciliar as funções (HOGA,2009), as quais ela se destina, possam uma não suprimir a outra, devido os obstáculos encontrados durante essa caminhada, obtendo o máximo de resultado satisfatório possível em ambos os papeis. Tendo sido o apoio familiar e do parceiro algo muito citado nos depoimentos como parte fundamental para continuação dos estudos, e também os filhos como sendo mais um incentivo para continuar, fatos que serão expostos abaixo:

“[...] Aí eu conversei com minha mãe direitinho, e ela se propôs a me ajudar, minha sogra também se propôs a me ajudar, meu marido também sempre me incentivando a continuar, aí eu acabei que estou até hoje. [...]” (**Orquídea**).
“[...]Eu devo muito ao apoio dos meus pais, também a Deus...” (**Margarida**)
“[...]depois de receber todo o suporte da família e apoio, eu pude continuar a faculdade, eu tive muita ajuda, me casei, entrei numa casa e assim eu pude dar continuidade da faculdade, sem mais aborrecimentos[...]

 (**Hortência**).
“[...]conciliar as aulas no turno da noite, visto que o pai dela também cursa integralmente então a gente sempre tá reversando quando possível pra que ninguém se prejudique. [...]” (**Girassol**). “[...] meus filhos eles são incentivo pra mim e só me fazem pensar que a cada dia eu devo melhorar [...]me torna uma boa profissional, pra dá o que eles merecem e o que eles precisam.” (**Tulipa**).

Mas apesar de todo apoio familiar, as dificuldades existem e são muitas, principalmente no que se refere no associar do papel de mãe, estudante, dona de casa e mesmo o de esposa, que se unem a dificuldade de encontrar alguém de confiança para deixar o filho durante o tempo que se está em aula, a abdicação de outras atividades acadêmicas por não ter tempo, e a falta de compreensão e apoio por parte de alguns professores, tais mazelas foram alguns dos resultados encontrados durante as entrevistas e que serão expostos nos relatos seguintes:

“[...]quando eu chego em casa eu tenho que organizar tudo, tenho que cuidar dos meninos e ainda tenho que arranjar tempo pra fazer trabalho[...] eu choro quase toda noite, imaginando que eu não vou conseguir terminar a faculdade [...] e geralmente eu nem consigo dormir, porque é cuidando dos dois ao mesmo tempo, e pensando no trabalho que eu tenho que fazer, que eu não consigo fazer porque não dá tempo[...]” (**Orquídea**) “[...]eu tive muita dificuldade para arranjar uma pessoa para ficar com a minha filha[...] quando eu conseguia tinha muita mudança no horário das aulas[...]” (**Hortência**) “[...]a minha maior dificuldade era me reunir com os colegas para fazer os trabalhos porque eu não tinha condições, chegava àquela hora eu tinha que tá em casa, porque a partir de um certo tempo minha mãe não podia mais ficar com ele [...]foi o peso mesmo da responsabilidade de ter que conciliar essas duas coisas, porque eu não podia deixar de cuidar dele, porque não tinha quem cuidasse e a questão da faculdade, que não tinha quem fizesse os trabalhos por mim[...]” (**Rosa**) “[...]Outra dificuldade também é ter que abrir mão muita das vezes de algum curso, extensão, bolsa, por ela ainda ser um bebê, ser muito novinha e ainda mamar[...]” (**Girassol**) “[...]fui desencorajada por uma professora, onde ela me disse que eu não ia conseguir terminar o semestre depois que minha filha nascesse, e eu acreditei[...] eu achava que era algo bem mais difícil do que realmente foi e que eu teria bem mais dificuldades do que eu realmente tive[...]” (**Margarida**) “[...] a incompreensão por parte de certos professores, que as vezes eu chego um pouco atrasada na aula ou tenho que sair um pouco mais cedo por conta de algum imprevisto e as vezes eu noto que eles não compreendem muito bem[...]” (**Girassol**)

Fazendo uma breve correlação com a pesquisa de Soares et al. (2013), na qual foram entrevistadas universitárias que engravidaram durante o curso, onde uma das variáveis foi a dificuldades em conciliar o curso com a gravidez,

o resultado obtido foi semelhante ao dessa pesquisa, pois apesar de dificuldades diferentes apresentadas, as participantes de ambos os estudos enfrentaram suas contrariedades com intuito de conciliar os papéis de mãe e universitária, não abandonando o curso superior.

Ao que contraria um levantamento realizado em 2013 pelo Todos Pela Educação para o Observatório do Programa Nacional de Educação (PNE), no qual trazia que apenas uma de cada quatro adolescentes entre 15 e 17 anos que engravidavam conseguiam completar o ensino médio, sendo a gravidez um dos fatores relevantes para o abandono escolar. Apesar das mulheres deste estudo não serem adolescente, são adultas jovens, que engravidaram em um determinado período de um curso superior, mas que apesar dos diversos obstáculos enfrentados não abandonaram o curso¹⁴.

3.3 As expectativas Acadêmica e Profissional após a gravidez e nascimento do filho

A gestação não planejada é sempre motivo de apreensão materna, principalmente, quando tal concepção vem em uma fase da afirmação profissional na vida de adultas jovens universitárias, como foi o caso das participantes desse estudo. Pois os medos com os cuidados que o filho exigira e as dificuldades de conciliação de toda a nova fase com os estudos, acaba por influenciar diretamente as expectativas que a estudante tem para sua vida acadêmica e profissional, fato que é verificado na fala das mesmas: “No início a expectativa era que não ia dá certo, muitas vezes eu pensei em desistir porque eu não tava conseguindo ser nem uma boa mãe, nem uma boa aluna[...] E a expectativa é, se Deus quiser conseguir me formar, conseguir arranjar um trabalho urgente, pra melhorar de vida, dá uma educação melhor e conseguir

suprir todas as necessidades dos meninos, que agora são dois, tá bem mais complicado, ainda hoje eu penso em desistir, mas eu sei que eu não posso. E eu lutei até hoje né, então vai dar certo.” (**Orquídea**) “Minha primeira intensão foi realmente largar a faculdade e arranjar um emprego[...]depois de receber todo o suporte da família e apoio, eu pude continuar a faculdade, eu tive muita ajuda[...]” (**Hortência**) “A minha expectativa é de conciliar minha vida acadêmica e a maternidade dando sempre o meu melhor em ambas e me tornar realizada tanto como mãe como profissional.” (**Girassol**) “[...]Minha maior expectativa é que eu possa concluir meu curso carregando uma bagagem de sabedoria, e que eu consiga concluir meu TCC com sucesso, porque não é fácil ser mãe, esposa, estudante e trabalhar fora para sobreviver!” (**Rosa**)

Segundo¹⁵ os obstáculos que as mulheres devem enfrentar no mercado de trabalho, são inúmeros, pois além do preconceito, existe a sobrecarga que os cuidados com os filhos demandam, em contrapartida as jornadas intensas de trabalho. O que é similar aos resultados encontrados nesse estudo, que apesar de ainda não existir um emprego fixo para todas, o estudo intenso em um curso de período integral toma o lugar do trabalho. Podendo se espelhar ainda na futura carreira profissional que está sendo trilhada dentro da universidade.

Fazendo referência ao estudo¹⁶ de onde os autores trouxeram em uma revisão de literatura uma análise sobre dois temas similares ao desse estudo, que foi maternidade e carreira profissional, reafirma a crescente ocupação da mulher nos diversos espaços sociais e que para conciliar carreira e maternidade elas criam estratégias para que uma função possa não prejudicar a outra e apesar das diversas dificuldades elas conseguem crescer no mercado de trabalho, cuidar do lar e viver a maternidade, com ajuda de sua rede de apoio individual que vai desde o apoio familiar até as creches e escolas. E tais fatos interferem

diretamente nas expectativas das mulheres que conciliam funções, que é bem o caso das participantes deste estudo e foram bem representados nas falas acima.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os resultados encontrados, as dificuldades gerais e as identificadas na conciliação maternidade e estudos, as que se sobressaíram nas falas da entrevistadas: a dificuldade financeira, por não poderem trabalhar devido a vigência do curso integral, os cuidados com a casa e o filho; a falta de tempo devido a maternidade, o que refletia nas demandas acadêmicas, e por vezes as faziam abdicar de algum projeto extracurricular, ou na dificuldade direta de fazer os trabalhos e estudar para as provas devido a jornada de mãe e dona de casa, a dificuldade de encontrar alguém com quem pudessem deixar o filho para que pudesse assistir aula e falta de compreensão por parte de alguns professores.

Já quando se fala de apoio familiar e expectativa após a maternidade, elas revelaram que a família e o parceiro foram importantes para o continuação dos estudos e que o fato da maternidade não as fizeram pensar de maneira negativa em relação ao seu futuro, ao contrário, os filhos lhe deram mais uma razão e vontade de crescer e ser uma excelente profissional, por vontade de dar uma qualidade de vida cada vez melhor a eles, o que ficou bem explicito no produto dos questionários socioeconômico, onde a maioria teve seu Índice de Rendimento Acadêmico aumentado após a descoberta da gestação, e as demais conseguiram manter a mesma nota anterior a gravidez, sem terem tido nenhum prejuízo nos semestres ou mesmo precisado de Nota de Avaliação Final (NAF) ou tendo tido alguma reprovação, após a concepção.

Esta pesquisa possibilita a partir dos dados apresentados as reflexões e sugestões para novos estudos que desejem se aprofundar na temática, como o porquê de mesmo as entrevistadas sendo universitárias e tendo conhecimento prévio de prevenção, não evitaram uma gravidez indesejada, que foi o caso de todas as participantes, e a importância que a visão e apoio dos professores e sociedade acadêmica exercem no conciliar de papéis da mãe universitária.

No que se refere às limitações encontradas ao escrever a redação que deu origem ao estudo, foram detectadas duas, a primeira delas foi a escassez de literatura que tratasse do assunto, e ao buscar temas relacionados, os encontrados, eram a grande maioria com atualização precária. Fato que traz à tona a necessidade de se pesquisar mais sobre a temática e a fatos associados, como o aleitamento durante esse período de conciliação de funções ou até mesmo os questionamentos citados acima, visto o conteúdo tão rico e pouco explorado. E o segundo foi o fato de não ter sido possível a ampliação da amostra da pesquisa em outras instituições de ensino superior, devido ao escasso tempo que a pesquisadora dispunha para realização das entrevistas.

Analisando o trabalho como um todo, foi possível entender, não completamente, porém, profundamente livre de preconceitos e concepções culturais e sociais, os desafios enfrentados e as expectativas de um grupo de jovens mulheres que optam por conciliar papéis em uma fase tão delicada e tumultuada que é o período. Mas apesar de todos os obstáculos as mesmas demonstraram disposição para o enfrentamento aumentada, esforçando-se ao máximo para dar o melhor de si como estudante, mãe, dona de casa e esposa, não arrependendo-se das funções escolhidas, fazendo com que as mesmas sejam um motivo sempre mais forte para crescer e se dedicar em todas as áreas da vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BR). Uniões consensuais superam casamento civil e religioso. Disponível em: <<https://arpen-sp.jusbrasil.com.br/noticias/127239479/unioes-consensuais-superam-casamento-civil-e-religioso>>. Acesso em: 06 jun. 2017
2. Machado MH, Vieira AL, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(3): 119-122.
3. Oliveira P. A mulher atual e a representação da maternidade [Dissertação]. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, Mestrado em Psicologia Clínica; 2007.
4. Fabbro MR, Heloani JR. Mulher, maternidade e trabalho acadêmico. *Invest. educ. enferm.* 2010; 28(2): 176-186.
5. Piccinini CA, Lopes RS, Gomes AG, De Nardi T. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol. Estud.* 2008; 13(1): 63-72.
6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
7. Minayo MC, Derlandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
8. Ministério da Saúde (BR). Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no distrito federal. Brasília [Relatório de pesquisa]; 2013.
9. Santos AO, Borges AL, Chofakian CBN, Pirotta KC. Determinants of emergency contraception non-use among women in unplanned or ambivalent pregnancies. *Rev. esc. enferm. USP.* 2014; 48(Esp): 16-23.
10. Seabra LO, Nery IS, Moreira FHB, Rocha JS. Conhecimento sobre métodos contraceptivos por universitários da área de saúde. 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero.
11. Hoga LAK, Borges ALV, Alvarez REC. Gravidez na adolescência: valores e reações dos membros da família. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2009; 22(6): 779-785.
12. Silva G, Soares MCS, Gomes GKN, Moura JP, Almeida LAL, Dias MD. Expectativas e desafios de mulheres acadêmicas de enfermagem que engravidaram durante a graduação. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde.* 2013; 11(1): 145-155.

13. Ricci SS. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.
14. Observatório do PNE. Apenas uma em cada quatro adolescentes grávidas conclui a educação básica. Disponível em: <<http://www.observatoriodopne.org.br/noticias/apenas-uma-em-cada-quatro-adolescentes-gravidas-conclui-a-educacao-basica>>. Acesso em: 06 jun. 2017.
15. Neto AMC, Tanure B, Andrade J. Executivas: carreira, maternidade, amores e preconceitos. *RAE-eletrônica*. 2010; 9(1):1-23.
16. Beltrame GR, Donelli TMS. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. *Aletheia*. 2012; (38-39): 206-217.

Conducta desonesta en investigación: motivaciones y propuestas

Dishonest conduct in research: motivations and proposals

Má conduta em pesquisa: motivações e propostas

Eduardo Rodríguez¹

Fernando Lolas²

RESUMEN

El presente artículo constituye una reflexión sobre la literatura en medline sobre motivaciones de conducta deshonesta en investigación. Después de referir los tipos de conducta deshonesta que se han reportado se concluye la necesidad de formación en integridad científica en las instituciones que realizan investigación y contar con mecanismos institucionales para prevenir conductas deshonestas. Para reforzar la formación se propone emplear formas de reconocimiento y estímulo que desincentivan la competencia entre investigadores y fomenten una ética colectiva.

Palabras clave: Integridad científica, conducta deshonesta, motivaciones, propuestas

ABSTRACT

Present article reflects about motivations for research misconduct using articles found in medline covering the topic. The types of research misconduct reported is explained. Conclusion: there is need for training in research integrity in Institutions that carry out research and of developing institutional mechanisms to prevent research misconduct. To reinforce the training, ways of acknowledgement and incentives to avoid competition among researchers are proposed in order to foster a collective ethics.

Key words: research integrity, research misconduct, motivations, proposals

¹ Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética Universidad de Chile; erodriguezchi@gmail.com

² Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética Universidad de Chile; flolas@u.uchile.cl

RESUMO

Este artigo constitui uma reflexão sobre a literatura no Medline sobre as motivações da conduta desonesta em pesquisa. Após referir os tipos de condutas desonestas relatadas, concluiu-se a necessidade de treinamento em integridade científica em instituições que realizam pesquisas e possuem mecanismos institucionais para prevenir condutas desonestas. Para reforçar a formação, propõe-se a implementação de formas de reconhecimento e incentivo que desencorajam a competição entre investigadores e promovam a ética coletiva.

Palavras-chave: Integridade científica, conduta desonesta, motivações, propostas

1 INTRODUCCIÓN

La conducta deshonesta en investigación es uno de los problemas mayores que enfrenta la comunidad científica. Es importante proporcionar soluciones, para lo que se ha de partir reconociendo sus causas. Los investigadores y evaluadores tienen la obligación de crear, implementar e informar los hallazgos de investigación con honestidad e integridad. El progreso científico se basa en estudios y diseños de investigación previos y cuando se averigua que fueron inadecuados, tiene que reestudiarse el proceso del progreso científico. Incluso en revistas prestigiosas se observa el fenómeno de la “retractación”, que implica retirar un artículo ya publicado de las referencias. Curiosamente, en la literatura biomédica latinoamericana, las retractaciones son muy escasas, lo que parece indicar desconocimiento del problema.

La falsificación de datos científicos tiene enormes repercusiones. La confianza es clave para el apoyo público a la ciencia. La investigación científica es reconocida como un importante factor para el desarrollo de una nación. Sin embargo, a medida que se incrementa la investigación, se hace necesaria una mayor supervisión. Existe relación entre la cantidad de investigación que se

realiza y la probabilidad de que se cometan faltas en la conducta de investigación¹.

La falta de confianza en la empresa científica podría dañar el progreso en la industria, la calidad de vida, la medicina y la salud pública. Se podría decir que la investigación científica enfrenta una “polifonía normativa” con normas, expectativas y necesidades que afectan a individuos, grupos, instituciones y donantes públicos y privados. Aunque las normas escritas son importantes, su aplicabilidad y supervisión están sujetas a diferentes intereses e interpretaciones en distintos contextos culturales. La conducta deshonesta en investigación clínica acarrea consecuencias especialmente graves cuando se relaciona con la salud humana. Estudios falsificados pueden llevar a tratamientos inadecuados o negativos.

2 CONDUCTAS DESHONESTAS EN INVESTIGACIÓN

Un investigador tiene la responsabilidad ética de hacer su trabajo con honestidad y de forma objetiva, así como de colaborar con su equipo de trabajo, pero también responsabilidades sociales con la sociedad en general, los sujetos de investigación, los patrocinadores y otros investigadores y de publicar sus resultados². Cuando no se especifican las responsabilidades aumenta la probabilidad de que ocurran transgresiones.

El Comité de ética de la publicación científica define la falta en la conducta de investigación como una violación de los estándares de conducta ética y científica en la práctica profesional de investigar³. La conducta deshonesta puede ocurrir en cualquier etapa del proceso investigativo, en la propuesta, la realización de la investigación, la revisión o la publicación de los resultados. Las faltas pueden cometerse también por cualquier miembro del

equipo de investigación, no solo el investigador principal, puede ser un colaborador, un técnico o un trabajador de campo.

Existen diversos tipos de conductas deshonestas, algunas más serias que otras. El Código de regulaciones federales de los Estados Unidos⁴ identifica como faltas graves la fabricación (inventar datos os resultados y registrarlos o reportarlos), la falsificación (manipular equipos, materiales de investigación o procesos o cambiar u omitir datos os resultados de forma que la investigación no sea representada con exactitud en los registros) y el plagio (apropiación de ideas, palabras, procesos os resultados sin darle crédito apropiado). Otras formas de conductas deshonestas son^{5, 6, 7}

- No cumplir las propuestas para el estudio aprobadas por el comité ético científico
 - No cumplir con el requisito de consentimiento informado
 - Falta de respeto a los sujetos de investigación que puede resultar en riesgos o daños evitables a humanos, animales o el ambiente
 - No informar de la fuente de financiación de la investigación
 - Uso no autorizado de información confidencial
 - No dar crédito a datos que contradicen los propios resultados de la investigación
 - No dar crédito apropiado a autores en publicaciones
 - Ocultar detalles de la metodología os resultados de forma que otros no puedan repetir el experimento
- Evitar ciertos aspectos de las exigencias debidas al sujeto de experimentación
- Ignorar el uso de otros de datos deficientes o interpretaciones cuestionables
- Diseño de investigación inadecuado

- Mantención inadecuada de registros
 - Dar falsa información al público
 - Negligencia persistente grave
 - Aceptar o facilitar las malas prácticas en investigación de otros
 - Proporcionar conclusiones desde suposiciones subjetivas
 - Tomar ventaja del proceso de evaluación por pares en publicaciones para impedir la publicación de un competidor
- No tener en cuenta la vulnerabilidad de las poblaciones estudiadas

A pesar de que el conocimiento de las buenas prácticas de investigación debería garantizar la calidad y la integridad de la investigación, se sabe por casos reportados internacionalmente que ocurren muchos casos de conducta impropia, lo que cuestiona la capacidad de la comunidad científica para autorregularse y la dificultad de las instituciones reguladoras de garantizar integridad científica⁸. En el mundo académico la falsificación, la adulteración y el plagio se incrementan en una cultura en que priman la ambición por escalar posiciones de prestigio y publicar lo máximo posible como parte del éxito de una carrera⁹. En la literatura internacional, los estudios de faltas en la conducta de investigación que llevaron a promulgar normas tuvieron que ver con trato inhumano de sujetos de investigación, como los estudios de sífilis de Tuskegee, el de hepatitis en Willowbrook o el del Hospital de Enfermos Crónicos Judío en que los pacientes fueron inyectados con células vivas cancerosas. Sin embargo, el *modus operandi* de muchos casos actuales de mala conducta parece haberse transformado en motivaciones personales, como la reacción a un ambiente de trabajo negativo¹⁰, ganancias personales o necesidad de reputación e ingresos económicos¹¹.

Miller y colaboradores sugieren que la integridad en investigación está vinculada al tipo de identidad moral de los profesionales, lo que enfatiza el conflicto en investigación clínica entre el “rol del investigador como clínico y el del investigador como científico”¹². Una investigación envió un cuestionario a investigadores financiados por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos y probó que existía un problema con faltas a la conducta de investigación. Si se multiplicaran los 167 científicos con mala conducta en el estudio por el número total de investigadores que apoya el NIH, “el número de incidentes con sospecha de faltas a la conducta de investigación en esa población sería de 4650 incidentes por año¹³.” Desafortunadamente, solo se preguntó a investigadores principales y por lo general, los que trabajan en el laboratorio son estudiantes de posgrado. Aunque existe consenso sobre la idea de que el cumplimiento de estándares éticos debe verificarse mediante la supervisión de grupos calificados de persona¹⁴. En Latinoamérica es difícil saber la prevalencia de conducta deshonesta debido a la falta de mecanismos organizados para denunciar, investigar los casos y sancionar.

El desarrollo científico depende de profesionales calificados, pero también de una estructura social organizada que cautele el respeto a los sujetos humanos. Aunque la validez científica de una propuesta de investigación debe juzgarse por pares competentes, las consecuencias sociales y el impacto en la sociedad deben también someterse al análisis de personas que no necesariamente tengan interés en los resultados concretos e inmediatos. Este segundo aspecto exige el diálogo entre investigadores y personas que representen a la comunidad eventualmente afectada por la investigación. Para que la investigación con sujetos humanos sea ética existen exigencias que deben ser analizadas para respetar la dignidad humana, proteger a los sujetos de riesgos innecesarios y

reclutar sujetos con justicia y con un adecuado proceso de consentimiento informado, salvaguardando la confidencialidad de datos personales.

3 MOTIVACIONES PARA TRANSGREDIR LA CONDUCTA ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Existen muchas motivaciones detrás de la conducta deshonesta en investigación que pueden diferir por el rol que tienen las personas en investigación. Por ejemplo, un investigador principal puede estar presionado por publicar o por obtener financiación. Un post doctorado puede querer finalizar su estudio cuanto antes. Algunos trabajadores de campo o colaboradores pueden ser perezosos, descuidados o no entender la importancia del cumplimiento del protocolo. Las motivaciones se pueden dividir en:

3.1 Causas institucionales

El ambiente en un lugar de trabajo es importante en la motivación. La inseguridad y las malas relaciones laborales pueden causar una actitud negativa, no tomar la investigación en serio, pensar que están perdiendo el tiempo y no realizar esfuerzos ni pensar creativamente para mejorarlo¹⁵. Una mala relación con el supervisor de una investigación puede causar que un estudiante realice los estudios de forma descuidada¹⁶.

Una primera causa aducida son presiones institucionales para producir resultados para publicar u obtener financiación. Una presión muy común en la carrera académica es la presión para publicar ya que es exigido en la evaluación de desempeño y para obtener promoción^{17,18}.

La falta de apoyo institucional y las normativas procedimentales de investigación consideradas injustas puede causar conductas inapropiadas en investigación de forma colectiva¹⁹. También puede influir la falta de comunicación y de organización institucional o insuficiente supervisión²⁰.

3.2 Motivaciones personales

Una investigación sobre los casos reportados de conducta deshonestas en la Oficina de Integridad de Investigación en Estados Unidos encontró las siguientes motivaciones personales: La falta de tiempo, exceso de trabajo, estrés, el cumplir con las expectativas de un supervisor, la falta de apoyo, inseguridad, deseo de tener éxito, frustraciones o el tener problemas personales o tener que realizar tareas demasiado difíciles²¹.

3.3 Motivaciones económicas

Según Antes y colaboradores, la mayoría de los estudios que vinculan factores individuales a decisiones éticas tienen que ver con negocios²². Se ha demostrado que las ganancias económicas por preferir un resultado sobre otro en investigación pueden afectar a la conducta responsable de investigación. Una revisión sistemática de la relación entre el origen de financiación, el resultado del estudio y el nivel de evidencia demostró asociación entre la financiación de la industria, la existencia de conflictos de interés económicos y un bajo nivel de evidencia²³. Autores de publicaciones que tienen financiación de la industria privada tienden a reportar resultados en acuerdo con los resultados de la empresa que financia.²⁴

Un caso latinoamericano que alcanzo repercusiones a nivel mundial fue el del médico Luis Garre del Hospital Naval Pedro Mallo que realizando un ensayo clínico con el fármaco experimental cariporide para Aventis Pharma, falsificó consentimientos informados de pacientes y electrocardiogramas con el fin de incluirlos en el protocolo de investigación aunque no tuvieran la patología adecuada y así percibir la cuota asignada por la farmacéutica por cada paciente que se ingresase en el protocolo. Debido a este hecho algunos pacientes murieron por serle asignado el fármaco inadecuadamente²⁵.

3.4 Ideología

La ideología consiste en una serie de ideas que conforman las expectativas, acciones y metas de una persona o grupo de personas a partir de la cual se interpreta la realidad. La ideología puede influir en cómo se evalúan los resultados y como se presentan para publicación, pudiendo incluso llevar a comportamiento deshonesto²⁶. Un ejemplo se da en las publicaciones en el campo de la biotecnología. Existe un sesgo en cómo se presentan los resultados y no se tiene en cuenta las objeciones de la ideología opositora. Por una parte están los científicos ligados a la industria que presentan los datos de acuerdo a una ideología económica capitalista liberal, mientras que por el otro lado están los ecologistas, que presentan los datos bajo una ideología de valoración y sacralización de lo natural.

3.5 Motivaciones sociales

En países de bajos ingresos se ha reportado casos de fabricación y manejo inadecuado de datos por parte de trabajadores de campo locales por

motivos ideológicos de subversión por causas sociales en protesta por situaciones de desigualdad en empleo, situaciones de injusticia laboral, excesiva carga de trabajo y malas condiciones socioeconómicas²⁷. El trabajador de campo considera que esta siendo tratado injustamente afectando su dignidad y a propósito hace trampas en el seguimiento del protocolo de investigación. Cuando es tratado con respeto, se le trata y se le paga adecuadamente, responde de una forma más eficiente. Scott considera que este tipo de fabricación es una forma de empoderamiento del débil²⁸. De esta forma el débil siente que tiene poder para influenciar la calidad de los datos y decide cuando engañar a sus superiores y cuando no.

Algunas malas prácticas pueden relacionarse con factores culturales, como la falta de entendimiento de normas científicas locales por parte de estudiantes extranjeros educados de una forma distinta²⁹.

3.6 Motivaciones psicológicas

Detrás de la falsificación de datos pueden encontrarse necesidades psicológicas³⁰. Personas con psicopatías tienden a tener problemas emocionales y padecer de ansiedad. Particularmente, la tendencia narcisista se ha relacionado con la falta de integridad personal³¹. El ambiente de investigación con frecuencia fortalece el ego por el comportamiento competitivo y la necesidad de ser respetado por colegas y estudiantes. Pueden llegar a considerarse expertos y que nadie va a ser capaz de descubrir sus manipulaciones. La personalidad narcisista es descrita por DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) como alguien que se da importancia exagerada, la necesidad de ser admirado y de tener poder, carecer de empatía y comportarse egoístamente tomando ventaja de los demás. Estas características pueden adecuarse a la de un investigador de

alto prestigio. El investigador con tendencia narcisista puede creer excesivamente en que su hipótesis es la verdadera a pesar de lo que dicen los datos de investigación.

Se ha argumentado que algunos investigadores que cometen conducta deshonestas padecen de un “complejo mesiánico”, por la que favorecen una creencia o teoría particular lo pauta de investigación³².

4 CONCLUSIONES

Es necesaria la formación en integridad científica y contar con mecanismos institucionales para prevenir conductas deshonestas. En la formación es importante enseñar las buenas prácticas de investigación y la importancia que tiene la integridad científica para la ciencia y la sociedad.

Difícilmente puede conseguirse esto con la simple dictación de cursos. La experiencia de exponer públicamente los casos conocidos y castigar a los culpables destaca la dimensión individual del problema. Más difícil puede ser modificar la “cultura institucional” que puede facilitar o incluso fomentar las faltas de probidad debido al sistema de incentivos que se ha establecido en la carrera científica. De allí surge la necesidad de buscar formas de reconocimiento y estímulo que desincentivan la competencia entre investigadores y fomenten una ética colectiva.

Las motivaciones asociadas al prestigio institucional o nacional son más difíciles de evidenciar y erradicar, por su carácter más abstracto. La sensación de pertenecer a un grupo de personas interesadas en el progreso de la actividad científica sin banderías o sectarismos ideológicos o nacionalistas podría constituir un estímulo, aunque utópico, para disminuir las faltas a la probidad científica.

Muchas instituciones tienen grupos de trabajo explícitamente dedicados a supervisar el trabajo científico. Es conveniente examinar el modo de operación de los existentes y destacar que las medidas punitivas no siempre producen resultados positivos en el corto plazo. De allí la conveniencia de diseñar políticas institucionales conocidas y aceptadas por los integrantes de los centros de investigación, al mismo que se refuerza y valida un “ethos” investigativo que sin vulnerar la autonomía individual, estimule las buenas prácticas.

REFERENCIAS

1. Errami M, Garner H. A tale of two citations. *Nature* 2008. Jan;451(7177):397-399.
2. Motallebifard, A., Navehebrahim, A., Mohabbat, H., Sadin, A. (2013), Diagnosis and scientific framework development of peer review: A qualitative approach. *Journalism Library Science and Information Science and Information Technology* 2013; 22(3), 73-84
3. A consensus statement on research misconduct in the UK. *BMJ* 2012;344:e1111. http://publicationethics.org/files/A_consensus_statement_on_research_misconduct_in_the_UK.pdf. Accessed Dec 2017.
4. Code of Federal Regulations 42, subsection 93.103.
5. Sponholz, G. Teaching scientific integrity and research ethics. *Forensic Science International* 2000; 113(1), 511-514.
6. DuBois JM, Anderson EE, Chibnall J, Carroll K, Gibb T, Ogbuka C, Rubbelke T. Understanding research misconduct: a comparative analysis of 120 cases of professional wrongdoing. *Account Res.* 2013;20(5-6):320-38
7. Marcovitch H. Misconduct by researchers and authors. *Gac Sanit.* 2007 Nov-Dec;21(6):492-9.
8. Responsible Science, Volume I: Ensuring the Integrity of the Research Process. National Academy of Sciences, National Academy of Engineering, Institute of Medicine (SEM, 1992)

9. Von Elm E. Research integrity collaboration and research needed, the Lancet 2007; 370:1403-1404.
10. Martin BC, Anderson MS, Crain AL & de Vries R. Journal of Empirical Research in Human Research Ethics 2006; 1: 51-66.
11. ORI, Gallup Organization Final Report: Observing and Reporting Suspected Misconduct in Biomedical Research(2008).
12. Antes A, Brown P, Murphy S, Waples E, Mumford M, Connelly S, & Devenport L. Personality and Ethical Decision-Making in Research: The Role of Perceptions of Self and Others, Journal of Empirical Research in Human Research Ethics 2007; 2(4):15–34.
13. Miller F, Rosenstein D, DeFenzo E. Professional Integrity in Clinical Research, JAMA 1998;280:1449-1454.
14. Stossel T. Regulating Academic-Industrial Relationship-Solving Problems of Stifling Progress? New England Journal of Medicine 2005; 353(10):1060-1065.
15. Mark, S., Davis, M.S., Morris, M., Diaz, S. Causal factors implicated in research misconduct: Evidence from ORI case files. Science and Engineering Ethics 2007; 13, 395-414.
16. Morrison, R. S. Disreputable science: Definition and detection. Journal of Advanced Nursing 1990; 15(8), 911–913.
17. Goodstein DL. On Fact and Fraud: Cautionary Tales from the Front Lines of Science. New Jersey: Princeton University Press, 2010.
18. Office of Research Integrity. Available at <http://ori.hhs.gov/content/handbooks-and-guidelines>.
19. G. True, L.B. Alexander, et al. Misbehaviors of front-line research personnel and the integrity of community-based research. J. Empir. Res. Hum. Res. Ethics JERHRE 2011; 6 (2), pp. 3-12

20. Mark, S., Davis, M.S., Morris, M., Diaz, S. Causal factors implicated in research misconduct: Evidence from ORI case files. *Science and Engineering Ethics* 2007;13, 395-414.
21. Davis, M., Riske-Morris, M., & Diaz, S. Causal Factors Implicated in Research Misconduct: Evidence from ORI Case Files *Science and Engineering Ethics* 2007; 13 (4), 395-414.
22. Antes A, Brown P, Murphy S, Waples E, Mumford M, Connelly S, & Devenport L. Personality and Ethical Decision-Making in Research: The Role of Perceptions of Self and Others, *Journal of Empirical Research in Human Research Ethics* 2007; 2(4):15–34.
23. Amiri AR, Kanesalingam K, Cro S, Casey AT. Does source of funding and conflict of interest influence the outcome and quality of spinal research? *Spine J* 2014. Feb;14(2):308-314.
24. Bailey CS, Fehlings MG, Rampersaud YR, Hall H, Wai EK, Fisher CG. Industry and evidence-based medicine: Believable or conflicted? A systematic review of the surgical literature. *Can J Surg* 2011. Oct;54(5):321-326.
25. DeYoung K and Nelson D. Latin America ripe for Clinical Trials and Fraud. *The Body Hunters* Washington Post December, 2000; Pg. A01
26. Goodstein DL. *On Fact and Fraud: Cautionary Tales from the Front Lines of Science*. New Jersey: Princeton University Press, 2010.
27. Kingori P, Gerrets R. Morals, morale and motivations in data fabrication: Medical research fieldworkers views and practices in two Sub-Saharan African contexts. *SocSci Med* 2016 Oct; 166:150-159.
28. Scott JC. *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*, Yale University Press, New Haven, 1985.
29. Meyer, W. M. & Bernier, Jr., G. M. Potential cultural factors in scientific misconduct allegations. In N. H. Steneck & M. D. Scheetz (Eds.), *Investigating research integrity: Proceedings of the first ORI research conference on research integrity 2002*, Rockville, MD: Office of Research Integrity.

30. Vastag B. Cancer Fraud Case Stuns Research Community, Prompts Reflection on Peer Review Process, *Journal of the National Cancer Institute* 2006; 98(6):373-376.
31. Mumford, M. D., & Helton, W. B. Organizational influences on scientific integrity. In N. H. Steneck & M. D. Scheetz (Eds.), *Investigating research integrity: Proceedings of the first ORI research conference on research integrity 2002*, Rockville, MD: Office of Research Integrity.
32. Lock, S. Fraud in medical research. *Journal of the Royal College of Physicians of London* 1997; 31(1), 90–94.

Registros de afastamentos médicos dos servidores públicos do Distrito Federal relacionados a possíveis maus hábitos alimentares

Clearance medical records of public servants of government of the Federal District relating to possible bad eating habits

Registro de afastamientos médicos de los servidores públicos del Distrito Federal relacionados a posibles mal hábitos alimentarios

Iza Carneiro Neves¹
Ana Lúcia Ribeiro Salomon²

RESUMO

O presente artigo teve como objetivo identificar os registros de afastamentos médicos dos servidores da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal relacionados a possíveis maus hábitos alimentares e incentivar programas governamentais de educação alimentar e nutricional para a manutenção de saúde e prevenção do aparecimento de agravos à saúde. Para tanto foi realizado um estudo de caráter qualitativo/descritivo/retrospectivo, sendo utilizados dados secundários de pesquisas científicas e primários de programas computacionais sobre a quantidade e identificação dos CID`s mais incidentes de emissão de licenças médicas desses servidores. A Secretaria de Estado de Educação é o maior órgão do Governo do Distrito Federal e apresenta altos índices de afastamentos médicos, sendo um importante fator para o planejamento de políticas públicas de combate ao adoecimento e melhoria da qualidade de vida. Os resultados deste estudo mostraram que os CID`s mais incidentes foram os de acompanhamento por doença familiar, problemas psicológicos e convalescença, e os de provável relação com maus hábitos alimentares foram os relacionados às complicações de hipertensão arterial, diabetes e câncer. Os achados indicaram

¹ Mestranda Acadêmica em Ciências da Saúde, Nutricionista. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde. Endereço eletrônico: izanutricionista@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde. Nutricionista Docente/Orientadora. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde

os fatores que carecem de mudança no quadro atual, especialmente no aspecto da educação alimentar e nutricional de forma contínua e que abranja todos os servidores como programas de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Doenças Crônicas, Professores, Saúde Ocupacional, Hábitos alimentares.

ABSTRACT

This article aims to identify deviations from employees of the Board of the Education of Brasilia, DF (Federal Capital District), related to possible bad eating habits, and encourage government food education programs for maintaining health and preventing health diseases appearance. The paper was conducted by a qualitative, descriptive and retrospective study, including a primary from scientific research, and a secondary data computer program, on the quantity and identification of the most common CID`s medical allowances incidents of the Department of Education services. The results are presented in three dimensions, for biometrics licenses, for medical board licenses, and the two factors simultaneously. It can be concluded that the CID`s most common healthier incidents are monitoring sick family members, psychological problems and recovering from illnesses. Complications on hypertension, diabetes and cancer are, certainly, related to bad eating habits. The findings indicate the factors that need to be changed in the current situation, especially in the aspect of continuous food and nutrition education, and covering all employees of this department.

Keywords: Chronic Disease, Faculty, Occupational Health Services, Feeding Behavior.

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo identificar los registros de retiros médicos de los servidores de la Secretaría de Estado de Educación del Distrito Federal relacionados a posibles malos hábitos alimentarios y alentar programas gubernamentales de educación alimentaria y nutricional para el mantenimiento de la salud y prevención de la aparición de agravios a la salud. Para ello se realizó un estudio de carácter cualitativo / descriptivo / retrospectivo, siendo utilizados datos secundarios de investigaciones científicas y primarios de programas computacionales sobre la cantidad e identificación de los CID`s más incidentes de emisión de licencias médicas de esos servidores. La Secretaría de Estado de Educación es el mayor órgano del Gobierno del Distrito Federal y presenta altos índices de alejamientos médicos, siendo un importante factor para la planificación de políticas públicas de combate al enfermo y mejora de calidad de vida. Los resultados de este estudio muestran que los CID's más incidentes

son los de seguimiento por enfermedad familiar, problemas psicológicos y convalecencia y los de probable relación con malos hábitos alimentarios son los relacionados a las complicaciones de hipertensión arterial, diabetes y cáncer. Los hallazgos indican los factores que carecen de cambio en el cuadro actual especialmente en el aspecto de la educación alimentaria y nutricional de forma continua y que abarque a todos los servidores como programas de salud del trabajador.

Palabras clave: Enfermedad Crónica, Profesor, Salud Laboral, Conducta Alimentaria.

1 INTRODUÇÃO

Existem aspectos importantes que são relacionados diretamente à qualidade de vida no trabalho e exercem impactos diretos no colaborador. Dentre esses, destacam-se: o bem-estar físico do funcionário¹; a existência de um ambiente harmônico²; o equilíbrio nas relações familiares, laborais e dentro da comunidade³; aspectos psicológicos⁴; e uma alimentação saudável⁵.

A alimentação saudável é um fator importante para manter a saúde e prevenir possíveis doenças relacionadas aos maus hábitos alimentares⁶, os quais muitas vezes são justificados pela falta de tempo para se dedicar ao preparo das refeições, pela influência da mídia por *fast foods*, pela falta de informação e de incentivos por bons hábitos de vida⁷.

Estes são fatores que levam a inúmeras consequências médicas graves em todo o mundo, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais se destacam obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer⁵, bem como baixa qualidade de vida, baixa autoestima, e estigmatização.⁸

Funcionários obesos têm duas a três vezes maior risco de incapacidade para o trabalho em comparação com seus pares não obesos e a obesidade foi mostrada como um preditor de licença médica de longa duração. Se as taxas de

obesidade permanecerem altas, os problemas de saúde relacionados terão grandes consequências econômicas. Estes irão incluir um aumento nos custos tanto diretos (controle das enfermidades) quanto indiretos (custos relacionados ao absenteísmo, perda de produtividade e invalidez).⁸

Egger e Dixon⁹ (2014) relatam a importância da nutrição para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis mostrando o alto grau de inflamação pelo consumo excessivo de alimentos com alto teor de açúcar, sal, gordura, álcool e baixo consumo de frutas, verduras e hortaliças.

O local de trabalho é um local ideal para intervenções nutricionais. É o lugar onde muitas pessoas fazem escolhas alimentares, recebem informações de saúde e passam grande parte do dia, sendo o ambiente ideal para se trabalhar com educação nutricional para diminuição da obesidade e consequente diminuição de suas complicações⁵.

Intervenções de estilo de vida que abordam mudanças nos fatores de risco como falta de atividade física e má nutrição têm se mostrado métodos promissores para a prevenção de excesso de peso e morbidades relacionadas¹.

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi identificar os registros de afastamentos médicos dos servidores da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal relacionados a possíveis maus hábitos alimentares e propor intervenções para auxiliar na redução da incidência dos fatores etiológicos responsáveis por esses afastamentos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com os estudos realizados sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), entende-se que esse conceito é subjetivo e varia de acordo com a percepção de cada indivíduo, seus valores e significados atribuídos. O docente

é entendido como um profissional que vivencia em seu trabalho as exigências do mundo moderno e que desenvolve atividades diversas fora do ambiente de sala de aula. Desse modo, o trabalho docente ultrapassa o ambiente organizacional, fazendo com que seja necessário pensar a QVT de maneira mais ampla em relação às necessidades humanas, ou seja, de acordo com a percepção individual, o ambiente e as condições de trabalho¹⁰.

Além disso, a qualidade de vida no trabalho depende de diversos outros fatores, dentre os quais é preciso citar o envolvimento de cada membro do grupo com os objetivos produtivos, demonstrando a importância em qualificar o ambiente de trabalho para a realização das atividades de forma motivada. Nesse sentido, a qualidade de vida do trabalhador é elemento de qualificação social das ações de saúde pública. Por outro lado, as más condições de trabalho e problemas de relação interpessoal podem causar um ambiente propício para o surgimento de problemas de saúde ligados à atividade profissional, o que gera redução da qualidade de vida do trabalhador¹¹.

Este cenário leva o professor ao adoecimento e conseqüentemente a um aumento do índice de afastamentos médico do trabalho que é fortemente associado com as tendências universais, como o envelhecimento, a ascensão de estilos de vida pouco saudáveis, a falha dos indivíduos em cuidar da sua própria saúde e dependência de um sistema de saúde eficaz. Além da carga financeira dos cuidados com problemas de saúde e estilo de vida estressante, esses fatores também têm impactos sobre o desempenho organizacional sob a forma de redução da produtividade e absenteísmo¹².

Há um grande aumento das exigências no trabalho acompanhado do crescimento do estresse psicossocial, o que pode influenciar o aparecimento de doenças relacionadas ao desequilíbrio orgânico. O estresse no trabalho tornou-se um importante fator de risco ocupacional em todos os países industrializados

e uma questão econômica importante. Isto é em parte devido ao fato de que o estresse no trabalho pode ser definido como um fator de risco para o surgimento de várias outras complicações ou pode ser definido como um resultado de saúde relacionado a vários transtornos mentais¹³.

A classe dos educadores, em seu trabalho, enfrenta inúmeros desafios e assume grandes responsabilidades, constituindo uma das categorias profissionais mais sujeitas a apresentar sofrimento mental. A literatura demonstra fortemente que a acentuação da exploração e precariedade das condições de trabalho tem resultado em grave prejuízo à saúde de professores e demais trabalhadores. Observa-se um crescente adoecimento entre os docentes nas últimas décadas, e um grande número de pesquisas aponta para o sofrimento mental como uma das formas mais prevalentes deste adoecimento, ligado às novas condições de trabalho¹⁴.

Ansiedade e estresse são experiências pessoais e universais que normalmente surgem em resposta às exigências da vida cotidiana, são geralmente transitórias e as pessoas afetadas podem ter nervosismo, frustração e inquietação, podendo até atingir a uma alta intensidade de terror ou pânico sobre um possível dano iminente. Em uma pessoa, a ansiedade provoca uma perda de fluidez na interação da comunicação com seus pares, levando a uma redução da qualidade de vida do indivíduo¹².

As transformações ocorridas no Brasil, devido à modernidade e urbanização, têm mudado a forma como as pessoas vivem, principalmente em relação aos hábitos alimentares tornando um risco também para o desenvolvimento de várias doenças, como as doenças crônicas não transmissíveis. Por causa do rápido envelhecimento da população, da maior expectativa de vida e do progresso da medicina, é esperado que as doenças crônicas sejam a causa de mais de três quartos de todas as mortes em 2030⁶.

A alimentação saudável é um fator importante para manter a saúde e prevenir possíveis doenças relacionadas aos maus hábitos alimentares⁶, os quais muitas vezes são justificados pela falta de tempo para se dedicar ao preparo das refeições, pela influência da mídia por *fast foods*, pela falta de informação e de incentivos por bons hábitos de vida¹⁵.

Estes são fatores que levam a inúmeras consequências médicas graves em todo o mundo, como, obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, certos tipos de câncer⁵, bem como baixa qualidade de vida, baixa autoestima e estigmatização⁸.

Para a Organização Mundial de Saúde - *World Health Organization* (WHO) a obesidade é uma doença crônica e um dos mais sérios problemas de saúde pública do século 21 com números alarmantes e é o maior fator de risco para o aparecimento de outras doenças¹⁶. Segundo dados fornecidos pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico¹⁷ a obesidade no Brasil cresceu 60% em 10 anos, passando de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016.

Um estudo global feito pelo Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME, sigla em inglês) da Universidade de Washington, nos Estados Unidos, mostrou que 2,2 bilhões de pessoas (30% da população mundial) têm sobrepeso ou obesidade. Esse fato está diretamente relacionado ao atual modo de vida sedentário e a falta de alimentação saudável pela sociedade, considerados fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis¹⁸.

Um estudo sobre globalização alimentar no Brasil, feito por Góes¹⁹ (2010), mostra que a maioria dos entrevistados, 61%, relatou que seu hábito alimentar mudou a partir do surgimento do *fast food* declarando variadas justificativas. Abaixo consta um relato de um homem de 39 anos da cidade de Salvador retirado deste estudo: “Eu acho que sim. As pessoas têm pouco tempo.

Às vezes, a gente tem de se alimentar andando, inclusive. Então, o *fast food* veio de certa forma, influenciar nessa própria dinâmica acelerada da vida. Uma comida rápida que as pessoas não se preocupam em sentar e comer [...]”.¹⁹

Neste contexto, a forma como as pessoas fazem suas escolhas é baseada na facilidade, rapidez de acesso, preço baixo, cultura regional predominante e baixa instrução.

Turner and Reed²⁰ num estudo feito com uma equipe de trabalhadores caminhoneiros, verificaram que um programa de bem estar oferecendo exercícios físicos e acompanhamentos nutricionais diminuíram o índice de massa corporal no pré e pós-intervenção e promoveram um decréscimo significativo no consumo de *fast food*, guloseimas, bebidas açucaradas, e percentual de calorias e de gordura e um aumento significativo no tempo gasto em atividade física. Além disso, houve redução dos custos com tratamento de doenças e com absenteísmo.

Este tipo de intervenção reforça a importância do trabalho com investimento em melhoria da qualidade de vida dos profissionais, com consequente diminuição do cenário de adoecimentos e afastamentos do trabalho¹².

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Este foi um estudo quantitativo, transversal e descritivo que usou dados secundários de fontes de pesquisas científicas – artigos das bases de dados Scielo, Pubmed e livros de autores relacionados ao tema (2000 a 2018), além de dados extraídos do programa computacional da Perícia Médica da Secretaria de

Estado de Educação do Distrito Federal (SEE/DF), chamado Relação Diária de Atendimentos – RDA (figura 1).

Os dados do Sistema Eletrônico do Órgão Público foram tratados de uma forma global, pois o programa não permitia identificação dos dados individuais dos servidores, o que garantiu o sigilo das informações. O programa apresentava dados gerais de afastamentos médicos para cada tipo de CID e por período de tempo de todos os servidores ativos da SEE/DF. O acesso ao quantitativo de licenças médicas era aberto aos servidores não havendo identificação dos participantes da pesquisa, por isso não houve submissão ao Comitê de Ética. Para a realização da pesquisa houve autorização da Diretoria da Unidade de Perícia Médica da SEE/DF e não houve conflitos de interesses por parte dos autores na realização desta pesquisa.

3.2 População e local do estudo

A população do estudo constituiu-se de todos os servidores ativos da SEE/DF. Optou-se pela Secretaria de Estado de Educação por ser o maior órgão público do DF, além da grande demanda de licenças médicas emitidas diariamente pelos dois núcleos de Perícia Médica. De acordo com o Portal da SEEDF (2012)²¹, eram exatamente 41.821 ativos dos quais 30.442 eram professores, perfazendo 72,7% dos ativos totais.

O estudo foi realizado na Perícia médica que era dividida em dois núcleos de atendimento, uma chamada GAS-TAG (Gerência de Atenção à Saúde do Servidor de Taguatinga) e a outra de CSO-PP (Coordenação de Saúde Ocupacional do Plano Piloto).

3.3 Coleta de dados

O banco de dados do presente estudo foi constituído a partir da consulta e coleta de dados do programa informatizado chamado de Registro Diário de Afastamento (RDA), conforme a Figura 1. O diagnóstico médico das doenças que originou os afastamentos foi codificado segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), versão 10²², esses códigos são apresentados no presente estudo para a análise segundo as causas de afastamento dos servidores de acordo com a tabela 1.

Figura 1 - Tela do programa RDA - Núcleo de perícia de Taguatinga

REGISTRO DE ATENDIMENTO TAGUATINGA : Banco de dados (Access 2007) - Microsoft Access

Início

Funcionário Estatísticas

Registro Diário de Atendimento - R.D.A.

Registro de atendimentos Atualizações

Relatório diário

Origem Data: Visualizar relatório Rel. Diário Matrícula

Estatísticas e gráficos

Origem Data início: Data fim:

Estatística Cargos Estatística de CID Estatística dos Peritos Estatística Geral

Estatística de servidores em licença

Data fim da licença: Visualizar Dados Visualizar relatório

Categoria: Visualizar Dados Visualizar relatório

Especialidade: Visualizar Dados Visualizar relatório

Fonte: RDA

Tabela 1 - CID e Especificação

CID	ESPECIFICAÇÃO	CID	ESPECIFICAÇÃO
Z76	Atestado de acompanhamento	S93	Luxação da articulação do tornozelo
Z54	Convalescença	M51	Outros transtornos de discos intervertebrais
F32	Depressão	F31	Transtorno afetivo bipolar
M54	Dorsalgia	M79	Reumatismo não especificado
F41	Outros transtornos ansiosos	J01	Sinusite aguda
F33	Transtorno depressivo recorrente	I10	Influenza gripe
M65	Sinusite e Tenossinovite	R49	Distúrbios da voz
F43	Reações ao “Stress”	F10	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool
M75	Lesões do ombro	O20	Hemorragia do início da gravidez
M25	Outros transtornos articulares		

Fonte: CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. OMS. 1997²¹.

O RDA mantém os dados atualizados e assim foi possível obter as seguintes variáveis: biometrias, total geral de licenças emitidas, CID's mais frequentes e CID's das doenças crônicas não transmissíveis no período de interesse para pesquisa (1,5 ano - 01/01/2011 a 01/06/2012). Os resultados foram apresentados em três dimensões: para licenças de biometria que são todas as trocas de atestados médicos realizadas sem a necessidade de uma junta médica; para licenças de juntas médicas que são as licenças que demandam maior tempo de afastamento para tratamento e recuperação, normalmente nesses casos o Servidor é avaliado por uma equipe médica constituída de pelo menos dois

médicos do trabalho, antes de estender o seu afastamento; e para os dois fatores simultaneamente.

No RDA o período de interesse para este estudo foi digitado nos campos destacados para cada núcleo de Perícia Médica e foram geradas as duas tabelas com todos os dados dos CID's. Logo, estas tabelas foram exportadas para o programa Excel para posterior análise descritiva e gráfica.

Para chegar ao salário médio dos servidores da SEE/DF foi obtido os dados da Pesquisa divulgada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE)²³. Este dado serviu para discutir o acesso à alimentação de qualidade.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

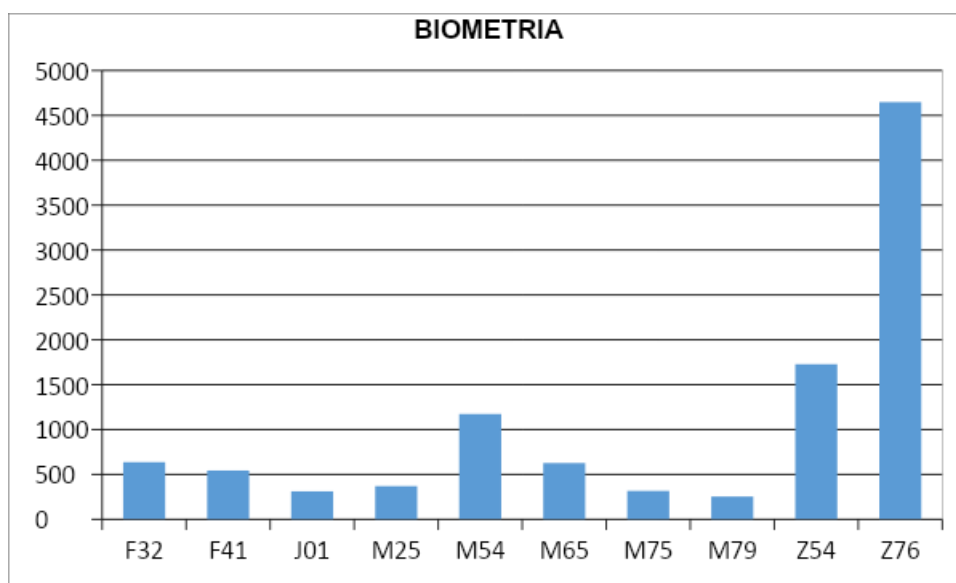
Pode-se observar que houve uma alta demanda de licenças médicas emitidas para Junta médica e Biometria, perfazendo um total de 14.440 casos de afastamentos para os CID's de maiores incidências.

Abaixo estão duas figuras que mostram respectivamente a quantidade de trocas de atestados (Biometria) e a quantidade de Juntas Médicas pelo período de 1,5 anos (de 01/01/2011 a 01/06/2012) por cada CID mais incidente dos dois núcleos de atendimento pericial GAS-TAG (Gerência de Atenção à Saúde do Servidor de Taguatinga) e CSO-PP (Coordenadoria de Saúde Ocupacional do Plano Piloto).

Para Biometria foram 10.606 emissões de licenças médicas apenas para os CID's de maior causa para esta categoria e para Junta Médica foram 2320 licenças médicas emitidas para os CID's de maior incidência para esta categoria, conforme a descrição da Figura 2. Não houve nenhuma perda de dados durante a pesquisa e não foram computados os CID's de menor incidência. Além disso,

o programa RDA não permite acesso aos dados sociodemográficos da população como frequência de sexos e média de idade.

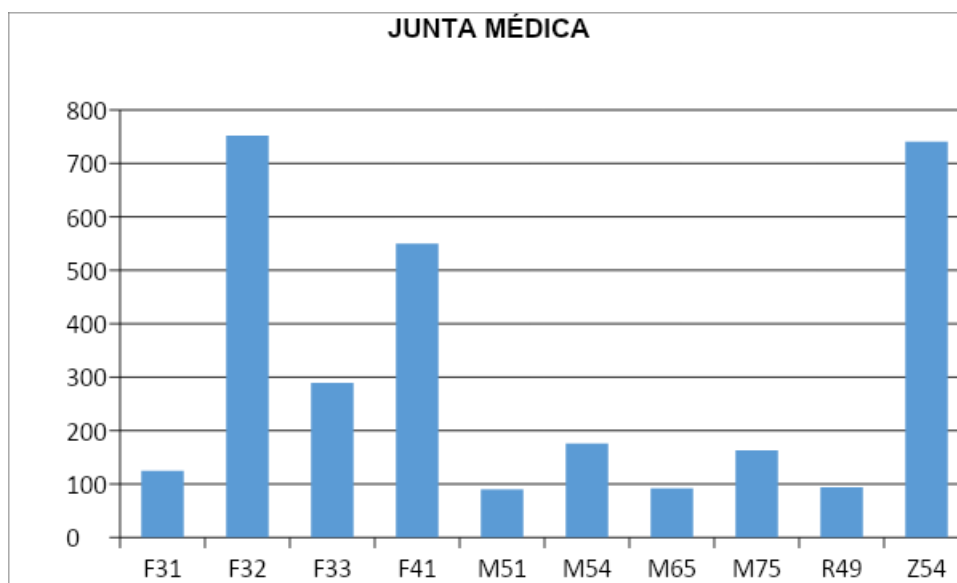
Figura 2 - Biometria dos dois núcleos periciais de 01/01/2011 a 01/06/2012



Nota: Cid e Especificação: F32: Depressão; F41: Outros transtornos ansiosos; J01: Sinusite aguda; M25: Outros transtornos articulares; M54: Dorsalgia; M65: Sinusite e Tenossinovite; M75: Lesões do ombro; M79: Reumatismo não especificado; Z54: Convalescença; Z76: Atestado de acompanhamento.

Fonte: RDA.

Figura 3 - Juntas Médicas dos dois núcleos periciais de 01/01/2011 a 01/06/2012



Nota: Cid e Especificação: F31: Transtorno afetivo bipolar; F33: Transtorno depressivo recorrente; F41: Outros transtornos ansiosos; M51: Outros transtornos de discos intervertebrais; M54: Dorsalgia; M65: Sinusite e Tenossinovite; M75: Lesões do ombro; R49: Distúrbios da voz; Z54: Convalescença.

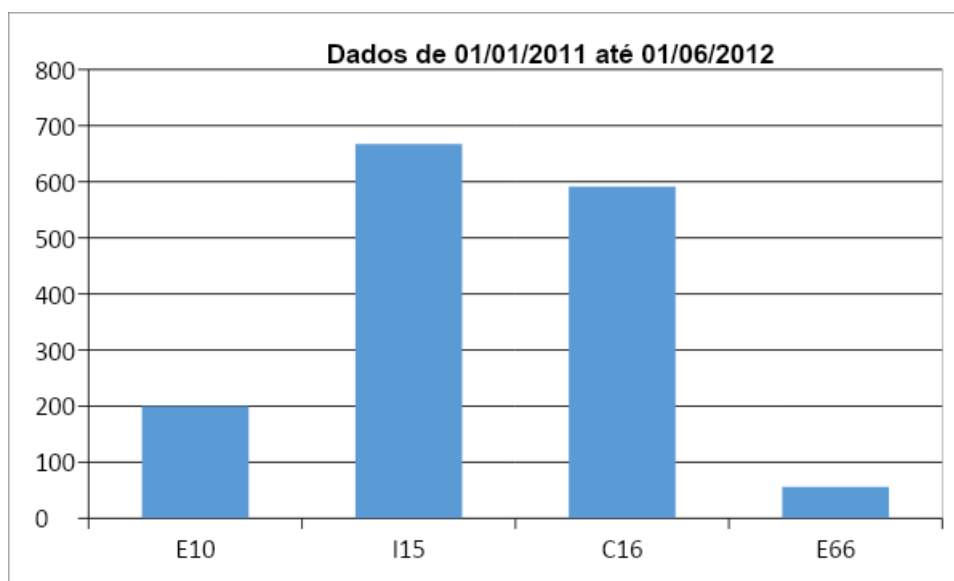
Fonte: RDA.

Os gráficos mostram a alta demanda de atestados médicos e sabe-se que a maioria dos casos acima foi de problemas psicológicos CID: F, de acompanhamento familiar CID: Z76 e de convalescença CID: Z54.

Por mais que se tivessem maiores casos de troca de atestados (Biometria) de acompanhamento CID: Z76, os casos que vão para Junta Médica eram aqueles que necessitavam de maior tempo de afastamento por licença médica para tratamento da própria saúde do Servidor, considerado atestado de maior gravidade, sendo eles os relacionados a problemas de cunho mental CID: F e os de convalescença CID: Z54, considerado recuperação de algum tratamento, pós trauma ou cirurgia.

Os transtornos psicológicos, derivados dos CID`s F, foram a maioria dos casos de saúde do próprio Servidor, não sendo um problema de causa diretamente relacionada à má alimentação, mas indiretamente pode estar relacionada. Para Delalibera²⁴, os hábitos alimentares saudáveis podem mudar o estado de saúde da pessoa conseqüentemente mudando o estado psicológico, pois quando se mantém uma má alimentação propicia o aparecimento de outras doenças levando a alterações psíquicas como insatisfação com o corpo e impossibilidade de manter as atividades normais.

Além disso, as doenças nutricionais estão sendo causadas pelos excessos alimentares e pelos errôneos estilos de vida e de alimentação adotados. De acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013)²⁵, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e depressão são responsáveis por mais de 70% das mortes no País, dados que vão ao encontro com a alta demanda por afastamentos por estas mesmas doenças no presente estudo e que podem estar relacionadas com maus hábitos alimentares e de vida conforme mostra a Figura 4.

Figura 4 - CID de provável relação com a má alimentação

Nota: Cid e Especificação: E10: Diabetes; I15: Hipertensão; C16: Câncer; E66: Obesidade.

Fonte: RDA.

Pode-se observar que no período especificado as causas mais incidentes foram a hipertensão arterial e o câncer. Esses dados confirmam vários estudos nacionais e internacionais sobre o alto número de pessoas com hipertensão e câncer nos tempos atuais. Dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (2017)²⁶ indicam que a cada ano 8,8 milhões de pessoas morrem de câncer, a maioria em países de baixa e média renda. Trata-se de um aumento frente à média anual registrada em 2012, quando houve 8,2 milhões de mortes.

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano²⁷. Um estudo feito pela Secretaria de Saúde através do DATASUS revelou que as doenças do aparelho circulatório são as que mais matam no Distrito Federal perfazendo um total de 22.017 casos em

2016, as neoplasias (cânceres) ocupam o segundo lugar com 13.778 casos e em terceiro vêm as causas externas com 13.627 casos²⁸.

Estes dados mostram a realidade do país e do mundo frente ao modo de vida da população, seja em relação à alimentação, ao sedentarismo, excesso de peso e a outros fatores psicossociais, pois são estes os determinantes fundamentais para saúde. As pessoas consomem menos carboidratos complexos e fibras e aumentam o consumo de gorduras saturadas, açúcar e alimentos refinados, além de manterem um desequilíbrio entre a energia consumida e a atividade física o que contribui para a obesidade em todas as faixas etárias e classes sociais²⁹.

Os valores culturais da região Centro-Oeste, as convicções, a religião e o clima influenciam os hábitos alimentares, pois se opta por *fast food*, alimentos industrializados e congelados que proporcionam economia de tempo nas refeições e até pelo preço de alguns desses alimentos serem mais baratos do que os preparados em casa³⁰.

Para Heron³¹, esses fatores levam ao excesso de peso e obesidade e estão associados com consequências negativas no trabalho, incluindo diminuição da produtividade, maior frequência de absenteísmo e mais licenças médicas.

Em relação ao fator econômico, podemos considerar que a classe dos educadores não é uma categoria que tem uma renda elevada para se garantir o acesso de qualidade à saúde, educação, segurança, lazer, porém a categoria do GDF tem uma realidade superior economicamente que a dos educadores dos outros estados do país, segundo a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação³².

Apesar do salário inicial dos professores da SEE/DF ser em média de 3.858,87 reais, pode-se observar que o fator econômico não é o foco do

problema, pois permite o acesso a uma alimentação saudável, visto que a alimentação de qualidade não demanda de alto valor econômico. Por outro lado, as pessoas gastam boa parte do seu salário com tratamentos médicos, hospitalização, medicamentos de alto custo, os quais deveriam ser custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS e que na prática nem sempre são disponibilizados.

Além disso, pode-se observar uma constante luta dos Servidores da Educação pelo aumento de salário, por um plano de saúde, por melhores condições de trabalho e a Gestão do Governo não tem respondido às exigências necessárias de seus profissionais. Se esta realidade não mudar continuará tendo os maiores gastos com contratos temporários, com inativos e com tratamento de doenças por falta de investimento em prevenção e melhoria da qualidade de vida.

No entanto, as avaliações econômicas precisas e detalhadas dos custos associados às exposições psicossociais do trabalho são necessárias para mostrar a magnitude do problema e para fornecer orientações às decisões políticas na definição de prioridades de saúde pública e alocação de recursos limitados³³.

Importante ressaltar que a própria lei do SUS (8080/90)³⁴, estabelece a necessidade de as esferas estaduais de saúde fazerem um diagnóstico epidemiológico das regiões de saúde de sua abrangência, no sentido de se proporem ações preventivas, o que não está sendo cumprido. Esta realidade dificulta a real quantificação dos riscos à saúde associados ao modo de vida dessa população.

Neste cenário, as medidas preventivas precisam tomar lugar de destaque não só porque a prevenção associa-se a melhor qualidade de vida, mas porque remediar é mais dispendioso. Diante desses dados pode-se destacar a importância da prevenção com alimentação através da educação nutricional e hábitos de vida saudáveis, além de esclarecimentos constantes para toda a classe

dos servidores e não apenas para aqueles que já estão com algum tipo de doença³⁵.

Os servidores bem esclarecidos quanto aos hábitos saudáveis de vida e de alimentação acabam por influenciar os seus familiares e assim sucessivamente levando a um melhor quadro de saúde familiar e conseqüentemente os atestados médicos de acompanhamento tendem a diminuir.

O Decreto nº 36.561/2015 do GDF³⁶ institui a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público do Distrito Federal e em seu § 2º aponta que se sustenta em três eixos, um deles é a Prevenção e Promoção à Saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas e no ambiente de trabalho, porém não é o que acontece na realidade. Faltam programas de incentivo à saúde na SEE/DF, como programas de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho e incentivos aos hábitos saudáveis de alimentação e de vida que conseqüentemente influenciariam no rendimento profissional do trabalhador e na manutenção prolongada da sua saúde.

Se a gestão da perícia médica dos servidores da SEE/DF implementasse ações preventivas constantes para o acesso a todos os servidores e não só para aqueles que já estão com a doença instalada, como programas de educação nutricional, laboral, nutricional, postural, vocal, psicológica, incentivos a atividades físicas e incentivos como plano de saúde para que se façam regularmente os exames preventivos de possíveis doenças, tanto a Secretaria de Educação gastaria menos com atendimentos nas perícias médicas, como o poder público economizaria nos gastos com tratamento das doenças e novas contratações para substituição desses servidores.

Além disso, proporcionaria ao governo muitos outros benefícios, como a diminuição de aposentadorias por invalidez, menos gastos com professores

temporários e com novos concursos, menor abstenção ao trabalho, maior rendimento profissional com consequência de maior rendimento no aprendizado dos alunos e servidores satisfeitos com a qualidade de vida no trabalho.

Importante ressaltar que a Lei complementar nº 840/2011 em seu artigo nº 79³⁷ determina que o servidor que trabalha em locais insalubre ou de periculosidade deve realizar exames médicos a cada 6 meses e em seu artigo nº 272 determina que o todos os servidores devem ser submetidos a exames médicos periódicos gratuitos, nos termos e condições definidos em regulamento, porém na realidade não há exames periódicos de seus servidores em nenhuma das condições acima, apenas existe uma perícia médica para homologação de atestados médicos quando o servidor necessita se ausentar para tratamento de alguma doença custeado por ele próprio.

Importante destacar uma limitação neste estudo, a falta de uma avaliação do estado nutricional da população, pois o número de licenças por obesidade é de casos graves que já estão em fase de associação com problemas relacionados a esse excesso de massa adiposa e que já estão em algum tratamento específico. A avaliação do estado nutricional dos servidores proporcionaria um melhor detalhamento do atual quadro de saúde e de risco de doenças para uma melhor intervenção de prevenção.

Outra limitação é o pouco número de estudos sobre a relação da alimentação dos trabalhadores com afastamento médico do trabalho ficando como proposta de pesquisa futura.

Portanto, as maiores causas de afastamentos médicos desses trabalhadores são por doenças mentais, por câncer e doenças crônicas não transmissíveis relacionadas a possíveis desequilíbrios nutricionais, e a alimentação tem um papel fundamental na prevenção e tratamento de fatores associados aos riscos dessas enfermidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostrou o alto índice de emissão de licenças médicas para os servidores da SEE/DF, destacando os CID's mais incidentes, como os casos de acompanhamento de doença familiar (Z76), de problemas psicológicos (F) e de convalescença (Z54), sem deixar de evidenciar o alto número de licenças com provável relação aos maus hábitos alimentares como complicações de obesidade (E66), hipertensão (I15), diabetes (E10) e cânceres (C16).

Os professores carecem de cuidados de saúde, tendo em vista ser uma profissão que mais adocece no mundo e a que mais se afasta do trabalho por estes mesmos adoecimentos. Os transtornos psiquiátricos são as doenças do século e estão presentes na maioria desses profissionais. É necessário e possível auxiliar o professor para que este possa prosseguir concretizando seu projeto de vida pessoal e profissional com vistas à melhoria da sua qualidade de vida e de todos os envolvidos no sistema educacional.

A educação nutricional viabiliza a conscientização sobre malefícios do consumo de alimentos com alto teor de açúcar e farinhas brancas (carboidratos simples) no cuidado do diabetes, sobre a importância do consumo moderado de sal e sobre os cuidados com os produtos alimentícios industrializados para prevenção e controle da Hipertensão, sobre incentivo à prática de atividades físicas, além de educação alimentar e nutricional de um modo mais abrangente para prevenção do aparecimento de obesidade, cânceres e outros tipos de doenças.

Visto a importância da alimentação saudável do trabalhador na manutenção da qualidade de vida desses servidores, no empenho dos seus serviços e na obtenção de maiores resultados, sugerem-se estudos de avaliação

nutricional, intervenção de educação nutricional e investimento governamental e social como programas de prevenção de futuras doenças com orientações e esclarecimentos sobre alimentação e hábitos saudáveis de vida que proporcionam bem-estar individual, social e profissional.

REFERÊNCIAS

1. Verweij, L. M., K. I. Proper, A. N. Weel, C. T. Hulshof and W. van Mechelen (2013). "Long-term effects of an occupational health guideline on employees' body weight-related outcomes, cardiovascular disease risk factors, and quality of life: results from a randomized controlled trial." *Scand J Work Environ Health* 39(3): 284-294.
2. Heron RJ. (2013). "Investing in the health of working age people—good for individuals, business and the economy." *Occupational medicine* 63(5): 314-317.
3. Uegaki, K., M. C. de Bruijne, L. Lambeek, J. R. Anema, A. J. Van der Beek, W. Van Mechelen and M. W. Van Tulder (2010). "Economic evaluations of occupational health interventions from a corporate perspective—a systematic review of methodological quality." *Scandinavian journal of work, environment & health*: 273-288.
4. Van der Starre, R. E., J. K. Coffeng, I. J. Hendriksen, W. van Mechelen and C. R. Boot (2013). "Associations between overweight, obesity, health measures and need for recovery in office employees: a cross-sectional analysis." *BMC public health* 13(1): 1207.
5. Mishra, S., J. Xu, U. Agarwal, J. Gonzales, S. Levin and N. D. Barnard (2013). "A multicenter randomized controlled trial of a plant-based nutrition program to reduce body weight and cardiovascular risk in the corporate setting: the GEICO study." *European journal of clinical nutrition* 67(7): 718-724.
6. Dwinger, S., J. Dirmaier, L. Herbarth, H.-H. König, M. Eckardt, L. Kriston, I. Bermejo and M. Härter (2013). "Telephone-based health coaching for chronically ill patients: study protocol for a randomized controlled trial." *Trials* 14(1): 337.

7. Waitzberg, D. (2008). "Nutritional recommendation alone does not change the obesity profile of health professionals." *Nutr Hosp* 23(5): 429-432.
8. Van der Starre, R. E., J. K. Coffeng, I. J. Hendriksen, W. van Mechelen and C. R. Boot (2013). "Associations between overweight, obesity, health measures and need for recovery in office employees: a cross-sectional analysis." *BMC public health* 13(1): 1207.
9. Egger G, Dixon J. Beyond Obesity and Lifestyle: A Review of 21st Century ChronicDisease Determinants. *Biomed*. 2014 Apr 07. Volume 2014. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/731685/>. [Acesso em: 2018 fev 08].
10. Barros MA. Qualidade de vida no trabalho (QVT): a percepção de docentes de uma instituição de ensino superior privada. *Revista Espaço Acadêmico*. v. 16, n. 188 – Jan. 2017. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/32347/18138> . [Acesso em: 2017 jun 09].
11. Gomes MF; Mendes, E S; Fracolli, L A. Qualidade de vida dos profissionais que trabalham na estratégia saúde da família. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, v. 14, n. 49, p. 27-33, jul./set., 2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3695 . [Acesso em: 2017 jun 09].
12. Araya, C., P. Oliva, N. Ananías, P. De los Santos and M. E. Mendoza (2011). "Trastornos ansiosos y desórdenes temporomandibulares en funcionarios de un Centro de Salud Familiar en la Comuna de Concepción, Chile." *International journal of odontostomatology* 5(3): 235-239
13. Sultan-Taïeb, H., J.-F. Chastang, M. Mansouri and I. Niedhammer (2013). "The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France." *BMC public health* 13(1): 748.
14. Jacarandá EMF. Sofrimento Mental e Satisfação no Trabalho: um estudo com professores das escolas inclusivas estaduais de ensino fundamental em Porto Velho, Rondônia [dissertação] [internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2008. 102 p. [acesso em 2018 fev 10]. Disponível em: http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/1819/1/2008_ElzaMariaFreitasJacaranda.pdf

15. Waitzberg, D. (2008). "Nutritional recommendation alone does not change the obesity profile of health professionals." *Nutr Hosp* 23(5): 429-432.
16. Baek Y, Park K, Lee S and Jang E. (2014). "The prevalence of general and abdominal obesity according to sasang constitution in Korea." *BMC complementary and alternative medicine* 14(1): 298.
17. VIGITEL. Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta a prevalência de diabetes e hipertensão. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf> < Acesso em 02.03. 2018
18. Wand, H. and G. Ramjee (2013). "High prevalence of obesity among women who enrolled in HIV prevention trials in KwaZulu-Natal, South Africa: healthy diet and life style messages should be integrated into HIV prevention programs." *BMC public health* 13(1): 159.
19. Góes, J. Â. W. (2010). *Fast-Food: um estudo sobre globalização alimentar*. Fast-Food: um estudo sobre globalização alimentar, Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Heron, R. J. (2013). "Investing in the health of working age people—good for individuals, business and the economy." *Occupational medicine* 63(5): 314-317.
20. Turner, L. M. and D. B. Reed (2011). "Exercise among commercial truck drivers." *AAOHN Journal* 59(10): 429-436.
21. Portal da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Disponível em: <http://www.se.df.gov.br/>. [Acesso em: 2012 jan 8].
22. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1. 5.
23. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação. Tabela de piso salarial Magistério. 2012. Disponível em: Tabela <http://www.cnte.org.br/index.php/tabela-salarial.html>

24. Delalibera, M. A. (2005). "A imagem do corpo e a angústia sobre o corpo no envelhecer e no morrer." Monografia]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. Disponível em:
<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>. Acesso em: mai. 2018.
26. Organization, W. H. (2017). Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/detail/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>. Acesso em: mai. 2018.
27. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa 2018. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/index.asp>. Acesso em fev. 2018.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET). DATASUS. Available from:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. [Acesso em: 2018 jun 10]
29. Santos R.D., Gagliardi A.C.M., Xavier H.T., Magnoni C.D., Cassani R., Lottenberg A.M.P. et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2013 Jan [cited 2018 June 26]; 100(1 Suppl 3): 1-40. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X201300090001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2013000900001>.
30. Teixeira, CS. A Influência da Globalização na Cultura Alimentar. VI Congresso Nacional de Administração e Contabilidade - AdCont 2015. Disponível em:
<http://www.adcont.net/index.php/adcont/adcont2015/paper/viewFile/1855/458>. Acesso em dez. 2017.
31. HERON, R. J. "Investing in the health of working age people—good for individuals, business and the economy." Occupational medicine (2013). 63(5): 314-317.
32. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação. Tabela de salários

do magistério nos estados. Disponíveis em:

<http://www.cnte.org.br/index.php/tabela-salarial.html>. [Acesso em: 2013 jun 16]

33. SULTAN-TAÏEB, H. et al. "The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France." (2013). *BMC public health* 13(1): 748. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23941511>> [Acesso em: 2016 jul 24].

34. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 20 set 1990.

35. Sichieri, R., D. C. Coitinho, J. B. Monteiro and W. F. Coutinho (2000). "Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira." *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 44(3): 227-232.

36. Brasília. Decreto nº 36.561, de 19 de junho de 2015. Institui a Política Integrada de Atenção à Saúde do Servidor Público do Distrito Federal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 22 Jun 2015 p1.

37. Brasília. Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais. *Diário Oficial* nº 246, de 26 Dez 2011.

Prevalência do não uso de preservativo entre universitários e pós-graduandos de uma universidade pública do Norte do Brasil

Prevalence of no-use of condom among undergraduates and post-graduates of a public university in Northern Brazil

Prevalencia de no usar preservativo entre universitarios y postgraduados de una universidad publica del Norte de Brasil

Jeanne Gadelha Freitas¹
Priscilla Perez da Silva Pereira²
Kátia Fernanda Alves Moreira³
Adriana Dias Silva⁴
Alexandra Araújo Santos⁵
Lizabeth Jeffryes Lima Reis Filha⁶

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência do não uso do preservativo nas últimas cinco relações sexuais entre universitários de uma instituição pública do Norte do Brasil. **Métodos:** Estudo transversal, com 772 estudantes do ensino superior e pós-graduandos. Foi utilizado um questionário fechado com respostas autorreferidas. A razão de prevalência das variáveis foi analisada pela regressão de Poisson. **Resultados:** A maioria dos participantes são adultos jovens, sexualmente ativos, com parceiro único e utilizaram o preservativo em pelo menos uma vez das últimas cinco relações sexuais. O não uso do preservativo teve maior prevalência entre estudantes com parceiro único, acima de 40 anos e cursando os últimos períodos dos cursos. **Conclusões:** Os universitários com um

¹ E-mail: jeannegadelha@unir.br

² E-mail: pripez83@gmail.com

³ E-mail: katiaunir@gmail.com

⁴ E-mail: adsdias@hotmail.com

⁵ E-mail: aleh21phv@hotmail.com

⁶ E-mail: betinha.cna@hotmail.com

único parceiro sexual em períodos finais de curso estão mais vulneráveis às Infecções Sexualmente transmissíveis pelo uso inconsistente do preservativo. A universidade pode ser um ambiente propício para ações de promoção à saúde sexual e reprodutiva que visem alcançar, sobretudo os estudantes com parceiro único e em vias de conclusão do curso.

Palavras-chave: Estudantes; Preservativos; Comportamento sexual; Prevalência.

ABSTRACT

Objective: To identify a prevalence of non-use of the condom in the last five sexual relations between university students of the public institution of the North of Brazil. **Methods:** Cross-sectional study with 772 undergraduate students and postgraduate students. It was using a closed questionnaire with self-reported answers. The prevalence ratio of the variables was analyzed by Poisson regression. **Results:** Most of the participants are young, sexually active, single-partner adults who have used the condom at least once in the past five sexual encounters. The non-use of condoms was more prevalent among students with a single partner, over 40 years of age and attending the last periods of the courses. **Conclusions:** College students with a single sexual partner in final periods of the course are more vulnerable to Sexually Transmitted Infections due to the inconsistent use of condoms. The university can be an environment conducive to actions to promote sexual and reproductive health, which reach, especially students with a single partner and in the process of completing the course. **Keywords:** Students; Condoms; Sexual Behavior; Prevalence.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia del no uso del preservativo en las últimas cinco relaciones sexuales entre universitarios de una institución pública del Norte de Brasil. **Métodos:** Estudio transversal, con 772 estudiantes de enseñanza superior y postgraduados. Se utilizó un cuestionario cerrado con respuestas autorreferidas. La razón de prevalencia de las variables fue analizada por la regresión de Poisson. **Resultados:** La mayoría de los participantes son adultos jóvenes, sexualmente activos, con un socio único y utilizaron el condón en al menos una vez de las últimas cinco relaciones sexuales. El no uso del preservativo tuvo mayor prevalencia entre estudiantes con pareja única, por encima de 40 años y cursando los últimos períodos de los cursos. **Conclusiones:** Los universitarios con un único socio sexual en períodos finales de curso son más vulnerables a las Infecciones Sexualmente transmisibles por el uso inconsistente del preservativo. La universidad puede ser un ambiente propicio para acciones de promoción a la salud sexual y reproductiva que tengan como

objetivo alcanzar, sobre todo los estudiantes con pareja única y en vías de conclusión del curso.

Palabras clave: Estudiantes; condones; Comportamiento sexual; Prevalencia.

INTRODUÇÃO

Entre os principais agravos à saúde sexual e reprodutiva de jovens estão as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), responsável pela síndrome da imunodeficiência humana (Aids), a gravidez não planejada e a violência, imbricadas nas relações de gênero^{1,2}. Os jovens adultos, entre os quais os universitários, constituem um grupo vulnerável para os agravos relacionados ao comportamento sexual de risco como trocas de parceiro, baixa adesão ao uso do preservativo, uso frequente de álcool e outras substâncias psicoativas.^{2,3}

No Brasil, a prevenção das IST/HIV/Aids é um desafio em todas as faixas etárias, mas, sobretudo entre os jovens. Em 2015, quase metade dos 8.027.297 milhões de universitários tinham entre 18 a 24 anos, coincidindo com a faixa etária com maior incidência de novos casos de Aids do país^{4,5}. Nos últimos nove anos, mais da metade das novas infecções pelo HIV ocorreram entre adolescentes e adultos jovens de até 35 anos. Do total de casos de Aids nesse período, 7,9% eram universitários no momento do diagnóstico e 11,4% haviam concluído a graduação.⁶

A chegada dos jovens à vida adulta, geralmente coincide com o ingresso na universidade, provocando mudanças nas atitudes e comportamento de risco à saúde em vários aspectos^{1,7}. Para muitos destes jovens, à medida que assumem maiores responsabilidades, autonomia financeira e poder de decisão, passam também a ter maior contato e oportunidades de experimentar álcool, drogas e a

prática de sexo inseguro, tornando-os mais vulneráveis às IST/HIV/Aids e a gravidez não desejada.⁸

Em alguns países, incluindo o Brasil, o uso do preservativo entre jovens foi popularizado em todas as camadas sociais e isso tem sido um fator muito importante no controle da epidemia de HIV/Aids.^{9,10} Entretanto, a despeito dos avanços tecnológicos, da liberdade de escolhas e livre acesso às informações, alguns estudantes ainda apresentam um comportamento de vulnerabilidade sexual¹¹. Os motivos vão desde o desconhecimento sobre o tema, a crença de que não terá riscos de se contaminar, uso do preservativo nos seus relacionamentos sexuais, a dificuldade de acesso e até a decisão de transgredir regras sociais vigentes.^{3, 8-9,12}

Por outro lado, o ambiente universitário favorece a construção de novos saberes e a interação com diversos grupos, predispondo os estudantes às mudanças de atitude e conduta sexual saudável¹³. Um estudo sobre autopercepção do (des)conhecimento sobre as IST entre acadêmicos veteranos e calouros do sudoeste do país, mostrou que mais de 70% dos acadêmicos, incluindo os da graduação em Medicina, reconheceram ter dúvida sobre o tema, se dispuseram a ler os comentários e afirmaram que pretendiam ler mais sobre as IST após terem participado da pesquisa. Entre esses participaram até o final da pesquisa, mais de 95% aprenderam algo sobre estas infecções relacionadas à prática sexual.¹⁴

Estas evidências coadunam com a preocupação de profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde da população de jovens e adultos, considerando que a atividade sexual iniciada na adolescência se estende para vida adulta e com essa iniciação também uma maior vulnerabilidade às IST/HIV/Aids, a gestação não planejada e aborto. Assim, o uso de métodos

contraceptivos, sobretudo do preservativo, é desejável e constitui-se em um dos marcos da vivência saudável da sexualidade na adolescência e vida adulta.¹⁴

Um estudo sobre o início da vida sexual e a contracepção envolvendo 74.589 adolescentes e jovens de todo o país revelou que a média de idade para a primeira relação sexual foi 17 anos. Entretanto, a idade para a iniciação sexual não apresentou uma distribuição homogênea no território brasileiro e esteve relacionada a fatores como local de residência, tipo de escola, crenças religiosas e fatores culturais. Quanto ao uso de preservativos, na região Norte, 69,4% dos participantes referiu uso de preservativo na última relação sexual.¹⁵

Com vistas à evolução da epidemia de Aids no Brasil, estes indicadores se mostram significativos quando se constata também que na região Norte do país, houve um crescimento linear de casos de Aids de 15,0% para 24,0% nos últimos dez anos, sinalizando importantes desafios para políticas de prevenção às IST/HIV/aids nesta região, incluindo os jovens ingressantes na universidade, formadores de opiniões como futuros profissionais.⁶

Considerando o exposto e a problemática do pouco conhecimento sobre a prevalência de uso do preservativo entre adultos jovens, o objetivo desta investigação foi identificar a prevalência de fatores relacionados ao não uso do preservativo nas últimas cinco relações sexuais entre universitários e pós-graduandos de uma universidade pública no norte do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo transversal realizada na Universidade Federal de Rondônia no campus José Ribeiro Filho, na capital de Porto Velho. Nesse campus, no ano de 2015, estavam matriculados 3.931 estudantes, distribuídos em 29 cursos de graduação e 16 programas de pós-graduação.

Desses, os 17 cursos de graduação presencial e dois de pós-graduação, com horário de aulas no período matutino e vespertino, foram objetos da pesquisa.

Foram entrevistados 1.076 estudantes extraídos de uma composição amostral não probabilística obtida por conveniência, pelo consentimento voluntário dos participantes. Considerou-se como critérios de inclusão, universitários e pós-graduandos que estivessem presentes na sala de aula no dia da coleta de dados. Foram excluídos os estudantes que nunca tiveram relações sexuais e que preencheram parcialmente o questionário da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de março a novembro de 2015, uma vez por semana em dias alternados e em diferentes horários. Foi utilizado questionário estruturado, com vinte questões fechadas, de autopreenchimento e anônimo. O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário do tipo CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) com perguntas extraídas do projeto de pesquisa matriz intitulada “Conhecimento sobre DST/HIV/Aids e outros agravos: Atitudes e práticas preventivas entre Universitários”, desenvolvido por meio de um projeto de extensão existente na instituição. Os questionários foram auto aplicáveis pelos participantes em sala de aula, após orientações gerais dos pesquisadores previamente treinados.

A variável dependente foi o não uso do preservativo nas últimas cinco relações sexuais. Escolheu-se o uso nas últimas cinco relações sexuais, pois ao considerar o uso apenas na última relação poderia levar a um resultado que não refletisse o real comportamento dos participantes. Ao considerar o uso nas últimas cinco relações pode ser inferido um comportamento e não apenas uma ação única, ocorrida pelo acaso. As variáveis independentes abordaram aspectos sociodemográficos, educacionais e do comportamento sexuais assim categorizadas:

- Aspectos sociodemográficos: Idade (16 a 20 anos; 21 a 25 anos; 26 a 31 anos; 31 a 35 anos; 36 a 40 anos; \geq 41 anos); sexo (masculino ou feminino); raça/cor da pele (branco ou não branco autodeclarado como pardo, negro, indígena ou asiático); estado civil (com companheiro que se refere à união estável ou casado, e sem companheiro que se refere a solteiro, namorando, viúvo e divorciado); classe/renda familiar (menos de dois salários mínimos, 2 a 4 salários ou superior a 5 salários mínimos ou mais); religião (protestantes, católicos, sem religião ou outras religiões: Budismo, Judaísmo, Santo Daime, Umbanda, Candomblé e União Vegetal).

- Aspectos educacionais: curso matriculado (curso da área da saúde ou curso que não é da área da saúde), período do curso (iniciante: 1º ao 3º semestre; intermediário: 4º ao 6º semestre; término: 7º ao 10º semestre ou pós-graduação), fonte de informação em saúde preferida (pessoal: informação advinda de professores, amigos, familiares, profissionais da área de saúde, na igreja e no trabalho *versus* informações de fonte não pessoais advindas de artigos científicos, folhetos, panfletos, livros, jornais, internet, televisão e rádio).

- Aspectos do comportamento sexual: número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses (nenhum; um parceiro; dois; três ou mais parceiros).

Na análise de dados realizou-se a análise estatística com cálculos de frequência absoluta (n) e relativa (%), média e desvio padrão (DP). Investigaram-se a Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% como medida de efeito obtida pela análise de regressão de Poisson entre o não uso do preservativo e as variáveis independentes por meio de análises bivariadas.

Todas as variáveis com significância $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas no modelo hierárquico final, onde o bloco com variáveis sociodemográficas (1) é o mais distal e o bloco comportamento sexual (3) mais

proximal para desfecho de estudo. Obtiveram-se três modelos de regressão, onde as Razões de Prevalência foram ajustadas pelas variáveis do mesmo nível e variáveis do bloco anterior. O teste de Hosmer-Lemeshow foi utilizado para verificar a qualidade dos ajustes dos modelos empregados. Os dados foram processados no software Stata® (College Station, Texas, USA) versão 13.

Foram observados os preceitos éticos referentes à condução de estudos envolvendo seres humanos de acordo com a Declaração de Helsinque e a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia sob o número FR439664.

RESULTADOS

Dos 1.076 estudantes universitários e pós-graduando entrevistados, 97,2% já haviam tido a primeira relação sexual e destes, 772 responderam todas as perguntas do questionário sendo assim incluídos nesta investigação. Portanto, a proporção de resposta foi de 74,0%.

Entre os 772 participantes, 40,6% utilizaram preservativo em todas as últimas cinco relações sexuais, 24,4% não usaram preservativo nenhuma vez e 35% usaram o preservativo em pelo menos uma vez nas últimas cinco relações.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes. A maioria dos participantes tinha menos de 25 anos (56,7%) sendo que a idade média dos estudantes foi de 27,1 (DP=8,63). Metade dos participantes era do sexo feminino (50,5%). A maioria se declarava não branco (71,8%), sem companheiro, ou seja, não tinham união estável ou casados (65,5%) e tinham renda familiar de até quatro salários mínimos por família (62,6%). Entre as religiões, o catolicismo foi a mais predominante (40,2%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos universitários e pós-graduandos e não uso de preservativo nas últimas cinco relações sexuais, Rondônia, Brasil (n=772)

Variável	Total de participantes n=772	Não uso do preservativo n= 188 (%)	RP (IC 95%)	p
Bloco 1. Sociodemográficos				
Idade				<0,01
16-20	139	15 (10,8)	1	
21-25	299	62 (20,7)	1,92 (1,13-3,25)	
26-30	143	40 (28,0)	2,59 (1,50-4,47)	
31-40	119	39 (32,8)	3,03 (1,76-5,22)	
≥41	72	32 (44,4)	4,12 (2,39-7,09)	
Sexo				0,50
Masculino	382	89 (23,3)	1	
Feminino	390	99 (25,4)	1,09 (0,85-1,39)	
Raça/cor				0,18
Não branco	555	128 (23,1)	1	
Branco	217	60 (27,6)	1,20 (0,92-1,56)	
Estado civil				<0,01
Sem companheiro	523	82 (15,7)	1	
Com companheiro	249	106 (42,6)	2,71(2,12-3,47)	
Renda familiar				0,19
< 2 salários mínimos	139	28 (20,1)	1	
2-4 salários mínimos	344	80 (23,3)	1,15 (0,79-1,69)	
> 5 salários mínimos	289	80 (27,7)	1,37 (0,94-2,00)	
Religião				0,37

Protestante	216	60 (27,8)	1
Católico	311	66 (21,2)	0,76 (0,56-1,03)
Outros	79	20 (25,3)	0,91 (0,59-1,41)
Não tem	166	42 (25,3)	0,91 (0,65-1,28)

Na análise bivariada apenas as variáveis idade e estado civil apresentaram significância estatística em relação ao desfecho. Os resultados mostram que a razão de prevalência (RP) aumenta em função da idade, sendo que para os participantes acima de 41 anos a razão de prevalência do não uso de preservativos foi 4,12 (IC95%: 2,39-7,09). Quanto ao estado civil, a RP para o não uso de preservativo entre os participantes com companheiro foi de 2,71 (IC 95%: 2,12-3,47), indicando que há menor adesão ao uso de preservativos entre os casados e com união estável.

Quanto às informações educacionais e de comportamento sexual (Tabela 2), a maioria dos estudantes não eram de cursos da área da saúde (78,4%), estavam frequentando períodos intermediários, finais ou pós-graduação (76,3%), tinha como principal fonte de informação sobre saúde sexual o tipo pessoal que se refere a amigos, familiares e profissionais de saúde (68,3%) e tiveram apenas um parceiro sexual nos últimos 12 meses (66,1%).

Apenas uma variável foi significativa no Bloco 2 que se refere a informações educacionais. Estudantes matriculados em períodos finais do curso ou pós-graduação apresentaram razão de prevalência de *não uso* de preservativo de 1,44 (IC 95%: 1,06-1,95) quando comparado aos estudantes nos períodos iniciais do curso.

E em relação ao comportamento sexual, os estudantes com parceiro fixo nos últimos 12 anos tiveram maior probabilidade para o não uso do preservativo nas últimas cinco relações sexuais (RP = 5,28; IC95%: 2,77-10,06) quando comparado aos que tiveram mais de dois parceiros no período.

Tabela 2 - Características educacionais e comportamento sexual dos universitários e pós-graduandos e não uso de preservativo nas últimas cinco relações sexuais, Rondônia, Brasil (n=772)

Variável	Total de participantes n=772	Não uso do preservativo n= 188 (%)	RP (IC 95%)	Valor de p
Bloco 2. Educacionais				
Curso da área da saúde				0,08
Não	605	156 (26,0)	1	
Sim	167	32 (19,2)	0,74 (0,53-1,04)	
Período do curso				0,05
Iniciante (1-3 sem.)	276	68 (21,0)	1	
Intermediário (4-6 sem.)	274	63 (23,0)	1,09 (0,80-1,50)	
Término (7-10 sem./pós-graduandos)	222	67 (31,2)	1,44 (1,06-1,95)	
Fontes de informação em saúde				
Impessoais	245	55 (22,3)	1	0,40
Pessoais	527	133 (25,3)	1,12 (0,85-1,48)	
Bloco 3. Comportamento sexual				
Parceiros nos últimos 12 meses				<0,01
Três ou mais	146	9 (6,2)	1	
Dois	95	9 (9,5)	1,54 (0,63-3,73)	
Um	510	166 (32,5)	5,28 (2,77-10,06)	

Nenhum	21	4 (19,1)	3,09 (1,04-9,15)
--------	----	----------	------------------

Na Tabela 3, são apresentados os resultados da análise de regressão múltipla de Poisson. No modelo II, a variável período do curso perdeu significância estatística em relação ao desfecho quando ajustada pelas variáveis sociodemográficas (Bloco 1). No modelo III, a condição de ter um único parceiro se manteve associada ao não uso do preservativo mesmo após ajustes pelas variáveis sociodemográficas e educacionais.

Tabela 3 – Regressão Múltipla de Poisson

Variável	Modelo I RP (IC 95%)	Modelo II RP (IC 95%)	Modelo III RP (IC 95%)
Bloco 1.			
Sociodemográficas			
Idade			
21-25	1,62 (0,94-2,78)		
26-30	1,91 (1,07-3,39)		
31-40	1,81 (1,01-3,24)		
>41	2,19 (1,21-3,97)		
Raça/cor			
Branco	1,14 (0,80-1,47)		
Estado civil			
Com companheiro	1,75 (1,29-2,37)		
Renda familiar			
2-4 salários mínimos	1,09 (0,75-1,59)		
>5 salários mínimos	1,25 (0,86-1,81)		

Bloco 2. Educacionais		
Curso da área da saúde		
Sim	0,92	(0,65-1,28)
Período do curso		
Intermediário (4-6 sem.)	1,11	(0,82-1,49)
Término (7-10 sem. ou pós-graduação)	1,24	(0,93-1,67)
Bloco 3. Comportamento sexual		
Número de parceiros nos últimos 12 meses		
Dois	1,41	(0,58-3,42)
Um	3,84	(1,99-7,40)
Nenhum	2,27	(0,76-6,71)

Entre os participantes com parceiro único nos últimos 12 meses a razão de prevalência para o não uso de preservativo nas últimas cinco relações sexuais foi 3,84 (IC 95%: 1,99-7,40). O teste estatístico de Hosmer-Lemeshow foi aplicado para verificar a qualidade de ajuste do modelo final. O valor de p foi 0,1656 e a hipótese nula foi rejeitada, indicando boa qualidade do modelo.

DISCUSSÃO

Nessa pesquisa, o perfil social dos jovens universitários de ambos os sexos, se assemelham a de outros grupos jovens no Brasil. Possuem majoritariamente menos que 25 anos, não são casados, possuem renda familiar inferior a cinco salários mínimos e se identificam como praticantes entre as religiões existentes no Brasil como observado em outros estudos.^{3,5,13}

Foi encontrada uma relação linear entre a idade e o não uso do preservativo, ou seja, quanto maior a idade, menor a adesão ao uso do

preservativo nas últimas cinco relações sexuais. Manter relações sexuais sem preservativos é um comportamento observado principalmente nas pessoas maduras, com certa estabilidade financeira, que demonstram corretos conhecimentos de prevenção às IST/HIV, mas ainda assim possuem maior dificuldade em fazer uso regular do preservativo nas relações estáveis pela confiança no parceiro fixo, na influência da bebida alcoólica e a perda do prazer.¹⁶

Os universitários casados ou com união estável tiveram maior prevalência do não uso do preservativo em relação aos que estavam solteiros, namorando, divorciados ou viúvos. De modo similar, os estudantes que tiveram somente um parceiro sexual nos últimos 12 meses, tiveram maior chance de não usar o preservativo do que aqueles com mais de dois parceiros. Nesses achados, em ambas as situações, observa-se a necessidade de se reconhecer múltiplos aspectos de natureza afetivo-normativa que podem estar servindo de barreiras ao uso regular do preservativo no contexto de relações estáveis.¹¹

A renda familiar não foi estatisticamente significativa em relação ao desfecho. Na literatura verifica-se que, independente do estrato socioeconômico, jovens universitários continuam justificando o não uso do preservativo por variados motivos que vão desde a imprevisibilidade das relações sexuais, pela interferência ou desconforto desse método na obtenção do prazer no ato sexual ou da confiança no parceiro estiveram associadas ao uso inconsistente do preservativo ou até por questões próprias de contrariar regras sociais.^{12,17,23}

Em relação aos aspectos educacionais, a maioria dos participantes estava matriculada em períodos finais de seus cursos ou na pós-graduação. Esses achados indicam que nem sempre a educação nos moldes acadêmicos é capaz de ser traduzida em conhecimentos suficientes para pautar condutas de prevenção às IST/HIV/Aids na vida pessoal.^{3,13,14-16}

Além do ensino formal, há outras fontes de informações sobre a saúde sexual, como por exemplo, os amigos, porém esta fonte pode ter um saber limitado sobre o tema. Nesta pesquisa, a maioria dos estudantes obtinham informações sobre saúde sexual na esfera pessoal - amigos, familiares entre outros. A literatura tem demonstrado que o comportamento sexual dos jovens e o nível de conhecimento destes sobre IST/HIV/Aids tem forte associação com o fato de amigos serem as principais referências¹³. O acesso às informações equivocadas agrava-se com o despreparo das famílias, dos profissionais de saúde e outros que tenham contato e influência junto aos jovens, bem como a ausência de ações governamentais. A ausência de informações adequadas pode levar à prática sexual insegura, falta de amadurecimento psicoafetivo, maior vulnerabilidade e riscos aos jovens.^{14,17}

Embora a significância estatística entre o não uso de preservativo e o nível de escolaridade não tenha se mantido após ajustes por outras variáveis no modelo final, foi possível verificar que o maior tempo de permanência na universidade não resultou em práticas sexuais mais seguras já que neste grupo foi encontrada a maior prevalência do não uso do preservativo na análise bivariada. Corroborando com este achado, um estudo realizado em Portugal com universitários de várias nacionalidades também verificou que apesar dos estudantes saberem que o preservativo é a única forma de prevenção de IST/HIV/Aids, a maioria dos participantes não utilizaram preservativos na sua última relação sexual.⁷

Entre os universitários e pós-graduandos participantes deste estudo 75,6% utilizaram o preservativo em pelo menos uma vez nas últimas cinco relações sexuais. Em um estudo realizado no Sudeste do país, encontrou que 99% dos graduandos fizeram uso do preservativo em suas relações, mas menos de 20% deles fizeram uso constante ou tinham conhecimento para tê-lo usado

adequadamente. A informação nesta área deve ser a mais exata e completa possível, de forma que o indivíduo possa ter consciência dos riscos aos quais se expõe e que podem também afetar terceiros na sua prática sexual.¹⁴

A literatura destaca que embora os adultos jovens sempre se mostrarem favoráveis à incorporação de métodos preventivos às IST/HIV/Aids, persistem com atitudes e práticas de sexo inseguro, seja pelo não uso ou o uso descontinuado do preservativo⁹⁻¹¹. Embora não tenham sido avaliadas questões sobre o acesso ao preservativo por estudantes do presente estudo, chama a atenção o fato de que seus participantes contavam com distribuição regular e gratuita de preservativos no ano da investigação na universidade por meio de ações de extensão já instituídas.¹⁸

Sabe-se que a disponibilidade do preservativo no ambiente universitário de forma gratuita é um fator importante na promoção do uso desses insumos. Quando associado a programas de prevenção ao IST/HIV/Aids essas ações incrementam o nível de conhecimento e a percepção sobre os riscos das práticas sexuais desprotegidas^{11,19}. Estudo em uma universidade pública no sudoeste dos Estados Unidos em 2013, apontou que a garantia do preservativo com livre acesso na universidade foi um preditor significativo da intenção genuína dos alunos sexualmente ativos em buscar os dispensadores do insumo. Os resultados indicaram que, durante um curto período de tempo, a distribuição de preservativos foi bem sucedida por atingir os alunos e oferecer preservativos gratuitos.²¹

A presente investigação traçou alguns aspectos do comportamento sexual de estudantes universitários de uma região Norte do país, relativo ao não uso do preservativo, considerando fatores sociodemográficos, educacionais e comportamentais confrontados com a literatura atual sobre a temática. Outras variáveis não analisadas podem ter influenciado significativamente os resultados

encontrados, a exemplo do uso de álcool e drogas ilícitas, variáveis de reconhecido impactos sobre a motivação do uso (ou não) do preservativo.

Em virtude do delineamento transversal da investigação, não foi possível estabelecer relações causa-efeito, portanto os resultados devem ser interpretados com cautela considerando as particularidades do método e da amostra utilizada, já que seus participantes pertenciam a cursos presenciais da única universidade pública do estado. Além disso, admite-se a presença de viés de memória dado que a pesquisa utilizou informações autorreferidas do tipo recordatário.

Entretanto, acredita-se que os resultados encontrados possam ser úteis e aplicáveis a outras universidades com perfil universitário semelhante à instituição investigada. Neste caso, verifica-se a necessidade de implementar e/ou reforçar ações de ensino e extensão nesta área, por meio de estratégias educativas que estimulem a discussão sobre a temática e assim possa refletir em uma maior adesão ao preservativo entre os jovens universitários.

Esperava-se que os universitários dos períodos iniciais tivessem maior comportamento de risco, quanto ao não uso de preservativos, do que os de períodos finais e pós-graduação, porém o que foi observado foi uma maior prevalência do não uso do preservativo nas últimas cinco relações sexuais entre os estudantes de períodos finais ou pós-graduação. A maior prevalência de não uso de preservativos entre pessoas com mais de 40 anos de idade, remete a existência de falhas na qualidade das informações formais e informais obtidas sobre IST/HIV/Aids ao longo da formação acadêmica e da vida, o que pode estar interferindo na percepção de risco para mudança de atitudes e práticas saudáveis neste grupo.

É necessário que universitários e pós-graduandos revejam suas práticas sexuais de risco, especialmente no que diz respeito à exposição às IST/HIV/Aids,

com conhecimento adequado e atitude junto aos seus pares e para si mesmo, já que muitos serão formadores de opinião nos diversos locais onde estarão inseridos. Pelo convívio diário e prolongado, cabe à universidade como fórum privilegiado, investir em ações e/ou projetos de extensão na área de saúde sexual e reprodutiva de jovens universitários, a exemplo desta instituição pesquisada.

Colaboradores

JLG Freitas, PPSR Pereira, KFA Moreira, AA Santos e LJLR Filha, contribuíram consideravelmente na concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo e todos participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Arriagada EM, Bertoni JS. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2023];20(2):93-101. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000200010&lng=es doi: 10.4067/S0717-95532014000200010.
2. Pereira BS, Costa CO, Amaral MT, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 13];19(3):747-58. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.16042013> doi: 10.1590/1413-81232014193.16042013.
3. Bezerra EO, Chaves AC, Pereira, ML, Melo FR. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. *Rev Rene.* [Internet]. 2012 [cited 2017 Set 20];13(5): [cerca de 10 p.]. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4118> doi: 10.15253/2175-6783.20120005000017

4. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep. Sinopse estatística da educação superior. [Internet], 2015. Available from: https://www.andifes.org.br/wp-content/files_flutter/1377182836Relatorio_do_perfi_dos_estudantes_nas_universidades_federais.pdf
5. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras [Internet]. Brasília: FONAPRACE; 2011. Available from: http://www.andifes.org.br/wpontent/files_flutter/1377182836Relatorio_do_perfi_dos_estudantes_nas_universidades_federais.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Boletim epidemiológico HIV/AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015. Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016*. [Internet]. Brasília: MS; 2016. Available from: http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/boletinsExternos/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf.
7. Gravata A, Castro R, Borges-Costa J. Study of the Sociodemographic Factors and Risky Behaviours Associated with the Acquisition of Sexual Transmitted Infections by Foreign Exchange Students in Portugal. *Acta Med Port*. [serial na Internet] 2016 jun [cited 2017 Out 12] 29 (6) [cerca de 6 p.] Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6692/4910>.
8. Sales WB, Caveião C, Visentin A, Mocelin D, Costa PM, Simm, EB. Risky sexual behavior and knowledge of STIs/AIDS among university health students. *Rev Enferm Ref*. [serial na Internet] 2016 jun [cited 2017 Set 25] 4 (10) [cerca de 8 p.] Available from: <https://search.proquest.com/openview/b7c012a9f828fd9064c1fb824c833bcc/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042208>.
9. Valencia CP, Carvajal, EG. Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Rev Salud Publica*. [serial na Internet] 2012 jul [cited 2017 Nov 10] 14 (5) [cerca de 11

p.] Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/37021/1/38389-179183-1-PB.pdf>

10. Reynolds HW, Luseno WK, Speizer IS. The measurement of condom use in four countries in East and southern Africa. *AIDS and Behavior*. [serial na Internet] 2012 May [cited 2017 Set 5] 16 (4) [cerca de 9 p.] Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-012-0146-9>.

11. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisiting the use of condoms in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(1):63-88.

12. El Bcheraoui C, Sutton MY, Hardnett FP, Jones SB. Patterns of condom use among students at historically Black colleges and universities: Implications for HIV prevention efforts among college-age young adults. *AIDS Care*. 2013; 25(2):186-92.

13. Firmeza SN, Fernandes KJ, Santos EN, Araújo WJ, Oliveira ES, Silva AR. Comportamento sexual entre acadêmicos de uma universidade pública. *Rev Rene*. [revista na Internet] 2016 ju-ago [cited 2017 Dez 3] 17 (4) [cerca de 5 p.] Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4943/3644>.

14. Castro EL, Caldas TA, Morcillo AM, Pereira EM, Velho PE. O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. *Cien. Saude Colet*. [revista na Internet] 2016 Set [cited 2017 Nov 17] 21 (6) [cerca de 9 p.] Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1975.pdf>

15. Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MC, Chofakian CB, Moraes AJ, Azevedo GD et al . ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. *Rev Saude Pub*. [revista na Internet] 2016 Out [cited 2017 Jun 10] 50 (Suppl 1:15s) [cerca de 11 p.] Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006686.pdf

16. Medeiros LG, Sales MC, Queiroz DT, Luna GL. Conhecimento e vulnerabilidade de professores Universitários do sexo masculino às doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Saúde Com*. 2014; 10(1): 33-42.

17. Panobianco MS, Lima AD, Oliveira IS, Gozzo TO. Knowledge concerning HPV among adolescent undergraduate nursing students. *Texto Contexto Enferm.* 2013; 22 (1): 201-7.
18. Universidade Federal de Rondônia. *Pró-Reitoria de Cultura, Extensão e Assuntos Estudantis da Universidade Federal de Rondônia.* 2012. Available from: http://www.procea.unir.br/?page_id=4039
19. Francis DB, Noar SM, Widman L, Willoughby JF Sanchez DM5, Garrett KP. Perceptions of a campus-wide condom distribution programme: An exploratory study. *Health Educ J.* 2016; 75(8): 998-11.
20. Janeiro JM, Oliveira IM, Rodrigues MH, Maceiras MJ, Rocha GM. Sexual and contraceptives attitudes, the locus of health control and self-esteem among higher education students. *Rev Bras Promo Saude.* 2013; 26 (4): 505-12.
21. Delgado MP, Cruz ME. Efectividad de un programa educativo sobre VIH/Sida aplicado a universitarios dentro del enfoque promocional. *Cuid Salud.* 2015; 2 (1):125-36.

**Conducta responsable en la investigación científica:
definiciones actuales de integridad y mala conducta científica**

*Conduta responsável na pesquisa científica:
definições atuais de integridade e má conduta científica*

*Responsible conduct in scientific research:
current definitions of integrity and scientific misconduct*

Ignacio Damian Mastroleo¹

Alahí Dana Bianchini²

RESUMEN:

Integridad se dice de muchas maneras. En este trabajo, reconstruiremos tres sentidos de integridad en investigación científica (reglas, virtudes y valores) que se encuentran en la literatura reciente. Al respecto, partiremos de la hipótesis de que contar con un concepto claro de integridad y buena conducta en investigación puede fomentar su uso apropiado. En este mismo sentido, sostendremos que una definición precisa de mala conducta, junto con su alcance, contribuirá a identificarla y, de esta manera, a intentar disminuir el daño que produce en la investigación clínica. Así, desarrollaremos cuatro sentidos de mala conducta (ética, legal, amplia y estrecha) y el problema que implica evaluar la intención de los agentes. Finalmente, analizaremos algunos posibles métodos de prevención de la mala conducta, tales como las prácticas educativas y las auditorías.

Palabras clave: Definiciones, integridad, investigación científica, ética de la investigación, mala conducta, prácticas de investigación.

RESUMO:

A integridade é dita de várias maneiras. Neste trabalho, reconstruiremos três sentidos de integridade na pesquisa científica (regras, virtudes e valores) encontrados na literatura recente. A esse respeito, partiremos da hipótese de que

¹ E-mail: ignaciomastro@gmail.com

² E-mail: alahibianchini@gmail.com

ter um conceito claro de integridade e boa conduta na pesquisa pode promover seu uso apropriado. Nesse mesmo sentido, argumentamos que uma definição precisa de má conduta, juntamente com seu escopo, ajudará a identificá-la e, dessa maneira, tentar diminuir o dano que ela produz na pesquisa científica. Assim, desenvolvemos quatro sentidos de mau comportamento (ética, legal, amplo e estreito) e o problema envolvido na avaliação da intenção dos agentes. Por fim, analisaremos alguns métodos possíveis de prevenção do mau comportamento, como práticas educacionais e auditorias.

Palavras-chave: Definições, integridade, pesquisa científica, ética em pesquisa, desvios de conduta, práticas de pesquisa.

ABSTRACT:

Integrity is said in many ways. In this work, we will reconstruct three senses of integrity in scientific research (rules, virtues and values) found in the recent literature. In this regard, we will start from the hypothesis that having a clear concept of integrity and good conduct in research can promote its appropriate use. In this same sense, we will argue that a precise definition of misconduct, together with its scope, will help to identify it and, in this way, to try to diminish the harms it produces in scientific research. Thus, we will develop four senses of bad behavior (ethics, legal, broad and narrow) and the problem involved in evaluating the agents' intention. Finally, we will analyse some possible methods of prevention of bad behavior, such as educational practices and audits.

Key words: Definiciones, integrity, scientific research, research ethics, misconduct, research practices.

1 INTRODUCCIÓN

Este artículo intenta ser un análisis introductorio de los conceptos de integridad y mala conducta presentes en la literatura actual sobre integridad y conducta responsable. Con este fin, haremos una reconstrucción del marco teórico que subyace a dos de las referencias bibliográficas centrales más actualizadas, en particular Shamoo y Resnik¹ y NASEM². Para esto, se pondrá el foco en las definiciones de integridad y mala conducta científica en estos marcos, haciendo énfasis en sus diferentes sentidos y distinciones. Esperamos que este trabajo sea de utilidad para quienes estén comenzando a trabajar estos

temas y, en especial, para los estudios de conducta responsable en Latinoamérica³. El propósito del artículo será dar cuenta de los tres sentidos posibles de integridad, los distintos casos de mala conducta y su relevancia para la investigación científica.

La integridad en la investigación científica es fundamental. En este trabajo, utilizaremos el concepto de investigación científica en el sentido de actividad cuya función principal es la generación de conocimiento²⁻⁴. En sentido práctico esto incluye las ciencias naturales, ciencias sociales, investigación clínica biomédica, la investigación en ingeniería, y las ciencias humanas, aunque la lista no es excluyente.

La contracara de la integridad es la mala conductas^a. La mala conducta en la investigación científica (p.e. la invención o fabricación de datos, la falsificación o el plagio), las conductas cuestionables o perjudiciales (p.e. las prácticas inapropiadas de asignación de autoría, la formación explotativa y negligente de nuevos investigadores) y otras formas de mala conducta (p.e. la no transparencia en los conflictos de interés o la falta de cumplimiento de las buenas prácticas de investigación en seres humanos y animales), dañan la investigación científica y tiene consecuencias negativas para toda la sociedad. Se hace un uso incorrecto de los recursos públicos y privados, socava la confianza de los ciudadanos en la ciencia y en las políticas de salud pública que se sustentan en intervenciones científicas (p.e. negacionismo y campañas de vacunación). Más aún, en algunos casos especiales de investigación científica, como la investigación de salud humana, puede tener consecuencias directas perjudiciales tanto para los participantes de una investigación como para sus usuarios finales. Como señaló la editora del *British Medical Journal*, Fiona Godlee: “Mientras que la mala conducta científica es problemática en cualquier campo, dentro de la investigación médica es especialmente problemática. No sólo perjudica a los

participantes inmediatos en los ensayos clínicos, sino que perjudica a la población más amplia de los pacientes cuando resultados espurios o falsos se incorporan a la práctica clínica”.⁵

Dada la importancia de la integridad científica y las malas consecuencias que generan las malas conductas en investigación, una pregunta razonable que se podría hacer es qué sabemos sobre la incidencia de la mala conducta científica en la práctica. A esta pregunta, Diaz responde glosando los resultados dos estudios empíricos sobre mala conducta en investigación científica: “Un meta-análisis de estudios sobre conductas inapropiadas en investigación científica, en Estados Unidos, muestra que cerca del 2% de los investigadores admite haber fabricado o falsificado datos en sus investigaciones y el 14% haberlo visto en otros investigadores cercanos. Así mismo, el 34% admite haber realizado otras “prácticas cuestionables” y el 72% haberlo visto en sus colegas⁶. Otro estudio realizado en 2012, encontró que de 2047 artículos retirados de la Editorial Pubmed, solo el 21% fueron atribuidos a errores no intencionados (errores experimentales o procedimentales en el cálculo de resultados), mientras que un poco más del 67% estaban asociados a casos de fraude, doble publicación y plagio [(Fang et al 2012)]. Este estudio también mostró un incremento de más de 10 veces en el porcentaje de artículos retirados por fraude sobre el total de artículos publicados, con relación a 1975”.⁷

Estas cifras señalan al menos dos cosas. Por una parte, que la mala conducta es una práctica común. Por otra, parecen indicar un aumento en la detección de la mala conducta. No obstante, algunos factores deberían ser tenidos en cuenta para evaluar este juicio como un aumento de mala conducta cometida por los científicos. Entre ellos el aumento que ha tenido la investigación científica, tanto a nivel de recursos humanos como de publicaciones en la historia de la humanidad y, en particular, en las últimas

décadas. Aunque mayor detección no significa mayor realización de mala conducta, esto no queda descartado. Esto es una preocupación real de quienes analizan el sistema de investigación en su conjunto, especialmente por los cambios desde la década de 1990 en tres áreas claves, a saber, el impacto de la tecnología de información en investigación, la globalización de la investigación y la relevancia de los resultados de la investigación en las políticas públicas y los debates políticos².

Si bien la mayoría de los estudios reconoce la relevancia de la integridad en la investigación, es necesario delimitar las posibles definiciones de integridad. A continuación, desarrollaremos tres sentidos del mismo concepto.

2 INTEGRIDAD Y BUENA CONDUCTA EN INVESTIGACIÓN: REGLAS, VIRTUDS Y VALORES

Shamoo y Resnik en la segunda edición de su libro sobre estudios de integridad *Responsible conduct of research* señalaban que “la integridad se ha convertido en un concepto importante en la ética de la investigación [científica]. Aunque muchas personas la usan simplemente como otra palabra para ‘honradez’, ‘honor’, ‘ética’, tiene su propio significado”⁸. En la tercera edición, los autores señalan que el término integridad se ha vuelto una “palabra de moda” que usan quienes realizan o regulan la investigación científica para hablar sobre “las amenazas a la integridad científica” o “promover la integridad en investigación” pero que pocas veces definen¹. Pero ¿qué significa integridad en investigación?

2.1 Integridad es seguir reglas

Shamoo y Resnik¹ distinguen dos sentidos fundamentales de integridad: en sentido de seguir una regla y en sentido de poseer una virtud. Actuar con integridad en el primer sentido significa “seguir ciertas reglas”: “De acuerdo con el sentido de seguir las reglas, actuar con integridad es actuar de acuerdo con reglas o principios. La integridad en la ciencia es una cuestión de entender y obedecer las diferentes normas legales, éticas, profesionales e institucionales que se aplican a la conducta de uno. Las acciones que no cumplen con las reglas de la ciencia amenazan la integridad de la investigación”.¹

Shamoo y Resnik¹ presentan una lista de 15 principios o reglas (con varias reglas subsidiarias). La lista de principios es la siguiente: “1. **Honestidad** [honesty]: Honestamente reportar datos, resultados, métodos y procedimientos, estado de publicación, contribuciones de investigación y posibles conflictos de interés. No fabricar o falsificar o representar de manera inapropiada datos en comunicaciones científicas, incluyendo propuestas de subsidios, informes, publicaciones y currículum vitae. 2. **Objetividad** [objectivity]: Esforzarse por la objetividad en el diseño experimental, análisis de datos, interpretación de datos, publicación, revisión por pares, decisiones de personal, escritura de subsidios, testimonio de expertos y otros aspectos de la investigación donde se espera o requiere objetividad. 3. **Cuidado** [carefulness]: Evitar errores negligentes y negligencia; cuidadosa y críticamente examinar su propio trabajo y el trabajo de sus compañeros. Mantener buenos registros de las actividades de investigación, tales como recopilación de datos, diseño de investigación, formularios de consentimiento y correspondencia con agencias o revistas. 4. **Reconocimiento** [credit]: Asignar el reconocimiento de manera apropiada en publicaciones, patentes y otros materiales. 5. **Apertura** [openness]: Compartir datos, resultados, ideas, herramientas, materiales y recursos. Estar abierto a la crítica y

nuevas ideas. 6. **Confidencialidad** [confidencialidad]: Proteger las comunicaciones confidenciales, tales como documentos o subsidios presentados para su publicación, registros de personal, información propietaria y registros que identifiquen individuos o pacientes de investigación. 7. **Respeto por los colegas** [Respect for colleagues]: Respetar a los colaboradores, compañeros, estudiantes y personal de investigación. No perjudicar a sus colegas; tratarlos con equidad. No discriminar a los colegas por motivos de sexo, raza, etnia, religión u otras características no relacionadas con las calificaciones científicas. Ayudar a educar, capacitar, orientar y asesorar a la próxima generación de investigadores. 8. **Respeto por la propiedad intelectual** [Respect for intellectual property]: Honrar patentes, derechos de autor y otras formas de propiedad intelectual. No utilizar datos, métodos o resultados no publicados sin permiso. Dar reconocimiento a quien merece reconocimiento. No plagiar. 9. **Libertad** [freedom]: No interferir con la libertad de pensamiento e investigación. 10. **Protección de los animales utilizados en la investigación** [Protection of animals used in research]: Proteger el bienestar de los animales utilizados en la investigación. No realizar experimentos con animales que sean innecesarios o mal diseñados. 11. **Protección de los sujetos de investigación humana** [Protection of human research subjects]: Proteger los derechos, la dignidad y el bienestar de los sujetos de investigación humanos. Obtener el consentimiento informado de sujetos adultos competentes; minimizar los daños y riesgos de investigación y maximizar los beneficios; tomar precauciones especiales con las poblaciones vulnerables; Y distribuir equitativamente los beneficios y cargas de la investigación. 12. **Administración responsable** [stewardship]: hacer un buen uso de los recursos humanos, financieros y tecnológicos. Tenga cuidado de materiales, herramientas, muestras y sitios de investigación. 13. **Respeto por la ley** [respect for the law]: Entender y cumplir

con las leyes pertinentes y las políticas institucionales. 14. **Responsabilidad profesional** [professional responsibility]: Mantener y mejorar su propia competencia profesional y experiencia a través de la educación y el aprendizaje a lo largo de toda la vida; Tomar medidas para promover la competencia en la ciencia en su conjunto a través de tutoría, educación o liderazgo. Informe sobre mala conducta y actividades ilegales o no éticas que amenacen la integridad de su profesión. 15. **Responsabilidad social** [social responsibility]: Promover las buenas consecuencias sociales y evitar o prevenir las malas por medio de la investigación, la consulta, el testimonio de expertos, la educación pública y la promoción”¹.

Esta es sólo una lista parcial y resumida de reglas o principios de integridad. Pensar la integridad como que las acciones sigan ciertas reglas es adoptar un punto de vista externo al agente que realiza la acción. Esto es útil, p. e. para que los científicos den a conocer al público y sus pares cuales son los principios por los cuales sus acciones o conductas debe ser evaluadas. Por supuesto, actuar con integridad en sentido de seguir una regla no implica seguir cualquier regla solo por el hecho de ser una regla o ser un fanático de las reglas, sino seguir las reglas de manera razonable.

2.2 Integridad es poseer una virtud

A su vez, el punto de vista externo de las reglas podría ser complementado con un punto de vista interno. Tradicionalmente, este punto de vista interno se enfoca en el problema o pregunta sobre el carácter de quien realiza acción. Problema que suele trabajarse desde las teorías sobre virtud ética. Así, el segundo sentido de integridad es el de poseer una virtud. Como señalan Shamoo y Resnik⁸: “La integridad es una especie de meta-virtud: tenemos la

virtud de la integridad en la medida en que nuestros rasgos de carácter, creencias, decisiones y acciones forman un todo coherente y consistente. Si tenemos integridad, nuestras acciones reflejan nuestras creencias y actitudes; hacemos lo que decimos y decimos lo que hacemos [we “talk the talk” and “walk the walk”]. Además, si tenemos integridad, somos sinceros en que nuestras acciones y decisiones reflejan convicciones profundamente arraigadas. Sin embargo, debido a que podemos desarrollar nuestras creencias, actitudes y rasgos de carácter a lo largo de nuestra vida, la integridad es más que simplemente atenerse a nuestras convicciones, pase lo que pase. Los cambios en las creencias, actitudes y rasgos de carácter deben mantener la integridad de la persona en su conjunto”⁸.

Entre las virtudes éticas usualmente reconocidas de quien realiza investigación científica se encuentran la honestidad, el honor, equidad, valentía, benevolencia, humildad, etc⁸. Estas virtudes éticas de los científicos no deberían ser confundidas con los valores o virtudes epistémicas de la ciencia como la coherencia, simplicidad, etc. (Holzer, comunicación personal 20 de junio de 2017). Los autores afirman que la integridad sería una “meta-virtud”. El prefijo “meta”, como se utiliza en la palabra metaanálisis, podría entenderse como algo que abarca o se refiere a otra cosa de la misma categoría (p.e. análisis anteriores del mismo tema). Así, la integridad como metavirtud no sería una virtud distinta de las virtudes particulares sino que abarcaría a las otras virtudes formando un “todo coherente y consistente”, al igual que un metaanálisis trata abarca análisis anteriores en un todo coherente. En el marco teórico aristotélico, uno de los más importantes en teoría de la virtud, esta función de ordenar y hacer un todo coherente de las virtudes éticas la tenía la virtud intelectual de la prudencia, como se discutirá más abajo.

Este segundo sentido no es necesariamente incompatible con el primer sentido de cumplir una regla. La diferencia es que no hace tanto énfasis en las reglas o principios que deben cumplir las acciones de los científicos para actuar con integridad sino en el carácter de quienes realizan investigación científica. La relación entre virtud ética y carácter ya se encuentra desarrollado por Aristóteles en su *Ética Nicomaquea*⁹⁻¹⁰. Acaso es importante recordar en este punto que Aristóteles consideraba que el carácter estaba relacionado con nuestras emociones, deseos y pasiones (y con el dolor y placer en general), es decir con la parte desiderativa de lo que hoy podríamos considerar nuestra psicología moral. En el caso de la persona virtuosa el carácter o nuestra parte emocional “escuchaba y obedecía” (aunque no siempre) los consejos y órdenes de la prudencia, una virtud intelectual calculadora, y que hoy asociaríamos a algún tipo de proceso de razonamiento o toma de decisiones aplicado a situaciones prácticas⁹. Una tesis importante de Aristóteles que rescatan⁸ es que las virtudes éticas (como la moderación, la veracidad, la valentía o la generosidad), y por ende el carácter virtuoso o buen carácter, se generan y mantienen por repetición e imitación de las acciones que hacen las personas virtuosas y se destruyen por hacer lo contrario. Esta tesis tiene relevancia práctica directa para la discusión sobre integridad científica ya que resalta, a diferencia del sentido de integridad como seguir reglas, la importancia de la educación y el entrenamiento (repetición), y los buenos ejemplos y los “modelos” de buenos científicos o científicas (imitación). Esto estaría capturado por la definición de Shamooy y Resnik⁸ en la idea de que nuestras convicciones se desarrollan a lo largo de la vida.

No obstante, Aristóteles no consideraría virtuosos a quienes realizan “una acción virtuosa” o “íntegra” por mera casualidad, por error o desconocimiento, para ganar una apuesta, o de manera reticente. Por lo tanto,

evaluar una acción aislada puede no darnos suficiente evidencia del carácter virtuoso o integridad de una persona o quien realiza investigación científica. Por una parte, Aristóteles señala que un índice de la virtud ética es cómo reacciona la persona al placer y al dolor. Por otra, afirma la verdadera persona virtuosa es quien tiene una disposición interna (acaso análoga a un estado mental contemporáneo) de (1) actuar con conocimiento, (2) de actuar eligiendo un acto por sí mismo, lo que implica querer el acto y deliberar sobre lo que se va a hacer ya que la elección es la conclusión de la deliberación (no como un medio para algo más como ganar una apuesta o evitar los castigos), y (3) actuar con convicción (no de manera reticente o vacilante) o, en palabras de Aristóteles, “de forma firme e incommovible”¹⁰. Con respecto al último punto, Shamo y Resnik⁸ aclaran que la integridad en sentido de “meta-virtud” o “virtud que abarca otras virtudes particulares en un todo coherente”, no es “simplemente atenerse a nuestras convicciones, pase lo que pase”. Esto sería caer en el fanatismo.

Por lo tanto, de la teoría aristotélica rescatamos dos puntos principales que podrían ser relevantes para aplicar en este segundo sentido de integridad: en primer lugar, el rol central de la educación, los buenos modelos y la repetición de acciones virtuosas como manera de seguir este ideal regulativo; en segundo lugar, la importancia de la disposición del agente y su evaluación dentro de un período amplio de tiempo. Este primer aspecto será crucial para la prevención de la mala conducta y lo profundizaremos en la sección 6.

De aquí que la definición de Shamo y Resnik⁸ hagan referencia explícita al desarrollo de actitudes, creencias a lo largo de nuestra vida. Esto rescata la intuición aristotélica de que no solo para desarrollar un carácter virtuoso hay que repetir las acciones virtuosas, sino que para mantener el carácter virtuoso hay que seguir repitiéndolas. Esto tiene consecuencias

prácticas para la evaluación de las alegaciones de mala conducta científica y está asociado a probar la mala intención de los agentes. El problema del conocimiento de la intención es de fundamental importancia para poder comprender si un agente efectivamente es íntegro en este segundo sentido.

2.3 Integridad es adherir a valores

Por último, vale la pena recuperar un tercer posible sentido de integridad en investigación científica: integridad como adhesión o expresión de ciertos valores. Este es el sentido que usa el informe *Fostering Integrity in Research* (en adelante *Fostering Integrity*)¹¹: “La integridad de la investigación se basa en la adhesión a valores fundamentales -objetividad [objectivity], honestidad [honesty], apertura [openness], imparcialidad [fairness], rendición de cuentas [accountability] y administración responsable [stewardship]. Estos valores fundamentales ayudan a asegurar que la empresa de investigación avanza el conocimiento. Integridad en la ciencia significa planificar, proponer, realizar, informar y revisar la investigación de acuerdo con estos valores. Los participantes en la empresa de investigación se desvían de las normas y prácticas apropiadas de la ciencia cuando cometen mala conducta de investigación u otra mala conducta o se involucran en prácticas de investigación perjudiciales”.¹¹

A esta definición es útil agregarle la definición “mejores prácticas en investigación” [best practices in research] ya que es enteramente dependiente de la definición de integridad: “Mejores prácticas en investigación: [...] las mejores prácticas en investigación son aquellas conductas emprendidas por individuos y organizaciones que se basan en los valores fundamentales de la ciencia y permiten una buena investigación.”¹¹

Para entender mejor la definición de integridad en investigación como valor es útil distinguir tres conceptos que se manejan en el análisis de enunciados valorativos: valor de cobertura, valores componentes y portadores de valor. A esto hay que sumar cuatro relaciones comparativas, ser mejor, peor, igual o estar a la par de (ser casi igual)¹². Cuando alguien afirma “Ana es una buena científica” está haciendo un juicio de valor sobre Ana. Una forma posible de analizar ese juicio es identificar como portador de valor a Ana, valor de cobertura “ser buena científica” y detallar cuales son los valores componentes que no se encuentran explicitados en el enunciado, por ejemplo, tiene gran destreza en el manejo de instrumental del laboratorio, es una mentora comprometida con sus estudiantes, conoce en profundidad la bibliografía de su área de experiencia, etc. A su vez, alguien podría afirmar “Ana es mejor (peor o igual) científica que María” y mostrar que en cada valor componente Ana es mejor (peor o igual) que María. Pero también podría darse el caso que Ana y María sean dos buenas investigadoras complementarias y forman un buen equipo. En ese caso, Ana sería mejor que María en algunos valores componentes, pero María sería mejor que Ana en otros. Por ejemplo, Ana sería mejor mentora que María, pero María tendría mayor destreza técnica que Ana. En este último caso Ana y María estarían a la par o serían casi iguales con relación a nuestro valor de cobertura de ser buenas investigadoras.

Aplicando nuestro marco teórico sobre valores a la definición de *Fostering Integrity*, la integridad sería el nombre del valor de cobertura. Uno entendería la integridad científica como un valor compuesto por diferentes “valores fundamentales” que serían los correspondientes valores componentes, a saber, objetividad [objectivity], honestidad [honesty], apertura [openness], imparcialidad [fairness], rendición de cuentas [accountability] y administración responsable [stewardship]. A su vez, cada valor componente es analizado en

Fostering Integrity como un valor de cobertura en sí mismo con sus propios valores componentes. Así, por ejemplo, el valor de objetividad hace referencia especialmente a la actitud imparcial que debería tener el investigador que está representada en los valores componentes de responsabilidad y la libertad de (1) presentar hipótesis refutables, (2) contrastar hipótesis con referencias relevantes, y (3) presentar los resultados de forma clara y no ambigua frente a cualquier persona interesada^{11. b} Tanto los nombres de los valores componentes, como la estructura de que estén compuestos de otros valores componentes, tiene cierta similitud con los 15 principios o reglas y sub-reglas reconocidos por Shamooy y Resnik¹ con el sentido de integridad como seguir reglas. Esto da cierto apoyo a la tesis de que los diferentes sentidos de integridad no serían excluyentes.

Por último, los portadores de valores serían actividades típicas o características que hacen a la empresa de la investigación científica, a saber, planificar, proponer, realizar, informar y revisar la investigación. La relación entre integridad como meta-virtud del carácter de quienes investigan con las virtudes particulares de la honestidad, equidad, etc. tendría ciertas similitudes con el análisis de la integridad como un valor de cobertura de la empresa científica y sus valores componentes, ya que en ambos análisis se da una relación de todo-parte. No obstante, una diferencia principal son los portadores de valores de cada análisis o sentido de integridad. Mientras que la integridad en sentido de virtud tiene como referencia principal el carácter de quienes realizan investigación científica, la integridad en sentido de adhesión a valores tiene como portador de valor principal a la empresa de la investigación, que incluye a los participantes, principalmente investigadores e investigadoras individuales, pero también participantes colectivos (p.e. instituciones de investigación, patrocinadores de investigación, revistas y sociedades científicas, y grupos de investigación) y los procesos que se dan entre todos estos agentes y otras partes

interesadas¹¹. Esto explica que la definición de *Fostering Integrity* haga énfasis en los procesos básicos que dan forma a la investigación: adherir a la integridad científica es “proponer, realizar, informar y revisar la investigación” teniendo en cuenta los valores fundamentales.

Además, la definición de integridad de *Fostering Integrity* introduce explícitamente una definición de “mala conducta” como un “desvío” de las buenas prácticas de investigación”. A esto se suman las diferentes categorías que podríamos considerar como parte del marco teórico subyacente a “mala conducta en investigación científica” en sentido ético amplio (ver figura 1). Esta incluye, (i). la mala conducta en investigación en sentido estrecho (falsificación, fabricación o plagio, en adelante FFP), (ii) prácticas de investigación perjudiciales o cuestionables (PIPs o PICs)³, y (iii) otra mala conducta^d.

En la próxima sección, se analizarán las distinciones entre mala conducta en sentido ético y legal, y mala conducta en sentido amplio y estrecho. Por razones de espacio, no se tratarán las importantes categorías de prácticas perjudiciales o cuestionables de investigación y otra mala conducta del marco teórico de NASEM¹³.

3 MALA CONDUCTA EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

3.1 Mala conducta en sentido ético y en sentido legal, amplia y estrecha

Como señalan Shamo y Resnik¹ el problema más fundamental relacionado con la mala conducta en investigación es cómo definirla. Así, los autores introducen una distinción relevante para la interpretación y la práctica. Y distinguen entre dos sentidos de mala conducta: mala conducta en sentido ético y mala conducta en sentido legal. Esta distinción es relevante porque la

ética y el derecho están relacionadas, pero no tienen la misma extensión ni función. (para profundizar sobre la relación entre ética y derecho véase Rivera López 2015). Shamo y Resnik definen mala conducta en sentido ético como simplemente una conducta no ética o incorrecta¹.

Glosando a los autores, la mala conducta en sentido ético incluye todas las formas de mala conducta, es decir, fabricación, falsificación o plagio (que forman un núcleo que más adelante se presentará como la definición estrecha de mala conducta), pero también otros comportamientos ampliamente reconocidos por los científicos como no éticos o incorrectos, por ejemplo, el no cumplimiento de las buenas prácticas de investigación en seres humanos y animales, el mal uso de información confidencial obtenida mediante la evaluación de artículos y proyectos de investigación, la supervisión explotadora y negligente de jóvenes investigadores, la autoría no merecida, robo y destrucción de propiedad, y el acoso¹.

A su vez, los autores definen mala conducta en sentido legal como una conducta que es ilegal¹. Aunque la mala conducta en sentido ético y la mala conducta en sentido legal no abarcan los mismos casos, los autores señalan que normalmente habrá algún tipo de superposición o coincidencia entre acciones ilegales y acciones incorrectas. Un ejemplo que dan Shamo y Resnik¹ es la fabricación y la falsificación de datos. Estas generalmente caen tanto bajo el sentido ético de mala conducta como el sentido legal de mala conducta, ya que son conductas no éticas y están reconocidas como ilegales en muchos países (Dinamarca, China, Estados Unidos, etc.). Lo mismo ocurriría con el robo y destrucción de propiedad en un laboratorio, el acoso sexual o laboral, y el no cumplimiento de buenas prácticas de investigación en seres humanos y animales cuando están incorporados a la legislación nacional. Con respecto a estos comportamientos, no obstante, hay mayor diversidad en la regulación de la mala

conducta y no necesariamente todos los países coinciden en considerarlos parte de la política nacional de mala conducta científica. Por último, otros comportamientos incorrectos o no éticos como el mal uso de información confidencial en la evaluación de artículos y proyectos de investigación o la supervisión negligente o explotadora de jóvenes investigadores, aunque son reconocidos ampliamente como mala conducta científico en sentido ético, no suelen ser reconocidas como ilegales en algunos países.

Si se acepta esta distinción entre el sentido ético de la mala conducta y el sentido legal, existen cuatro posibilidades lógicas para evaluar las conductas en investigación científica:

Tabla 1 - Conducta científica en sentido legal y en sentido ético

	Mala conducta científica (sentido ético)	Buena conducta científica (sentido ético)
Mala conducta científica (sentido legal)	Falsificar datos en publicaciones	Resistir una ley o regulación (injusta desde el punto de vista ético)
Buena conducta científica (sentido legal)	Cumplir con una ley o regulación (injusta desde el punto de vista ético)	Tomar de manera apropiada el consentimiento informado a los participantes de investigación adultos capaces

Si bien la tabla 1 es útil para tomar dimensión de la propuesta de los autores, en la práctica la situación es más compleja. En la realidad, las normas legales pueden variar en los diferentes países y regiones dentro de los países. No obstante, si uno sostiene algún tipo de universalismo ético, considerará que los principios éticos básicos como la honestidad en el reporte de datos o la toma apropiada de consentimiento informado para los participantes de investigación adultos capaces cuando es debido (p.e. cuando no es una investigación en casos

de emergencia) no deberían variar sustancialmente entre los diferentes países y regiones. La importancia de la investigación conceptual y empírica es fundamental para el nivel legal, porque antes de preguntarnos cómo regular algo, tenemos que saber qué hay que regular y porqué¹⁴.

No obstante, incluso si uno considera que la ética es universal, también habrá problemas en establecer qué es una mala conducta en sentido ético. Esto se evidencia, por ejemplo, en las discusiones a nivel ético sobre la terminación voluntaria del embarazo o la objeción de conciencia de los profesionales de la salud ya que tienen una incidencia directa en la investigación científica, especialmente en la investigación en salud humana¹⁵. Reconocer los desacuerdos éticos razonables incorpora una dimensión social o política a la discusión, ya que en las sociedades democráticas constitucionales cooperamos e interactuamos con otros individuos de manera pacífica reconociendo sus valores religiosos, éticos y morales razonables distintos de los nuestros. Así, las sociedades democráticas constitucionales que cumplen con los derechos humanos no deberían tolerar posiciones fanáticas e intolerantes, pero sí deberían tener en cuenta los desacuerdos razonables entre ciudadanos en materias de ética y religión. Esto es lo que se llama el nivel de análisis político normativo que tiene en cuenta tanto el nivel ético individual, el nivel social de cooperación entre personas razonables y el nivel legal de la buena regulación del comportamiento individual y social¹⁶. Al hablar de desacuerdo razonable a nivel ético, es útil introducir la hipótesis del continuo o espectro ético de comportamiento científico que introducen Shamo y Resnik¹. Para los autores, el comportamiento científico cae en un espectro que va desde lo claramente no ético en un extremo, a lo claramente ético en el otro, con lo éticamente cuestionable en el medio. Los autores no parecerían apelar a ningún principio ético para determinar esto si no que se determinaría de manera pragmática por

el grado de consenso que hay sobre qué es mala o buena conducta y cuáles son los estándares apropiados para juzgarla.

La hipótesis de Shamoo y Resnik¹ del continuo o espectro de comportamiento científico es útil porque permite introducir una distinción útil para la práctica entre conducta científica clara (buena o mala) y conducta científica cuestionable.

Los casos ejemplares de mala conducta científica clara reconocidos por Shamoo y Resnik¹ son la fabricación y la falsificación de datos, y el plagio. Estos suelen mostrar el mayor acuerdo en los estudios de integridad científica y conducta responsable, y se encuentran reconocidos en la mayoría de las definiciones de mala conducta científica en los países que regulan legalmente la conducta de los investigadores científicos. Según Shamoo y Resnik¹ lo que estos comportamientos tienen en común es que la deshonestidad, la falsificación y la fabricación de datos implica mentir o engañar sobre los datos o los resultados. El plagio implica mentir acerca de la autoría de un trabajo. Las buenas conductas de investigación correspondientes serían el reporte honesto de datos y resultados, y el reconocimiento de autoría a las contribuciones intelectuales significativas¹.

A su vez, es útil detenerse en la categoría de conducta éticamente cuestionable. Por ejemplo, los casos de conducta científica cuestionable que Shamoo y Resnik reconocen como casos ejemplares son “sobrestimar la importancia de los propios datos o resultados” (que se encontraría en el medio entre la honestidad en el reporte de datos y la falsificación/fabricación) y “mencionar a alguien que hizo una contribución significativa en los agradecimientos pero no nombrarlo/a como autor de un artículo” (que se encontraría en el medio entre el reconocimiento apropiado de la autoría y el plagio)¹.

Entiendo que Shamo y Resnik¹ consideran como prácticas éticamente cuestionables, casos que están en los márgenes de la falsificación, fabricación o plagio pero que constituyen errores honestos de juicio. Como señalan los autores, “está claro que hay un continuo de comportamiento en la conducta en investigación, que van desde la mala conducta absoluta a errores honestos”¹.

A su vez, los autores señalan que aquellas prácticas que en principio parecerían prácticas de investigación cuestionables podrían convertirse en falsificación, fabricación o plagio dependiendo de sutiles detalles relacionados con el caso. Por ejemplo, el grado de desviación de la metodología o estándar aceptado en la disciplina (para la fabricación o falsificación) o la cantidad o tipo de texto copiado (para el plagio)¹.

Otros ejemplos de conducta científica cuestionable serían la mala mentoría (la supervisión negligente y explotadora de investigadores), la mala representación que no constituya falsificación o fabricación (mejorar digitalmente las imágenes, excluir datos de un artículo o presentación sin buenas razones, usar métodos estadísticos para presentar o reemplazar datos faltantes, análisis estadístico deshonesto), las malas prácticas de autoría que no constituyan plagio de otros autores (malas prácticas de citación y parafraseo, auto plagio, no dar reconocimiento a quien se lo merece o dárselo quien no se lo merece) el mal registro y compartir de manera inapropiada información relevante para reproducir o entender una investigación (llevar mal los registros de investigación, no conservarlos de manera apropiada, no compartir la información subyacente a la investigación en el tiempo y forma apropiados, etc.)

1-13

Así, la falsificación, la fabricación y el plagio (FFP) forman lo que llamaremos la definición estrecha de mala conducta científica o mala conducta

FFP. En este punto, es importante detenerse y reconocer la utilidad de la definición estrecha por varias razones.

En primer lugar, la mala conducta FFP forma el núcleo duro de la mala conducta científica. Por lo tanto, son los casos ejemplares claros y específicos en investigación de mala conducta ética según los estudios de integridad y conducta responsable ¹.

Segundo, es importante reconocer la mala conducta científica FFP porque es la definición legal a la que todas las agencias federales de los Estados Unidos llegaron a principios del 2000 luego de debatir por más de diez años¹. Su estudio no es ocioso dada la relevancia de este país como el mayor inversor en investigación y desarrollo del mundo¹. Además, así como Estados Unidos es uno de los países precursores en la regulación legal por parte del Estado de la investigación biomédica durante la década de 1970¹⁷, también lo es la regulación legal de la mala conducta científica de los investigadores financiados con dinero público durante la década de 1980¹¹⁻¹⁷⁻¹⁸.

Finalmente, es útil llamar la atención a la definición de mala conducta estrecha o mala conducta FFP para evitar errores de interpretación en la lectura del informe *Fostering Integrity I*¹ y de otra bibliografía sobre integridad. Este informe que está pensado para su uso en los Estados Unidos, construye su marco teórico a partir de la definición estrecha de mala conducta o mala conducta FFP adoptada en NASEM¹³ y por las agencias federales a partir del 2000. No obstante, se aclara que “mala conducta de investigación significará FFP excepto en el contexto de discutir diferencias institucionales e internacionales”¹¹. Así, *Fostering Integrity* utiliza tanto la definición estrecha como la definición amplia de mala conducta en investigación. Ya sea en esta como en otra fuente bibliográfica, es aconsejable prestar atención a los contextos de uso del término mala conducta científica y cuál es la extensión del concepto, es decir, las

prácticas de mala conducta a las que refiere el término “mala conducta” en cada texto particular y, dentro de un texto, cada uso particular. Lo que se afirme y sea verdadero en un uso podría no serlo en otro si cambia extensión del término. A su vez, las mediciones de la mala conducta y los mecanismos regulatorios variarán de acuerdo con la extensión del concepto de mala conducta que maneje cada autor, país o institución.

3.2 El problema de la intención en la definición legal de mala conducta: la legislación de Estados Unidos como ejemplo

En 2001, después de casi una década de debate, las agencias federales estadounidenses acordaron una definición común de mala conducta en investigación como “fabricación, falsificación o plagio en la propuesta, realización o revisión de la investigación, o en el reporte de resultados de investigación”¹⁹. La fabricación se define como “inventar [making up] datos o resultados y registrarlos o reportarlos”; falsificación es “manipular materiales, equipos o procesos de investigación, o cambiar u omitir datos o resultados de manera que la investigación no esté representada con exactitud en el registro de investigación”; y el plagio es “la apropiación de las ideas, procesos, resultados o palabras de otra persona sin dar el reconocimiento apropiado”¹⁹.

La mala conducta no incluye errores honestos o desacuerdos sobre métodos, interpretaciones de datos o cuestiones científicas¹⁹. La definición también establece un estándar de evidencia para un hallazgo de mala conducta por parte de una agencia federal. Para hacer una constatación de la mala conducta de la investigación, una agencia debe determinar que ha habido “una desviación significativa de las prácticas aceptadas de la comunidad de investigación relevante” y que la persona acusada actuó “intencionalmente [intentionally],

concientemente [knowingly] o imprudentemente [recklessly]” y que la alegación es probada por “una preponderancia de la evidencia”¹⁹. Preponderancia de la evidencia es un concepto legal que significa que la conclusión o hallazgo es aproximadamente más del 50% probable, dadas las pruebas. La preponderancia de pruebas es un estándar de evidencia mucho más débil que el estándar de “más allá de la duda razonable” utilizado en el derecho pena¹.

Aquí, sólo me detendré en el problema de la intención, pero el texto del Office of Science and Technology Policy¹⁹ tiene varios comentarios que pueden ser útiles para una mejor comprensión. En la definición de mala conducta legal adoptada por Estados Unidos, la intención de engañar por parte de un investigador o investigadora es una de las condiciones necesarias para que algo sea tenido en cuenta como mala conducta¹¹. Esto implica que, como señalan los autores de *cIntegrity*, “Si un investigador produce resultados incorrectos por negligencia o descuido, el comportamiento es típicamente criticado pero no se consideraría mala conducta, ya que no habría engaño consciente”¹¹. Los estados mentales de quien realiza una mala conducta se refieren a la tipología del sistema estadounidense de los estados mentales que originan la culpabilidad. Es necesario distinguir entre ellos ya que diferentes grados de culpa tendrían “diferentes consecuencias para el infractor (wrongdoer)”²⁰. Para entender la definición, es útil reponer los cuatro grados de intencionalidad reconocidos por el sistema jurídico estadounidense: “el infractor que actúa de forma intencionada (*purposeful wrongdoer*) causa un daño mediante una conducta destinada a causarlo. [...] Por otro lado, el infractor con conocimiento (*knowing wrongdoer*) no desea causar el daño pero sabe que es prácticamente seguro que lo causará al tratar de conseguir otro resultado. [...] En el caso del infractor imprudente o temerario (*reckless wrongdoer*) éste [...] [no] desea causar el daño, pero es

consciente de que asume un gran riesgo de causar dicho daño [...]. Por último, el infractor negligente (*negligent wrongdoer*) también asume un gran riesgo de causar daño, pero no es consciente de ello”.²⁰

Acaso también es útil reponer el análisis que hace²¹ de la culpabilidad y los estados mentales de quienes realizan prácticas que merecen ser consideradas mala conducta. Como resumen los autores de *Fostering Integrity*²²: “Dresser²¹ ha señalado que términos tales como “intencional” [intentional] y “fraudulento” [fraudulent] son demasiado amplios y mal definidos para ser útiles para determinar la culpabilidad de los investigadores y para establecer sanciones y otras medidas correctivas para una acción determinada. Señaló en cambio la publicación de 1962 del Model Penal Code, que buscaba reemplazar “ochenta o más” términos de culpabilidad previamente encontrados en los códigos penales estatales y federales con cuatro disposiciones culposas del estado mental (American Law Institute, 1985). Los individuos actúan “deliberadamente” [purposely] si su “objeto consciente” es participar en una conducta proscrita. Actúan “conscientemente” [knowingly] si son conscientes de una alta probabilidad de que se involucren en tal conducta. Actúan “imprudentemente” [recklessly] si son conscientes y “conscientemente ignoran” un riesgo sustancial de que están involucrados en conductas prohibidas. Y actúan “negligentemente” [negligently] si deberían ser conscientes de un riesgo sustancial de que están participando en conductas prohibidas. Los tres primeros términos son culpabilidad “subjetiva” en la que un individuo tiene cierto nivel de conciencia personal de participar en conductas prohibidas”.¹¹

En sentido ético, la distinción entre estados mentales asociada con grados de culpabilidad y consecuencias ya está presente en Aristóteles cuando realiza su análisis de la voluntariedad e involuntariedad de las acciones⁹. En la práctica, distinguir un error honesto de la intención de engañar en cualquiera de

los grados reconocidos más arriba (intencionalmente o deliberadamente, conscientemente o imprudentemente), o de una práctica de investigación negligente o descuidada, puede ser muy difícil. Esto se debe a que, como señala el informe *Fostering Integrity*, “la intención de engañar es frecuentemente difícil de probar”. No obstante, “la prueba casi siempre se basa en evidencia circunstancial que puede [...] incluir un análisis de la conducta de la persona acusada de mala conducta. Un principio comúnmente aceptado, adoptado por la Comisión Ryan, es que la intención de engañar puede deducirse de que una persona actúe con excesivo desprecio por la verdad²³⁻¹¹. Aquí, es posible volver a encontrar algunas de las intuiciones del sentido de integridad como virtud. Aunque resulte difícil evaluar el carácter de alguien en base a una acción en particular, es posible tener en cuenta un análisis de su conducta a lo largo del tiempo.

En este punto, es útil retomar la diferencia entre mala conducta en sentido ético y en sentido legal para tener en cuenta que ciertos términos que se usan libremente o de manera imprecisa cuando se habla de mala conducta científica como “fraude”, “estafa”, “defraudación” podrían también tener un significado legal preciso. Por ejemplo, Shamo y Resnick¹ advierten que: “es importante entender que el fraude es un concepto legal que es distinto de la mala conducta de la investigación. Aunque las personas hablan con franqueza sobre el fraude en la investigación para describir acciones deshonestas, el término tiene un significado legal preciso. El fraude es una “falsificación consciente de la verdad o el ocultamiento de un hecho material para inducir a otro a actuar en detrimento de sí mismo”¹⁻²⁴.

Así, “fraude” en Estados Unidos hace referencia a un “tipo penal”, es decir, “la descripción precisa de las acciones u omisiones que son considerados como delito y a los que se les asigna una pena o sanción”²⁵. Como señalan

Shamoo y Resnik¹: “[En Estados Unidos] alguien que comete una mala conducta puede ser acusado de fraude criminal, y él o ella puede ser demandado ante un tribunal civil por los daños causados por su fraude. Sin embargo, un fallo administrativo de mala conducta por parte de un organismo gubernamental no implica por sí mismo ninguna responsabilidad civil o penal. Como se señaló anteriormente, muy pocos investigadores han enfrentado cargos criminales por mala conducta de investigación, aunque algunos científicos [...] lo han hecho recientemente. En algunos casos, el gobierno federal ha demandado a instituciones de investigación para recuperar los daños causados por el fraude cometido por los investigadores. [En Estados Unidos] la responsabilidad civil por fraude puede ser muy costosa para las instituciones [...]. Por ejemplo, si un investigador cometió un fraude con un subsidio de \$ 1 millón, la universidad podría ser responsable de \$ 3 millones”.¹

Si nuestra interpretación es apropiada, de la cita de Shamoo y Resnik¹ se sigue que la mala conducta científica FFP en Estados Unidos entendida como mala conducta en sentido legal sería un acto ilegal administrativo que podría tener consecuencias civiles o penales pero que usualmente no las tiene. La interacción entre el nivel ético y el legal de la mala conducta también se muestra en el caso Crotoxina que analizan Perelis et al.²⁶ donde la mala conducta en investigación no tuvo consecuencias civiles o penales y sólo tuvo algunas consecuencias administrativas transitorias a nivel legal. En el caso Crotoxina, el investigador fue expulsado y luego reincorporado al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)²⁶, un organismo de del sistema de investigación argentino.

La distinción entre diferentes consecuencias dentro del sistema del derecho encierra una importante lección que debería también seguirse en la ética. No todas las malas conductas científicas son iguales y por lo tanto no todas deben

tratarse de la misma manera. En el trasfondo de la discusión, flotan ideas generales de justicia. Quienes estén a cargo de evaluar la mala conducta científica y diseñar las políticas de integridad científica, deberían tener en cuenta la compleja interacción entre conductas no éticas y conductas ilegales para evitar introducir mayores perjuicios de los que se intenta resolver.

4 PREVENCIÓN DE LA MALA CONDUCTA

Tal como se indica en *Fostering Integrity in Research*, suponer que los investigadores no están sujetos al mismo tipo de influencias y defectos que el resto de los seres humanos sería un error¹¹. Es necesario valorar el problema de manera adecuada y tener una dimensión realista para así poder dar una correcta solución.

Existen al menos dos enfoques respecto a cómo prevenir la mala conducta: Según un primer enfoque, la prevención debe darse sobre la persona que comete la mala conducta. Desde este enfoque, la mala conducta tiene dos componentes: la propensión de la persona a involucrarse en un comportamiento desviado y la oportunidad de hacerlo²⁷.

En cambio, existen otros enfoques que sostienen que concentrarse en la gama más amplia de comportamiento indeseable relacionado con la investigación podría ser más beneficioso que un enfoque más estrecho que intente prevenir exclusivamente la conducta del individuo. Es decir, tal como distingue Reason (2000) el primero sería un enfoque personal y el segundo un enfoque sistémico. NASEM¹¹ enfatiza la importancia del segundo modelo.

Ahora bien, debemos precisar en qué consistirían las medidas preventivas en cada caso. Algunas de las medidas que se mencionan en *Fostering Integrity in Research* son los mecanismos de colaboración y la

educación para la conducta responsable en la investigación¹¹. Por su parte, Shamo y Resnik¹ proponen que las auditorías podrían ser más efectivas que la educación para disuadir la mala conducta. Por cuestiones de extensión, no profundizaremos en otros métodos tales como el desarrollo de políticas institucionales y las denuncias realizadas por casos de falsificación, fabricación y plagio.

4.1 Educación para una conducta responsable en la investigación

Según el informe de NASEM¹¹, la educación para una conducta responsable en la investigación es sumamente crucial para abordar la mala conducta. Siguiendo a los autores del informe, los científicos e investigadores aprenden las normas tácitas de la investigación en la práctica, pero no existe una capacitación preexistente que explicita cuáles son las prácticas correctas para una conducta responsable.

La educación para los investigadores puede pensarse de dos maneras. O bien como una intervención específica para mejorar la conducta ética de quienes participan del proceso de investigación. O bien como una parte integrada del proceso de investigación. En el primer caso, la educación es vista, de manera externa a la investigación, como una solución a un problema de conducta. En el segundo caso, es vista como la norma, como parte esencial y necesaria de la investigación. El fomento de esta segunda perspectiva tendría un impacto práctico positivo, según NASEM¹¹ porque modificaría las decisiones que toman los investigadores e implicaría discusiones relacionadas con cuestiones éticas.

En el informe, los autores distinguen entre los objetivos que tendría la educación, las metas y los beneficios. Mientras que los objetivos son generales y se definen a largo plazo, las metas son más específicas y de un alcance más

corto, lo que permite medir su efectividad con mayor precisión. Por otra parte, los beneficios pueden no estar identificados como objetivos o metas. Sin embargo, traen aparejados resultados positivos adicionales a los que se buscaban primordialmente.

Algunos de los objetivos primordiales que las prácticas educativas supondrían son garantizar y mejorar la integridad en la investigación, disminuir la mala conducta, promover la confianza de la sociedad en la ciencia y la ingeniería, entre otros. Nos enfocaremos en el segundo objetivo. Así, la pregunta que intentaremos responder es si la educación es efectiva para la disminución de la mala conducta.

Comenzaremos por la respuesta dada por el informe de NASEM¹¹. Según Mumford, la evidencia indica efectos débiles pero positivos. Las prácticas educativas tienen muchas modalidades: se dan mediante cursos independientes, seminarios cortos de una semana a largo plazo, capacitaciones virtuales, etc. Siguiendo a los autores, los estudios que se realizaron sobre la eficacia de estos distintos enfoques son limitados pero existen algunos resultados positivos, modestos, para la mayoría de las modalidades (Mumford, 2017; Elliott y Stern, 1996; Antes et al., 2009; Ferrer-Negron et al., 2009). Por ejemplo, un estudio de Anderson et al. (2007) encontró efectos negativos en el entrenamiento de la educación de conducta responsable pero efectos positivos con la tutoría o mentoría.

Según el informe, la modalidad de capacitación virtual fue la más criticada por la posible falta de efectividad, particularmente cuando se trata de una evaluación que implica la aprobación o reprobación con poca interacción interpersonal (NAE, 2009). En resumen, la efectividad respectiva a la educación se ve afectada según la modalidad en la cual se presente y el contexto de la institución en la cual se realice.

Ahora bien, ¿es sólo el formato el que afecta a la efectividad? ¿en qué elemento, si lo hubiera, reside la efectividad de la evaluación? NASEM¹¹ responde que, más allá del formato o enfoque de la capacitación, la efectividad parece depender de cómo se involucran los estudiantes con los materiales y del grado de actividad que tengan dentro del proceso educativo. Específicamente, citan a Mumford y Antes, quienes sostienen que los programas de educación para una conducta responsable en investigación que suponen una actividad por parte de los estudiantes son más efectivos en el desarrollo de toma de decisiones éticas (Mumford, 2017; Antes et al., 2009). Este tipo de participación es difícil de lograr en las capacitaciones virtuales y es por esto es que los autores concluyen que la efectividad es leve o débil cuando la práctica educativa se hace en línea.

Más allá de esta respuesta tentativa, los autores del informe reconocen que es necesaria una mayor investigación sobre la eficacia de la educación, dado que se ve afectada por muchas variables, tales como el contexto de la institución en la que se realiza y el campo de investigación.

Así, si bien no es posible afirmar con precisión el alcance de la efectividad de la educación, los autores del informe sostienen que es posible definir algunas certezas de este método. En primer lugar, las capacitaciones son más efectivas cuando se conciben mediante un enfoque integral para mejorar la investigación en su totalidad. Por ejemplo, si los profesores expresan falta de entusiasmo al dar una capacitación entonces se transmite el mensaje de que la conducta responsable no es importante, por lo que es necesario tener en consideración todo el entorno en el que se producen las prácticas educativas. En segundo lugar, NASEM¹¹ identifica como cruciales para la efectividad de la educación a dos tipos de participantes: los líderes institucionales y los mentores. Estas dos figuras son importantes en la medida en que asesoran a quienes aspiran

a ser investigadores y se convierten en modelos a seguir por los jóvenes investigadores (Antes et al., 2010; Anderson et al., 2007; Wright et al., 2008). Por lo tanto, es decisivo que los mentores tomen conciencia del poder que tienen para contribuir o socavar la formación sobre mala conducta de los investigadores. Es en este aspecto que podemos conectar este método con lo desarrollado sobre la teoría aristotélica en la sección 2.1. Tal como indicamos, Aristóteles sostiene que la figura del virtuoso es muy importante en la medida en que alguien es virtuoso en tanto realice las acciones como las realizaría quien ya posee la virtud (es decir, con conocimiento, eligiendo el acto por sí mismo y de manera firme e inmovible). Es decir que atribuye la adquisición de la virtud a la repetición y el ejercicio. En este proceso, contar con buenos maestros es una parte imprescindible.

Por último, *Fostering Integrity in Research*²² sostiene que la educación no es la solución total para garantizar una conducta responsable pero que contribuye en este sentido. Con este fin, es importante identificar objetivos educativos sólidos, desarrollar nuevas herramientas educativas y refinar el tipo y modalidad de las evaluaciones. De esta forma, concluyen que no existe un enfoque estándar para poder evaluar a la educación como un método para la prevención de conducta sino que es necesario tener en cuenta el formato en el cual se da la capacitación, el contexto de la institución y el campo de investigación y el nivel de participación que tengan quienes reciban la capacitación.

4.2 Auditorías como método preventivo de la mala conducta

En contraposición a la postura planteada por NASEM¹¹ con respecto a la educación en la prevención de la mala conducta, Shamo y Resnik¹ la

rechazan como una posibilidad. Tal como ellos afirman en la tercera edición de su libro *Responsible Conduct of Research*¹, existen estudios que demostraron que la educación de la conducta responsable en investigación puede mejorar el conocimiento de las normas éticas, aumentar la conciencia de las cuestiones éticas, mejorar las habilidades de razonamiento ético e influir en las actitudes éticas (Antes et. al, 2009; May and Luth, 2013; Plemmons et. al, 2006; Powell et al, 2007). Sin embargo, según estos autores, no existen estudios que hayan confirmado que la educación de la conducta responsable en investigación tenga un impacto positivo en el comportamiento ético. Aún más, citan a Funk et. al (2007), quienes sostienen que, según una encuesta realizada entre los que recibieron una beca de capacitación de NIH, el entrenamiento en ética no tuvo efecto en su comportamiento ético y conocimiento sobre autoría y publicación. Así, concluyen, de la misma manera que el informe de NASEM¹¹, que es necesaria una investigación mayor para dictaminar sobre el impacto de la educación en relación con la disminución de la mala conducta. La diferencia con *Fostering Integrity in Research* es que Shamo y Resnik¹⁻¹¹ se inclinan por las auditorías como una opción más eficaz para la prevención de la mala conducta.

En *Responsible Conduct of Research*, Shamo y Resnik¹ analizan dos objeciones usuales que se presentan ante las auditorías. En primer lugar, algunos científicos argumentan que las auditorías interferirían con su libertad académica. En segundo lugar, se objeta que la auditoría supone una cantidad de dinero o recursos que faltan en la mayoría de las instituciones académicas. A la primera objeción, Resnik y Shamo²² responden que la libertad académica no implica el derecho a realizar investigaciones que sean inventadas, falsificadas o que no sean confiables. En este sentido, parece ser válido el argumento de que si los científicos realizan investigaciones ficticias o fraudulentas, a expensas de la sociedad, entonces ésta debería poder examinar que sus trabajos sean confiables.

Respecto a la segunda objeción, la respuesta es que sólo con un pequeño porcentaje de estudios auditados es suficiente para disuadir la mala conducta y fomentar la integridad. Además, las auditorías de datos podrían financiarse mediante subvenciones. A esto, podríamos agregar que un cálculo sofisticado de costos debería tener en cuenta lo que se ahorra las instituciones y la sociedad evitando la mala conducta científica. Si las auditorías presentaran un beneficio neto potencial deberían ser evaluadas como una inversión y no como gastos.

En suma, la educación y la auditoría son los métodos de prevención de la mala conducta que tienen mayor apoyo en las principales investigaciones mencionadas²⁻¹¹⁻²². Si bien no son excluyentes, y pueden combinarse, las auditorías parecerían tener mayor efectividad para disminuir específicamente la mala conducta, mientras que la educación para una conducta responsable (RCR) tendría un efecto valioso en el comportamiento ético general, aumentando las habilidades de razonamiento ético (Antes et al, 2009) pero no en la disminución específica del mal comportamiento en investigación.

5 CONCLUSIÓN

En este artículo se presentó de manera introductoria la información empírica sobre la incidencia y consecuencias de la mala conducta¹⁻² y la historia de la evolución de la investigación científica como profesión y la regulación de la mala conducta¹¹. Una reflexión sobria sobre estos temas puede proveer valiosas lecciones y ubicarnos globalmente en la discusión sobre integridad. Consideramos que dentro de las buenas prácticas de investigación se incluye el evitar la mala conducta y actuar con integridad, por lo que creemos que la especificación de estos términos contribuirá al avance de la buena conducta en investigación, especialmente en la región latinoamericana.

En resumen, se trató sobre dos conceptos centrales de los estudios sobre conducta responsable en investigación, la integridad y la mala conducta científica. En primer lugar, establecimos los tres sentidos de integridad. Luego, desarrollamos cuatro sentidos de mala conducta y, finalmente, expusimos los dos principales métodos de prevención de la mala conducta. Dado que es una introducción, quedaron afuera muchos aspectos prácticos sumamente relevantes. Sin embargo, sostenemos que la elucidación de las definiciones plasmadas en este artículo podría contribuir a una mejor identificación de las acciones que suponen una mala conducta y, seguidamente, a una mayor educación y actividad de prevención. Los elementos que distinguimos en el análisis están fusionados en la práctica cotidiana de la investigación y por esto creemos imprescindible el análisis conceptual para poder hacer una adecuada distinción.

Notas do autor

a. Existen diferentes maneras de traducir “research misconduct” o “scientific misconduct” al español. En algún sentido, por detrás de cómo traducir al español “misconduct” está el problema teórico de si malo, inapropiado o incorrecto, son equivalentes o si existe alguna prioridad entre los juicios evaluativos (bueno, malo) y los juicios deónticos (correcto, incorrecto; apropiado, inapropiado). Aquí, queremos aclarar que usaremos como sinónimos malo, incorrecto e inapropiado o cualquier otro término que se utilice para señalar el carácter negativo de la conducta en investigación científica, sin presuponer ninguna preferencia por una teoría ética, salvo que se indique lo contrario. En este sentido, nuestra traducción pretende ser neutra con respecto a la fundamentación ética (deontológica, utilitarista, etc.) de por qué consideramos

mala, incorrecta o inapropiada la conducta científica más allá de que se use uno u otro término.

b. El resto de los valores son analizados en el capítulo 2 de *Fostering Integrity*. No entraremos en el análisis detallado de cada uno, pero es útil señalar que los valores componentes de la integridad parecerían tener una relación de parte-todo y contarían con una estructura interna de alguna manera relacionada con los respectivos portadores de valor principales: “El primero de los seis valores discutidos en este informe -objetividad- describe la actitud de imparcialidad con que los investigadores deben esforzarse por acercarse a su trabajo. Los siguientes cuatro valores: honestidad, apertura, responsabilidad y equidad describen las relaciones entre los involucrados en la empresa de investigación. El valor final -administración responsable- implica la relación entre los miembros de la empresa de investigación, la empresa en su conjunto y la sociedad más amplia dentro de la cual se encuentra la empresa. Aunque hablamos de administración responsable por último, es un valor esencial que perpetúa los otros valores.” (NASEM 2017:23)

c. “Prácticas de investigación cuestionables [PICs] son acciones “[1] que violan valores tradicionales de la empresa de investigación y [2] que podían ser perjudiciales para el proceso de investigación” pero para los que no “hay en el presente [3] ni un acuerdo amplio sobre la gravedad de estas acciones [4] ni un consenso sobre los estándares de comportamiento en estos asuntos”” (NASEM 1992, citado por NASEM 2017:60). A su vez, NASEM 2017 redefine el término prácticas de investigación cuestionables por prácticas perjudiciales. Una innovación de *Fostering Integrity* es que incorpora a la lista de prácticas de investigación perjudiciales, no sólo prácticas de investigadores individuales que estaban reconocidas en el informe anterior como prácticas cuestionables, sino también prácticas perjudiciales de organizaciones (universidades, empresas,

revistas científicas, etc). La lista sería la siguiente: “[A. Prácticas perjudiciales de investigación hechas por investigadores individuales.] [1.] Prácticas perjudiciales de autoría que no se consideren mala conducta [FFP], como la autoría honoraria, la exigencia de autoría a cambio de acceso a datos o materiales previamente recolectados, o negar la autoría a aquellos que merecen ser designados como autores. [2.] No retener o hacer que estén disponibles los datos, el código u otra información o materiales subyacentes a los resultados de la investigación como se especifica en las políticas institucionales o patrocinadoras, o prácticas estándar en el campo. [3.] Supervisión negligente o explotadora en la investigación. [4.] Análisis estadístico engañoso que no llega a la falsificación. [B. Prácticas perjudiciales de investigación hechas por organizaciones.] [5.] d. Políticas institucionales, procedimientos o capacidad inadecuados para fomentar la integridad de la investigación y abordar las denuncias de mala conducta de la investigación y la implementación deficiente de políticas y procedimientos. [6.] Prácticas de publicación abusivas o irresponsables por editores de revistas y revisores. (NASEM 2017:61, editado)

e. “Otra mala conducta [other misconduct]: Según se describe en el informe de [NASEM] 1992, otra mala conducta es un comportamiento inaceptable que no es exclusivo del ambiente de investigación”. (NASEM 2017:20, editado). Los casos ejemplares reconocidos por los informes de NASEM son los siguientes: “El acoso sexual y otras formas de acoso de los individuos; mal uso de fondos; negligencia grave de las personas en sus actividades profesionales; vandalismo, incluyendo alternación de experimentos de investigación o instrumentación; y las violaciones de las regulaciones gubernamentales de investigación, como las que tratan con materiales radiactivos, la investigación con ADN recombinante y el uso de seres humanos o animales. (NASEM 1992, citado en NASEM 2017: 61).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shamoo AE, Resnik DB. Responsible conduct of research. 3rd ed. Oxford, New York: Oxford University Press; 2015.
2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). Fostering Integrity in Research. Washington, DC: The National Academies Press; 2017. p. 175-191. <https://doi.org/10.17226/21896>
3. Rodriguez YE, Lolas F. Promotion of research integrity in Latin American institutions. *BIOETHICS UPdate*. 2016;115–124. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2016.11.003>
4. Levine RJ. The Nature, Scope, and Justification of Clinical Research. In: Emanuel EJ, editor. *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. Oxford University Press; 2008. p. 211-.
5. Deer B. Doctoring the evidence: what the science establishment doesn't want you to know. *The Sunday Times*. 2012, August 12. Available from: <http://briandeer.com/solved/st-august-2012-doctoring-1.htm>
6. Fanelli D. How Many Scientists Fabricate and Falsify Research? A Systematic Review and Meta-Analysis of Survey Data. *PLOS ONE*. 2009;4(5):e5738. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005738>
7. Díaz GM. El fraude en las publicaciones científicas: más allá de fabricar, falsificar y plagiar. *Tecno Lógicas*. 2016;19(36):9-12. Available from: <http://www.uacm.kirj.redalyc.redalyc.org/articulo.oa?id=344245830001>
8. Shamoo AE, Resnik DB. Responsible conduct of research. 2nd ed. Oxford, New York: Oxford University Press; 2009.
9. Guariglia O. La ética en Aristóteles o la moral de la virtud. Buenos Aires: Eudeba; 1997.
10. Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Sinnott E, tradutor. Buenos Aires: Colihue; 2007.

11. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). *On Being a Scientist*. 3rd ed. Washington, DC: National Academies Press; 2009. Available from: <https://www.nap.edu/download/1219239>. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). (2017). *Fostering Integrity in Research*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21896>
12. Chang R. Introduction. In: Chang R, ed. *Incommensurability, Incomparability, and Practical Reasoning*. Cambridge, Massachusetts; London, England: Harvard University Press; 1997. p. 1-34.
13. National Academy of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). *Responsible Science: Ensuring the Integrity of the Research Process*, vol. 1. Washington, DC: National Academies Press; 1992. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/1864.html>
14. Emanuel EJ, Wendler D, Killen J, Grady C. What makes clinical research in developing countries ethical? The benchmarks of ethical research. *The Journal of Infectious Diseases*. 2004;189(5):930–937.
15. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans*. Available from: <http://cioms.ch/ethical-guidelines-2016/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
16. Hirsch Adler A. Comportamiento responsable en la investigación y conductas no éticas en universidades de México y España. *Revista de la Educación Superior*. 2016;45(179):79-93. <https://doi.org/10.1016/j.resu.2016.06.005>
17. QUIPU. *Conducta responsable en investigación*. Curso de autoaprendizaje. 2016. Available from: <http://www.cri.andeanquipu.org/>
18. Molina PC. *Integridad en la investigación*. UNAM, Facultad de Medicina. Unidad de Posgrado PMCMOS, IMSS, CMN SXXI. Maestría en Ciencias Médicas. Material del seminario de Investigación. 2013. Available from: http://www.academia.edu/download/32190943/Integridad_en_la_investigacion.pdf

19. Office of Science and Technology Policy. Federal Research Misconduct Policy. Federal Register. 2000 Oct 6;65(235):76260-4. Available from: <https://ori.hhs.gov/federal-research-misconduct-policy>
20. Traducción Jurídica. La culpabilidad en el derecho anglosajón. 2017. Available from: <https://traduccionjuridica.es/la-culpabilidad-en-el-derecho-comparado/>
21. Dresser R. Defining Scientific Misconduct: The Relevance of Mental State. JAMA. 1993;269(7):895-897. <https://doi.org/10.1001/jama.1993.03500070075032>
22. Resnik DB, Shamo AE. Fostering research integrity. Accountability in Research. 2017. <https://doi.org/10.1080/08989621.2017.1334556>
23. Commission on Research Integrity. Integrity and Misconduct in Research. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Available from: https://ori.hhs.gov/sites/default/files/report_commission.pdf
24. Lubalin JS, Matheson JL. The fallout: What happens to whistleblowers and those accused but exonerated of scientific misconduct? Science and Engineering Ethics. 1999;5(2):229-250. <https://doi.org/10.1007/s11948-999-0014-9>
25. Tipo penal. Wikipedia, la enciclopedia libre. 2017 Jun 9. Available from: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Tipo_penal&oldid=99727119
26. Bosch X, Hernández C, Pericas JM, Doti P, Marušić A. Misconduct Policies in High-Impact Biomedical Journals. PLOS ONE. 2012;7(12):e51928. doi: 10.1371/journal.pone.0051928
27. Kwok L. The White Bull effect: abusive coauthorship and publication parasitism. Journal of Medical Ethics. 2005;31(9):554-556. <https://doi.org/10.1136/jme.2004.010553>
28. Bacallao J, Barber A, Roca G. Las conductas impropias en la actividad científica. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(1):61-4. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n1/spu09103.pdf>

29. Bright LK. On fraud. *Philosophical Studies*. 2017;174(2):291-310. doi: 10.1007/s11098-016-0682-7. Available from: https://www.academia.edu/24560660/On_Fraud
30. Bright LK. The Sooty Empiric: Remonstrations. 2017. Available from: <http://sootyempiric.blogspot.com.ar/2017/06/remonstrations.html>
31. Carpena P, Bernaola-Galván P, Ivanov PC, Stanley HE. Retraction: Metal-insulator transition in chains with correlated disorder. *Nature*. 2003;421(6924):764-764. doi: 10.1038/nature01288
32. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Marina de los Estados Unidos. Programa de Administración de la Investigación. Manual de Procedimientos para el Manejo de una Conducta Responsable en las Investigaciones con Participantes Humanos. Marzo 2011. Available from: <https://www.med.navy.mil/sites/NAMRU6/Documents/ProcedimientosManejo.pdf>
33. CNPq. Ética e integridade na Prática Científica. Relatório da Comissão de Integridade de Pesquisa do CNPq. Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. 2011. Available from: <http://www.cnpq.br/documents/10157/a8927840-2b8f-43b9-8962-5a2ccfa74dda>
34. Comisión de Ética, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. En referencia al plagio intelectual. Documento de la Comisión de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile*. 2008;136(5):653-8. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n5/art16.pdf>
35. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Código de Buenas Prácticas Científicas del CSIC. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011. Available from: https://www.cnb.csic.es/documents/CBP_CSIC.pdf
36. Cox D, La Caze M, Levine M. Integrity. In: Zalta EN, editor. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* [Internet]. Spring 2017. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2017. Available from: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/integrity/>

37. Dal-Ré R, Carné X, Gracia D, eds. *Luces y sombras en la investigación clínica*. Madrid: Triacastela; 2013. Available from: <http://fesemi.dyndns.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/luces-sombras-investigacion-clinica.pdf>
38. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. An ethical framework for biomedical research. In: *The Oxford textbook of clinical research ethics*. 2008. p. 123–135.
39. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). *Código de Buenas Prácticas Científicas*. 2014. Available from: http://www.fapesp.br/boaspraticas/FAPESP_Codigo_de_Buenas_Praticas_Cientificas_2014.pdf
40. Lamas S, Ayuso C. La integridad como fundamento esencial de la investigación clínica. In: Dal-Ré R, Carné X, Gracia D, editors. *Luces y sombras en la investigación clínica*. Madrid: Triacastela; 2013. p. 23–38. Available from: <https://philpapers.org/archive/DALLYYS.pdf>
41. Litewka SG. La integridad en la investigación científica. *Bioética: Herramienta de las Políticas Públicas y de los Derechos Fundamentales en el Siglo XXI*. Zamudio T, editor. Universidad del Museo Social Argentino. Argentina; 2012. p. 183–204. Available from: <http://umsa.bioetica.org/bibliografia/Litewka.pdf>
42. Mervis J. After the fall. *Science*. 2016;354(6311):408-411. <https://doi.org/10.1126/science.354.6311.408>
43. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). *Integrity in Scientific Research: Creating an Environment that Promotes Responsible Conduct*. Washington, DC: National Academies Press; 2002. Available from: <https://www.nap.edu/download/10430>
44. Rivera López E. Derecho y bioética. In: Fabra Zamora JL, Spector E, editors. *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho*. Vol. 3. México DF: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM; 2015. Available from: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3876/28.pdf>
45. Schroeder M. Value Theory. In: Zalta EN, editor. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Fall 2016. Metaphysics Research Lab, Stanford

University; 2016. Available from:

<https://plato.stanford.edu/archives/fall2016/entries/value-theory/>

46. Tener RK, McGregor H, Taylor E. Best Practices for Ensuring Scientific Integrity and Preventing Misconduct. OECD Report. 2007. Available from: <https://www.oecd.org/sti/sci-tech/40188303.pdf>

Coanálise do trabalho em uma UTI pediátrica: relato de experiência de construção de um dispositivo ergológico

Co-analysis of work in a pediatric ICU: report of experience in the construction of an ergological device

Coanálisis del trabajo en una UTI pediátrica: relato de experiencia de construcción de un dispositivo ergológico

Cirlene de Souza Christo¹

Lilian Landim Syrio²

Nathalia Silva Prado³

RESUMO

Neste artigo discutem-se os resultados de uma experiência de intervenção realizada em ação de extensão universitária em um hospital pediátrico da rede pública de saúde, localizado na cidade do Rio de Janeiro. A problemática demandada para análise foi o sofrimento psíquico relacionável ao trabalho em UTI. Com base nos referenciais da Ergologia, procedeu-se à construção de um dispositivo de intervenção, com vistas à coanálise e transformação das condições e organização do trabalho no sentido da promoção da saúde dos trabalhadores. Identificam-se algumas regras de ofício e estratégias produzidas pelos profissionais individual e coletivamente. Tecem-se considerações sobre o processo de construção, as dificuldades de operacionalização e potencialidades do dispositivo construído.

Palavras-chave: Trabalho em saúde, UTI pediátrica, Ergologia.

ABSTRACT

This article discusses the results of an intervention experiment carried out in a university extension action in a pediatric and public hospital, located in the city of Rio de Janeiro. The problem required for analysis was the psychic suffering related to ICU work. Based on the Ergology benchmarks, an intervention device

¹ E-mail: cirlenechr@gmail.com

² E-mail: lilian_syrio@hotmail.com

³ E-mail: natprado2@gmail.com

was developed with a view to co-analysis and transformation of conditions and work organization with a view to promoting workers' health. Some craft rules and strategies produced by professionals are identified individually and collectively. Considerations are made about the construction process, the difficulties of operation and the potentialities of the built device.

Keywords: Health work, Pediatric ICU, Ergology.

RESUMEN

En este artículo se discuten los resultados de una experiencia de intervención realizada en una acción de extensión universitaria en un hospital pediátrico y público, ubicado en la ciudad de Rio de Janeiro. La problemática demandada para análisis fue el sufrimiento psíquico relacionado al trabajo en UTI. Con base en los referentes de la Ergología, se procedió a la construcción de un dispositivo de intervención, con miras al coanálisis y transformación de las condiciones y organización del trabajo con miras a la promoción de la salud de los trabajadores. Se identifican algunas reglas de trabajo y estrategias producidas por los profesionales individual y colectivamente. Se toman consideraciones sobre el proceso de construcción, las dificultades de operacionalización y potencialidades del dispositivo construido.

Palabras clave: Trabajo en salud, UTI pediátrica, Ergología.

1 INTRODUÇÃO

A experiência aqui relatada é a de uma ação de extensão da qual participaram estudantes de graduação em Psicologia. O objetivo era construir, com os profissionais de saúde que atuavam em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital pediátrico da rede pública de saúde na cidade do Rio de Janeiro, um dispositivo coletivo de coanálise do trabalho com vistas a compreender e transformar as relações entre o trabalho, em suas condições e modo de organização, e a saúde dos profissionais em questão. A escolha do local de desenvolvimento da ação de extensão se deu a partir de indicações pelo setor de psicologia do hospital de queixas por parte desses profissionais de sofrimento psíquico relacionável ao trabalho na UTI, especialmente pela iminência de agravamentos do quadro de saúde e de perda de pacientes por morte.

Compreender, do ponto de vista dos profissionais, os fatores que contribuiriam para esse possível sofrimento foi o propósito da intervenção. Como ponto de partida, buscou-se na literatura científica especializada, alguns norteadores para a análise.

Segundo Baasch e Laner¹, o sofrimento no trabalho em UTI pode decorrer do sofrimento alheio, especialmente quando a sua possibilidade de proporcionar alívio é limitada, tanto em termos de condições e limites pessoais, como pelo ambiente de trabalho ou pelo tipo de patologia do paciente. Pesquisas apontam que para além da constante oscilação entre sucesso e fracasso e da tensão pela possibilidade de perda do paciente, há que se considerar um quadro complexo de exigências impostas aos profissionais de saúde que atuam em UTI. Segundo alguns pesquisadores, esse quadro contribui para o desgaste físico e emocional desses profissionais, em função da necessidade de realização de procedimentos complexos e intenso ritmo de trabalho²; da limitação do acesso a recursos tecnológicos e de dificuldades de desenvolver um processo trabalho humanizado³; dos tipos de movimentos realizados nas atividades de trabalho dos profissionais de enfermagem⁴; assim como da sobrecarga de trabalho por superlotação, falta de preparo da equipe técnica e espaço físico inadequado⁵.

É de se supor que quadros como esses exigem uma mobilização crescente das potencialidades corporais, cognitivas, afetivas e sociais dos profissionais de saúde nas situações concretas de trabalho. Mobilização essa que, além de tornar possível a eficácia e a qualidade do serviço, pode interagir (de forma negativa ou positiva) com a saúde dos trabalhadores⁶. Numa segunda via, Masson, Gomes e Brito⁷ apontam também para o caráter desafiante, criativo e produtivo de saúde das atividades de trabalho em uma UTI. A perspectiva de análise sobre as relações trabalho e saúde adotada pelas autoras é coerente com o nosso pressuposto, a partir de Canguilhem^{8,9}, de que a saúde não se limita à

simples ausência de doença, mas é resultante de um debate (uma luta ou embate) sempre renovado entre normas anônimas provindas do meio e normas que cada ser produz no confronto com o meio natural e social. O autor argumenta que como ser sujeito de suas normas é condição fundamental para a vida do homem, a atividade humana – como essa busca, essa disposição e possibilidade do vivente humano de produzir normas⁷ – é um exercício de saúde, uma expressão da vida humana.

Analisando e desenvolvendo esse conceito de atividade como oposição à inércia e à indiferença, Schwartz¹⁰ propõe aplicá-lo à vida no trabalho. Para ele, o trabalho envolve sempre um risco, visto que implica em, “de alguma forma, colocar à prova do real seus próprios limites, suas próprias capacidades”¹¹, assim como fazer escolhas de si mesmo. A atividade, segundo ele, se dá em uma dinâmica de contradições potenciais, um lugar em que são travados debates entre normas antecedentes e tendências a renormatizações. Entendida como o resultado das micro escolhas realizadas no curso da gestão nas atividades de trabalho, a noção de renormatização é assim tomada por referência à potência humana de fazer a gestão do vai-e-vem entre a ordem do estabelecido, a norma, e a tendência ao agir em aderência no aqui e agora¹². Como este gerir se faz por intermédio de cada pessoa, de cada protagonista do trabalho, de vidas singulares, cada ser humano introduziria permanentemente algo de si na situação de trabalho. Esse uso de si que, segundo o autor, além de se fazer pelos outros¹², pela heterodeterminação das normas, prescrições e valores constituídos historicamente, se faz também por si, pela afirmação de normas e valores próprios, via renormatização, na criação de estratégias singulares para enfrentar os desafios do seu meio. Segundo ele, esse uso de si por si tem a ver com o desejo de saúde, pois que, sendo também um teste de si para si, contribui para o estabelecimento de uma verdade sobre o sujeito, assim

como para sua formação. Evitando a noção mais comum de subjetividade, Schwartz¹¹ denomina este *si* – que transita entre o individual e o coletivo – de “corpo-si”, o qual incluiria a inteligência do corpo, com suas economias e sinalizações sensoriais, não conscientes e, portanto, muito difíceis de serem verbalizadas.

Assim, tomando-se como princípio que a eficácia e a saúde não são a priori uma evidência tangível e que a atividade e os saberes mobilizados para a realização do trabalho não são totalmente explícitos, foi a partir do referencial da Ergologia que se pretendeu construir com os profissionais que trabalham nessa UTI um dispositivo que contribuísse para a ampliação das alternativas de escolhas em suas atividades de trabalho. Os propósitos eram: (a) identificar aos problemas relacionados ao trabalho que pudessem se constituir como fonte de sofrimento; (b) dar visibilidade aos debates de normas nas situações concretas de trabalho e às tentativas de reinterpretação ou proposição de outras normas pelos protagonistas do trabalho em análise; e (c) ampliar os recursos particulares e coletivos a serem mobilizados em situações de trabalho futuras.

No entanto, a construção do dispositivo deveria observar coerência com alguns princípios adotados no campo da saúde do trabalhador: o de privilegiar a análise da conformação concreta do processo de trabalho, tanto em sua vertente técnica como social¹³; o de que a luta pela saúde é uma conquista permanente, engendrada no dia-a-dia, com a participação ativa dos trabalhadores na produção de conhecimento e transformação do trabalho¹⁴; assim como o da necessidade de diálogo entre os saberes das diversas disciplinas científicas e os advindos das experiências dos coletivos de trabalhadores, sustentado tanto por exigências éticas, de respeito entre os participantes e seus saberes, quanto por exigências epistemológicas, de respeito ao lugar privilegiado do conceito de atividade, e da

geração de novos saberes e valores por um processo de coprodução de conhecimentos¹⁵.

O objetivo desse artigo é relatar e discutir os objetivos, bases teórico-metodológicas e resultados dessa ação de extensão, tecendo considerações sobre a construção e o alcance do dispositivo de coanálise do trabalho construído, assim como as dificuldades encontradas em sua operacionalização.

2 MÉTODO E CONSTRUÇÃO DO DISPOSITIVO

O dispositivo foi inspirado nos “Encontros sobre o Trabalho” (EsT) propostos pela *démarche* ergológica^{11,16}. O propósito era a instauração de um processo de análise conjunta acerca da distância entre as atividades de trabalho e as prescrições e normas que as antecedem, que permitisse um diálogo-debate crítico acerca das condições e modos de organização do trabalho. Visando explicitar os debates de normas e valores que circulam nas atividades de trabalho, a estratégia usada para o estímulo às verbalizações da experiência foi a descrição oral pelos graduandos de situações concretas de trabalho observadas e/ou relatadas em entrevistas em fase preliminar aos EsT.

As atividades da ação de extensão na UTI iniciaram-se em abril de 2017. Participaram dela quatro graduandos de psicologia, com orientação da primeira autora, e 32 profissionais de saúde que atuavam na referida UTI. A aproximação dos estudantes aos profissionais se deu via direção do hospital e chefias médicos e de enfermagem da UTI. Elas tiveram um papel importante na comunicação formal sobre a presença e objetivos dos estudantes no setor durante a jornada de trabalho, assim como na viabilização de espaço físico e organização da escala de trabalho para a realização dos EsT.

Com vistas à construção conjunta dos objetivos e do dispositivo de intervenção, optou-se por iniciar com uma aproximação gradual às informações sobre o trabalho tal como prescrito, às normas de funcionamento da UTI, assim como aos profissionais que lá atuavam. Pretendia-se identificar possíveis situações críticas e temáticas pertinentes ao trabalho que pudessem interessar aos profissionais analisar e discutir coletivamente. Nessa fase procedeu-se ao levantamento e análise de documentos, a observações livres do trabalho e a entrevistas. Dentre os documentos analisados figuraram as rotinas escritas do trabalho, legislação do exercício profissional, relatórios e escalas de serviço. A observação envolveu a realização de procedimentos junto aos pacientes, assim as sessões, denominadas *rounds*, de discussão dos casos dos pacientes da UTI com a participação aberta a todos os profissionais que lá atuam (incluindo enfermeiros, técnicos, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas), contando com maior frequência de médicos plantonistas e residentes.

Ao abordar os profissionais, os estudantes esclarecem acerca dos objetivos do projeto e dos princípios éticos que norteiam seu desenvolvimento – em conformidade com os padrões exigidos pelo CONEP/CNS/MS –, consultando-os sobre o interesse em participar. Havendo resposta positiva, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, com o auxílio de um roteiro, abordando as condições e a organização do trabalho na UTI, assim como as representações dos profissionais sobre a relação trabalho-saúde. O roteiro contava com questões como: (a) as principais atividades exercidas na UTI; (b) os recursos disponíveis para a realização do trabalho, como protocolos, orientações, instalações e colaboração dos colegas; (c) as situações críticas em relação ao ambiente físico e social de trabalho; (d) as possíveis mudanças recentes no trabalho; (e) as exigências e ritmo de trabalho; e (f) a relação com os pacientes e familiares. Quinze profissionais foram entrevistados. Dentre eles,

dois médicos plantonistas, dois médicos residentes, dois enfermeiros diaristas e plantonistas, sete técnicos de enfermagem e dois faxineiros.

Os dados registrados nos diários de campo e nas anotações das entrevistas pelos graduandos de psicologia foram alvo de sucessivas análises e sessões de discussão com a coordenadora do projeto. Buscando privilegiar as temáticas mais recorrentes, definiram-se três temas geradores para os EsT: (1) a relação com pacientes e familiares, envolvendo questões relativas aos vínculos afetivos que se formam, assim como à convivência cotidiana; (2) a saúde de quem trabalha, envolvendo questões como intensidade e ritmo do trabalho, problemas de saúde relacionáveis ao trabalho e estratégias de proteção e cuidado de si; e (3) o trabalho coletivo na UTI, envolvendo as relações interpessoais e hierárquicas, o trabalho multiprofissional e intequipes na UTI. Com o intuito de acessar os profissionais dos três plantões diurnos^a, realizaram-se em três dias diferentes reuniões de apresentação da proposta dos EsT, com negociação acerca dos objetivos, dos temas a serem abordados, assim como das datas e horários mais adequados às escalas e rotina do setor. Apesar de serem incentivados, os profissionais da UTI não propuseram outros temas.

Os EsT foram realizados entre os dias 10 e 30 de agosto de 2017. Das nove datas planejadas, foi possível a realização dos encontros em cinco, com presença em torno de cinco profissionais da UTI, havendo variação desse número no primeiro e no último encontro, com doze e três participantes, respectivamente. Todos tiveram duração de uma hora, no turno diurno na sala de realização dos *rounds*, situada no interior da UTI. Houve variação também entre os participantes em função da disponibilidade dos profissionais nos dias de cada encontro, seja por motivo de escala de plantões, por falta de substituto para o trabalho no horário do encontro, ou por não ter interesse em participar. Destaca-se o caráter voluntário dado ao convite. Nas quatro datas que se deram

após o terceiro encontro, os EsT não aconteceram por não comparecimento dos profissionais. Na primeira, os graduandos tiveram contato apenas com três residentes que não demonstraram interesse. Na segunda, dois médicos tentaram chamar os profissionais, mas não tiveram resposta. A partir do comentário de um residente de que “o dia está um pouco esquisito”, obteve-se a informação de que naqueles dias a UTI estava operando acima de sua capacidade normal. Nos encontros realizados nas duas datas subsequentes, os profissionais informaram sobre uma mudança organizacional, cuja necessidade teria sido atribuída ao aumento de demanda do serviço hospitalar público em função da crise econômica. Segundo eles, dois leitos, antes reservados para cirurgias esporádicas, tinham sido ocupados permanentemente, aumentando o volume de trabalho da equipe, sem aumento no efetivo de profissionais. Após essas datas, teve-se a mesma dificuldade de reunir os profissionais por mais duas. Agendou-se uma décima data, mas com mais um encontro não realizado por falta de quórum. Sem uma posição coletiva sobre o interesse e possibilidade de manter os EsT, optou-se por enviar uma comunicação de disponibilidade dos graduandos em dar continuidade ao projeto, mas até o final do prazo previsto, não houve manifestação de interesse por parte dos profissionais.

Todos os EsT foram realizados com a presença de dois estudantes extensionistas, que dividiam as tarefas de coordenar os diálogos-debates e de fazer o registro dos materiais discursivos produzidos. Por ter sido feito o registro de forma manual, não foi possível registrar todas as falas durante os diálogos nos EsT, privilegiando-se as consideradas mais relevantes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Relações trabalho e saúde

Sobre as condições de trabalho na UTI, a maioria dos profissionais entrevistados reiterou a disponibilidade de recursos técnicos para o trabalho. Todavia, tanto o espaço de trabalho quanto o de descanso foram adjetivados como confinados e restritos em referência à quantidade de leitos e de profissionais e responsáveis que os ocupam. O ritmo de trabalho foi qualificado como intenso e com variações em relação ao número de leitos ocupados e à gravidade do quadro dos pacientes. Essas questões, assim como a alimentação, foram debatidas pelos profissionais também nos EsT. “Excerto dos diálogos no EsT 6: - Não sabemos nem se é dia ou noite, quando a gente sai parece que sai um peso, às vezes. Não vemos a luz do sol. - Além de não poder descansar o estar é minúsculo. Às vezes comemos de frente para o banheiro. Tem três horas de descanso na teoria, mas na prática nunca é isso. – Não dá tempo às vezes de ir ao banheiro ou comer tranquilo. Apenas o café e o almoço são as refeições certas, não tem lanche. - Já nos foi servida comida estragada no refeitório. - A fila do almoço é enorme e encurta o horário de uma hora de descanso”.

Conforme relatado, ao longo do período de realização dos EsT, em função do aumento da demanda pelo serviço público de saúde, houve uma mudança no sistema de ocupações da UTI: dois leitos, antes reservados para pré e pós-cirurgia, passaram a ser ocupados permanentemente, gerando menor flexibilidade para os ajustes operados pelos profissionais na definição das escalas dos plantões, o que fazia com que as faltas fossem consideradas por vezes inevitáveis, aumentando a intensidade do trabalho dos presentes. “Excerto dos diálogos no EsT 7: - À noite e aos finais de semana falta médico, ficando apenas um na UTI. Teve o caso de uma médica que estava grávida que teve contrações durante o plantão noturno e teve que esperar a troca de plantão para sair. (...) É comum que quem trabalha na UTI vá ao trabalho estando doente, com enxaqueca

e etc. Eu mesma, um dia cheguei para trabalhar doente e fiquei alguns minutos tomando soro antes de começar o expediente”.

Na maioria dos EsT, assim como nas entrevistas, houve relatos sobre implicações à saúde que os profissionais relacionaram ao trabalho. Desde dores de cabeça, alterações no sono, isolamento social, dores nas costas pelas posturas necessárias aos cuidados no leito, até os riscos de contaminação e de possíveis agressões por parte dos responsáveis, mesmo que na maioria das vezes restringindo-se a ameaças. Alguns relatam ser necessária uma atenção na conciliação entre a vida no trabalho e a vida fora do trabalho, envolvendo estratégias de proteção e cuidado de si, mesmo que nem sempre suficientes em termos de preservação da saúde. “Excerto dos diálogos no EsT 6: - Ultimamente rezamos, antigamente saímos e fazíamos caminhadas, ajudava a espairecer, esquecer um pouco, agora vamos para casa por conta dos filhos. Mesmo as que não têm, trabalham muito. - Não espairecemos, ficamos com as questões. (...) - Vamos para casa e pensamos muito nos pacientes”.

Além das estratégias individuais de proteção e cuidado, houve indicação de estratégias coletivas, como a combinação de um(a) profissional cobrir o(a) outro(a) no trabalho enquanto descansava. Todavia, indicam ter atualmente menos margem de liberdade para fazer esse tipo de gestão. “Excerto dos diálogos no EsT 6: - Houve corte na flexibilização do horário de almoço de 1h para 1h30. - Mas também tem gente que abusa do descanso. - Por um todos pagam, pois alguns abusam dos pequenos descansos, antigamente era 1h30 de descanso, esses 30 min fazem muita diferença. Antigamente trabalhávamos mais tranquilos, agora trabalhamos morrendo de sono”.

No conflito produzido pela quebra dessa regra estabelecida pelo coletivo de trabalhadores, mesmo que não formalmente, abriu-se espaço para a imposição da regra oficial, produzida de forma distanciada das questões

cotidianas das atividades de trabalho. Segundo D. Cru¹⁷, mais do que tratar da dimensão técnica do trabalho, as regras do ofício balizam as relações sociais no trabalho, ajudando os membros do coletivo a se orientar. Em uma relação de indissociabilidade e coerência entre si, elas parecem garantir que o trabalho não seja perturbado por intervenções improvisadas. Isto não por formulações estereotipadas impostas ou transmitidas por repetição, mas produzidas em um agir e falar em referência a circunstâncias específicas. Note-se que a regra de cobertura do tempo de descanso entre os profissionais balizaram essa ação de cuidado para além da regra formal, permitindo um fazer / viver junto que ampliava para todos a proteção à saúde. Apenas em sua quebra, em sua perda de capacidade de organizar o trabalho em sua dimensão real, produziu-se, não sem custo, uma regra hierárquica que restringia a gestão desse aspecto do trabalho pelo coletivo.

3.2 Cuidado do outro, cuidado de si

Desde o conhecimento sobre o vínculo informal de trabalho entre o hospital e parcela significativa dos profissionais, uma questão se colocou para nós: o que garante a estabilidade do serviço prestado nessa UTI? Uma pista e abertura para a produção de novas questões foi trazida pelos participantes do EsT7, quando afirmaram: “apesar de tudo, a gente vem pro trabalho porque temos compromisso com ele”. Estariam eles apontando apenas para um compromisso formal, do tipo estabelecido no contrato de trabalho? Ou para a adesão a um conjunto de regras de trabalho com vistas à manutenção de seu pertencimento no coletivo, ou no ofício? Mesmo considerando as influências sociais que determinam em parte a atividade humana, acreditamos que essa afirmação de compromisso não pode ser entendida genericamente, sem levar em

conta as micro escolhas, os diferentes usos de si, que se operam nas atividades de trabalho¹¹. Dentre eles, os que se efetuam a partir do debate entre normas de cuidado de si e normas de cuidado do outro, se permitindo mais ou menos afetar-se pelo sofrimento alheio. “Excerto dos diálogos no EsT 3: - Precisamos entender a situação de fragilidade dos responsáveis. Às vezes nem foram para casa, não têm o que comer, não têm nada fora para fazer. A cadeira de descanso é desconfortável. A nossa relação com os pais das crianças influencia no modo como nos relacionamos com as crianças. Algumas vezes a antipatia que sentimos por alguns pais é transferida para a criança que é filha. - Mas isso não é certo”.

Fizeram também referência a uma flutuação entre emoções positivas e negativas ao longo de uma jornada de trabalho: “ficar feliz por uns, triste por outros” (EsT 3). Indicaram que em alguns casos, infringem não apenas as normas do hospital, mas as suas próprias, reportando, via celular, informações e fotos a alguns responsáveis que não podem acompanhar os pacientes ininterruptamente. Nesses embates entre normas antecedentes e entre elas e as normas de vida, valores são convocados, sobretudo os referentes ao bem comum, os quais não são dimensionáveis ou hierarquizáveis, como, por exemplo, o bem-estar dos pacientes e familiares, o acesso igualitário aos cuidados, a saúde dos pacientes e a sua própria, a justiça e a solidariedade. Valores esses que podem em situações específicas estar em oposição entre si, produzindo um debate/embate permanente de normas diante das situações concretas de trabalho. “Excerto dos diálogos no EsT 2: – Acho prejudicial essa ligação porque a gente não se desvincula dos pacientes. – A denominação “meu paciente”, o vínculo de posse pelo amor, parte de cada um deles faz parte de nós. – Mas o apego muito intenso, preocupação intensa é prejudicial para a saúde. Ficar muito no trabalho e pouco em casa faz esse processo te tornar família de um paciente. Há maior afinidade

com alguns pacientes, mas é necessário o cuidado ser igual. Pensar que algumas mortes são justas e outras não, o quão estranho é isso”.

A última frase desse trecho de diálogo – “pensar que algumas mortes são justas outras não” – não foi desenvolvida durante o diálogo no EsT, não nos autorizando a afirmar que normas estariam em jogo. Todavia, ao convocar o valor justiça, nos permitiu colocar em questão se podemos dizer antecipadamente como deveríamos escolher / decidir em um momento específico, sem atribuir a esse valor alguma dimensão ou hierarquização em relação a outros valores que podem estar em jogo. Schwartz¹¹ afirma que é impossível dar realidade aos valores do bem comum sem produzir um efeito sobre valores dimensionáveis. Isto é, seria impossível operar com o valor justiça no serviço público de saúde sem colocar em questão a alocação dos recursos monetários disponíveis para tal. E vice-versa! Nesse sentido, o autor afirma a diferença entre subordinação jurídica e subordinação pessoal, chamando a atenção de que é na atividade humana que se dá a confrontação entre a gestão que os trabalhadores fazem em seu trabalho e a gestão do trabalho que se pretende via indicadores gerenciais.

3.3 Entidades coletivas relativamente pertinentes

Também nos serviços públicos de saúde os sistemas de avaliação do trabalho, tendencialmente, têm privilegiado critérios e valores dimensionáveis, contribuindo para a invisibilidade das gestões efetuadas nos debates/embates de normas. No início do primeiro EsT o médico chefe da UTI informou sobre o resultado de uma pesquisa de satisfação dos responsáveis em relação ao serviço prestado na UTI, que fora classificado como regular. A partir de um exemplo de uma mãe que identificou e alertou a equipe sobre os motivos do filho não estar

ganhando peso, ele propôs, em um discurso prescritivo, que os profissionais buscassem sair do lugar de sapiência e ouvir os responsáveis, ao que obteve a concordância da maioria dos presentes (médicos e residentes). Até que, pedindo desculpas – como que por quebrar uma regra de não aprofundar o debate sobre as dificuldades que envolvem o trabalhar junto –, uma enfermeira contestou a fala do médico indicando que ela generalizava a postura de não escuta ao que os responsáveis teriam a dizer sobre o trabalho realizado na UTI: “Excerto dos diálogos do EsT 1: - Nós da enfermagem já sabíamos e já tínhamos falado sobre isso há muito tempo e vocês não ouviram. Às vezes nós não somos ouvidos. Essa comunicação devia melhorar. É muito ruim quando a gente fala sozinho e ninguém quer ouvir. Às vezes a gente só tá ouvindo e não prestando atenção. Só riem. [silêncio]”.

Os outros estão sempre presentes no trabalho, seja através da preparação, da prescrição, do uso ou em sua avaliação. Schwartz¹⁸ registra a presença de uma processualidade plástica e eventual que denomina entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP). Propõe o termo “entidade” para referir-se a ligações de transição dinâmica, ou seja, grupalidades de contornos fluidos, cujas fronteiras são invisíveis, englobando pessoas e serviços diferentes, onde a cooperação não está prevista. Já a qualificação de “relativamente pertinentes” é para ressaltar que elas não funcionam somente segundo a divisão formal do trabalho (organograma), mas também pela força de coesão produzida no trabalho coletivo e dos valores compartilhados pelos seus integrantes. Neste sentido, a pertinência não é uma condição para que funcione, isto é, ela é avaliada segundo o grau de asseguramento do trabalho coletivo. Entretanto, o trabalhar junto requer um complexo ajustamento recíproco das gestões/escolhas que cada um realiza diante das situações concretas. Assim, esse cooperar – que muitas vezes envolve a atividade dos responsáveis pelos pacientes da UTI –, não se faz

por decretos, regras ou prescrições. Muito menos sem a construção de espaços de diálogo sobre o trabalho (real) que se faz junto. “Excerto dos diálogos no EsT 1: - Me sinto melhor trabalhando na ausência dos pais, por eles não compreenderem certas práticas e procedimentos. Quando eles estão presentes, me sinto vigiado (médico). – Eu não me incomodo. Me sinto segura, mas há muita comparação entre os colegas ao olhar dos pais (téc. enf). - Geralmente as crianças retornam para a UTI e os pais têm dificuldade de entender que aqui os processos são diferentes dos do ambulatório. Os pais acham que sabem mais e melhor sobre os filhos do que a gente. Reclamam fazendo comparações. Estão o tempo todo com a criança, não dando espaço para um contato apenas equipe-criança. Os pais se sentem desconfortáveis com os procedimentos que tendem a ser invasivos, eles descarregam o estresse na gente: “você mexeu no meu filho, mexeu nele e ele descompensou” (enfermeira). - Chegamos para fazer os cuidados e o pai disse: “não, hoje você só troca a fralda do meu filho” (téc. enf.)”.

A partir do debate sobre o caráter situado e singular das atividades de trabalho realizadas, e reconhecendo a necessidade da cooperação dos responsáveis para o trabalho de cuidado das crianças-pacientes, uma técnica indicou a estratégia que usa tornar essa cooperação possível: “Se impor, mostrar respeito, mas também fazer com que seja possível agregá-los” (EsT2). Destaca a importância de explicar os procedimentos técnicos de forma compreensível e de construir uma relação de confiança, indicando que cada situação de trabalho, com cada paciente, familiar e ou colegas de distintas formações e ofícios, traz aos profissionais da UTI o desafio e a possibilidade de reaprendizado em seu trabalho.

Segundo Schwartz¹¹, é nas renormatizações que se fabricam as ECRPs. E estas se apresentam como uma condição de eficácia e saúde no trabalho, pois permitem dar espaço a esses debates de normas, com suas reservas de

alternativas. Dentre os tantos debates de normas relativas tanto ao desejo de preservação de sua saúde mental, quanto ao respeito pela dor alheia (dos pacientes e responsáveis), um parece ter encontrado nas renormatizações efetuadas pelas ECRPs algumas reservas de alternativas. Dentre elas, o uso de um espaço da UTI restrito aos profissionais de saúde para compartilhar com os colegas de trabalho experiências alegres de situações da vida no trabalho e, principalmente, fora do trabalho, como viagens, festas, atividades esportivas, etc. Assuntos esses, entendidos por eles como potencialmente desrespeitosos em relação à dor dos pacientes e familiares ali presentes, devendo assim ser evitados no espaço da UTI compartilhado com eles. Entendemos que essa regra – que por ventura possamos qualificar como uma regra do ofício – representa um ato de saúde e de produção de uma vida coletiva em que valores como respeito, solidariedade e compaixão são afirmados por esse coletivo. Todavia, vale ressaltar que somente a presença contínua dos graduandos no espaço de trabalho da UTI, permitindo uma aproximação tal com o trabalho real dos profissionais que lá atuam, nos possibilitou formular essa hipótese. Foi em uma situação cotidiana de comemoração de aniversário de um profissional, em que um dos graduandos foi convidado a compartilhar desse espaço, que ele – dada a diferença entre os temas de modos de abordá-los nos diálogos travados entre os profissionais e entre estes e o graduando – denominou de “Armário de Nárnia”, fazendo alusão à obra literária, na medida em que, segundo ele, “parecia outro mundo, onde se falava sobre tudo, menos sobre o trabalho”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atentos para não subestimar o modo como as experiências de vida, os valores, se articulam às dinâmicas da atividade estudadas¹⁹, buscou-se nessa

ação de extensão refletir coletivamente sobre como os profissionais gerem as situações, mobilizando e retrabalhando sua experiência, seus saberes, suas competências de vida. Ao fomentar a explicitação de alguns dos debates de normas e valores efetuados nas atividades de trabalho, acredita-se ter contribuído para iniciar uma interpretação conjunta da situação em que se encontram e potencialmente para a construção de ações concretas de transformação do trabalho. Dizemos potencialmente porque entre o caráter formador dessa experiência – no sentido de produção de sentido sobre o vivido – e a efetivação de ações concretas de transformação das condições e modos de organização do trabalho, há que se reconhecer alguns limites dessa ação de intervenção.

Um deles foi o tempo necessário para a construção do dispositivo. O tempo necessário para que cada um daqueles encontros fosse conduzido a se interrogar sobre certas certezas e práticas. O tempo necessário para a construção de uma demanda de transformação do trabalho pelo coletivo que fizesse valer o risco de dar visibilidade aos múltiplos debates em que se jogam cotidianamente a eficácia e a vida em saúde no trabalho. Assim como o tempo e as condições necessárias para se produzir um diálogo-debate crítico e transformador acerca das condições e organização do trabalho. Em relação ao propósito de consecução de algumas ações de transformação concretas do trabalho – como, por exemplo, o espaço físico – seria necessária a instauração de uma discussão mais ampliada sobre as relações entre o trabalho na UTI e a saúde dos profissionais em outros níveis hierárquicos e instâncias políticas do hospital.

Listar as dificuldades de construção e alcance do dispositivo não tem aqui o propósito de decretar sua inviabilidade ou impossibilidade em relação aos objetivos que se pretende de promoção da saúde no trabalho, mas de chamar a atenção para aspectos que, apesar de não serem facilmente contornáveis em uma ação de intervenção, devem ser continuamente perseguidos. A apropriação pelos

trabalhadores de conceitos e métodos ferramentas de análise do trabalho pode ser um passo importante para que, em um contexto mais propício, eles próprios possam operar o dispositivo. Entende-se que essa pode ter sido uma importante contribuição.

Por fim, ressaltam-se as repercussões positivas dessa ação de extensão no processo formativo dos estudantes envolvidos, tanto pela oportunidade que se teve de um processo de aprendizagem mútua com profissionais com diferentes formações e saberes técnico-científicos e da experiência, quanto pela possibilidade de aprendizado de mobilização de conceitos e teorias na construção do dispositivo e na reflexão sobre essa experiência.

NOTAS DO AUTOR

a. Devido a limitações de carga horária e locomoção, não foi possível a presença dos extensionistas no hospital durante a noite ou no momento de troca de plantões, únicos períodos em que seria possível conversar com os profissionais dos plantões noturnos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baasch D, Laner A. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2018 Set 11]; 16(Suppl 1):1105-1097. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700041&lng=en.
2. Shimizu HE, Ciampone MH. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 1999 Mar [cited 2018 Set 14]; 33(1):106-95. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000100010&lng=en. DOI: 10.1590/S0080-62341999000100010.

3. Fachini JS, Scrigni AV, Lima RG. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2017 Abr [cited 2018 Set 11]; 25(1):111-122. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422017000100111&lng=en.
4. Nery D, Toledo AM, Oliveira JS, Taciro C, Carregaro R. Análise de parâmetros funcionais relacionados aos fatores de risco ocupacionais da atividade de enfermeiros de UTI. *Fisioter. Pesqui.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2018 Set 11]; 20(1):76-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000100013&lng=en
5. Fogaça M, Carvalho WB, Cítero VA, Nogueira-Martins LA. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet]. 2008 Set [cited 2018 Set 11]; 20(3):261-266. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000300009&lng=en.
6. Hubault F. L'approche ergonomique des questions santé/travail. *Mouvements* [Internet]. 2009 [cited 2010 Dez 12]; 2(58):97-102. Available from: http://www.cairn.info/article.phpID_REVUE=MOUV&ID_NUMPUBLIE=MOUV_058&ID_ARTICLE=MOUV_058_0097.
7. Masson L, Gomes L, Brito J. Encontros sobre o trabalho: reflexões sobre o uso dessa ferramenta metodológica em pesquisas em unidades de tratamento intensivo neonatais. *Laboreal*. 2015; 11(1):23-38.
8. Canguilhem G. Meio e normas do homem no trabalho. *Proposições*. 2001; 12(2-3):35-36.
9. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.

10. Schwartz Y. Trabalho e saúde: construindo outros modos de gestão. In: Mesa redonda no Congresso da ABRASCO; 2005 jul; Florianópolis, Brasil.
11. Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EDUFF; 2010.
12. Schwartz Y, Durrive L, organizadores. *Activité en dialogues: entretiens sur l'activité humaine II*. Toulouse: Octarès; 2009.
13. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
14. Oddone IRE, Brianti G. *Redécouvrir l'Expérience Ouvrière: vers une autre psychologie du travail?* Paris: Messidor Éditions Sociales; 1981.
15. Schwartz Y. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: Daniellou F, editora. *A ergonomia em busca de seus princípios*. São Paulo: Edigard Blücher; 2004. p. 180-141.
16. Athayde M, Zambroni-de-Souza P, Brito J. Intervenção e pesquisa em Psicologia: uma postura ergológica. In: Bendassolli P, Soboll L, organizadores. *Métodos de pesquisa e intervenção em Psicologia do Trabalho. Clínicas do Trabalho*. São Paulo: Editora Atlas; 2014.
17. Cru D. *Collectif e travail de metier: sur la notion de collectif de travail*. *Travailler*. 2016; 35(1):53-59. Schwartz Y. Intervenção, experiência e produção de saberes. *Serviço Social e Saúde [Internet]*. 2015 Maio [cited 18 set. 2018]; 10(2):19-43. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634834>.
18. Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli P, Soboll L, organizadores. *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas; 2011. p. 166-132.
19. Schwartz Y. Intervenção, experiência e produção de saberes. *Serviço Social e Saúde [Internet]*. 2015 Maio [cited 18 set. 2018]; 10(2):19-43. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634834>.

Análises ergológicas do agir profissional de equipes de atenção primária à saúde no SUS

Ergologic analyses of the professional acting of primary health care teams within SUS

Análisis ergológicos del actuar profesional de equipos de atención primaria a la salud en el SUS

Cristine Maria Warmling¹
Ananyr Porto Fajardo²

RESUMO

Este artigo se propõe a analisar como o uso de conceitos ergológicos do agir em competência, enquanto arcabouço teórico, contribui para a compreensão dos processos de trabalho de equipes de saúde na atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Realizou-se um estudo de caso do tipo único integrando duas unidades de análise e abordagem qualitativa. Os cenários da pesquisa são 17 municípios da macrorregião administrativa central do estado do Rio Grande do Sul. Foram realizados 26 grupos focais, sendo 17 na Unidade de Análise 1 (17 médicos, 17 enfermeiros e 17 cirurgiões-dentistas) e 9 na Unidade de Análise 2 (18 cirurgiões-dentistas, 6 técnicos e 4 auxiliares de saúde bucal). Um roteiro embasado na teoria sobre o agir em competência orientou os grupos. A análise evidencia que o uso dos protocolos pelo trabalhador ultrapassa o planejamento na saúde. Enfrentando situações cotidianas, os valores e saberes dos trabalhadores são acionados para responder a necessidades específicas, pois os profissionais dominam e renormalizam protocolos e técnicas. Os processos de educação permanente em saúde estão incluídos no cotidiano, mas representam mais atividades formais do que oportunidades de debater valores. Os espaços de educação permanente devem ser aproveitados para propiciar o debate de valores entre instituições, trabalhadores e usuários, tendo como meta a produção do cuidado em saúde. Assim, proporcionar que os trabalhadores

¹ E-mail: crismwarm@gmail.com

² E-mail: aportofajardo@gmail.com

assumam seu papel de protagonistas da atividade implicaria na reunião de saberes (prévios e adquiridos) e valores em busca de uma produção criativa no trabalho.

Palavras-chave: Trabalho; Engajamento no trabalho; Competência profissional; Educação continuada; Pessoal de saúde; Trabalhadores.

ABSTRACT

This paper analyzes how the use of ergologic concepts of the competence to act, assumed as a theoretical framework, contributes for the understanding of work processes of primary care health teams within the National Unified Health System (SUS). It was conducted a single case study with two units of analysis and a qualitative approach. The research settings were 17 municipalities from the central administrative macroregion of Rio Grande do Sul state. A total of 26 focus groups were conducted, being 17 in the Unit of Analysis 1 (17 physicians, 17 nurses and 17 dentists) and 9 in the Unit of Analysis 2 (18 dentists, 6 dental hygienists and 4 oral health auxiliaries). A script based on the theory of competence to act guided the groups. The analysis evidences that the use of protocols by the worker goes beyond planning in health. When facing daily situations, the workers' values and knowledge are used to address specific needs, as the professionals master and renormalize protocols and techniques. The continuing education processes in health are included in the daily work, but they are rather formal activities instead of opportunities to debate values. These spaces must be used for such between institutions, workers and users, aiming at the production of health care. Thus, facilitating to the workers to take over their role as protagonists of the activity would imply in the gathering of (previous and acquired) knowledge and values in search of a creative production at work.

Keywords: Work; Work engagement; Professional competence; Education, continuing; Health personnel; Workers.

RESÚMEN

Esta producción analiza cómo el uso de los conceptos ergológicos del actuar en competencia, mientras un marco teórico, contribuye para la comprensión de los procesos de trabajo de equipos de salud en la atención primaria en el ámbito del sistema de salud brasileño (SUS). Se ha realizado un estudio de caso del tipo único que integra dos unidades de análisis, con abordaje cualitativo. Los escenarios de la investigación son 17 ciudades del macrorregión administrativo central del estado de Rio Grande do Sul. Se realizó 26 grupos focales, siendo 17 en la unidad de análisis 1 (17 médicos, 17 enfermeros y 17 odontólogos) y 9 en la unidad de análisis 2 (18 odontólogos, 6 higienistas dentales y 4 auxiliares dentales). Un guión basado en la teoría del actuar en competencia dirigió a los

grupos. El análisis evidencia que el uso de protocolos por el trabajador ultrapasa el planeamiento en salud. Haciendo frente a situaciones del cotidiano, los valores y saberes de los trabajadores son accionados para resolver necesidades específicas, y los profesionales dominan y renormalizan protocolos y técnicas. Los procesos de educación permanente en salud están incluidos en el cotidiano, pero son más actividades formales que ocasiones para el debate de valores. Estos espacios deben ser aprovechados para esto entre las instituciones, los trabajadores y los usuarios, siendo la meta la producción del cuidado en salud. Proporcionar que los trabajadores se asuman cómo protagonistas de la actividad implicaría en la reunión de saberes (previos y adquiridos) y valores en busca de una producción creativa en el trabajo.

Palabras clave: Trabajo; Compromiso laboral; Competencia profesional; Educación continua; Personal de salud; Trabajadores.

1 INTRODUÇÃO

O agir profissional na produção do cuidado na saúde, sob o ponto de vista ergológico, trata-se da capacidade de transgressão que possui o trabalhador. A ergologia defende que, ao confrontar-se com situações inusitadas de trabalho, o trabalhador ultrapassa as normas prévias ou antecedentes (protocolos, fluxos, evidências), superando as parametrizações que guiam e organizam o trabalho para a mobilização ou investimento no próprio saber do trabalhador. De acordo com esta perspectiva, o grau de competência do trabalhador seria aquele capaz de criar novos saberes face ao já estabelecido¹.

Da ampliação que a análise ergológica propõe a respeito do que um trabalhador coloca em ação quando realiza uma atividade emerge o conceito de agir em competência que, para a ergologia, significa articular na atividade de trabalho dimensões subjetivas da experiência humana, as quais, por serem intrinsecamente heterogêneas, não são facilmente suscetíveis de padronização. Isso se traduz em uma renegociação permanente com as normas presentes na

atividade de trabalho – de cada um e do coletivo^{2,3}, pois “não há trabalho humano sem normas antecedentes”^{4:87}.

Porém, o que se verifica é que o conceito de competências profissionais presente nos discursos da gestão dos serviços de saúde apresenta-se ainda tradicionalmente centrado na aquisição de conhecimentos e técnicas⁵ e/ou no desempenho individual dos trabalhadores⁶. Mais raramente, as interrogações voltam-se para a compreensão das condições do espaço de trabalho em que os trabalhadores adquirem e/ou utilizam as competências exigidas^{7,8} ou como recriam as situações de trabalho. Neste caso, não se trataria de estabelecer uma lista de competências para saber se um trabalhador as possui ou não, mas de analisar situações ou horizontes de trabalho com as imprevisibilidades inerentes que os compõem⁹. Os valores e saberes em questão “seriam como que substâncias que, em permanência, se desenvolvem, transformam-se, aprendem-se e eventualmente se aplicam nas atividades de trabalho configurando competências”^{10:39}. O terreno no qual estas competências podem se dar é pleno de processos de *experiência*, processos estes cujos limites são fluidos e cujos sujeitos podem ser múltiplos¹¹.

Na capital e nos municípios (entre 300.000 e 3.500 habitantes), na macrorregião administrativa central do estado do Rio Grande do Sul, cenário do estudo, têm sido induzidos programas e políticas de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde. O principal objetivo é corresponsabilizar as esferas da gestão da saúde, reforçando o caráter educativo, não punitivo e/ou burocrático das políticas¹². A avaliação e o monitoramento como estratégias para a tomada de decisão não se centram apenas em instrumentos geradores de informação na forma de dados e indicadores numéricos, mas auxiliam as equipes a aumentar a capacidade de análise e de replanejamento dos processos de trabalho¹³ e do agir profissional.

Refletindo sobre o papel do agir profissional de equipes de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) algumas problematizações se apresentam: Como se conforma o agir em competência das equipes de saúde na produção de cuidado? Como os profissionais se organizam e organizam o trabalho, individualmente e enquanto equipe, para enfrentar problemas? De que modo o uso de protocolos e processos de gestão das competências profissionais vivenciados pelas equipes de saúde são pautados e como podem ser analisados?

Este artigo se propõe a analisar como o uso de conceitos ergológicos do agir em competência, enquanto arcabouço teórico, contribui para a compreensão dos processos de trabalho de equipes de saúde na atenção primária à saúde no SUS.

2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Compõe-se de um estudo de caso do tipo único e integrado, com múltiplas unidades de análise, com abordagem qualitativa¹⁴.

Foram desenvolvidas duas unidades de análise nos cenários da pesquisa, compostas por unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) de municípios de um estado brasileiro. No período de dezembro de 2013 a dezembro de 2014 foram realizados 26 grupos focais com equipes de saúde. **Unidade de Análise 1** - 17 grupos focais com 16 equipes de saúde em 16 municípios selecionados de uma macrorregião administrativa de saúde de um estado brasileiro, tendo sido escutados 51 trabalhadores de saúde (17 médicos, 17 enfermeiros e 17 cirurgiões-dentistas) de unidades primárias de saúde. **Unidade de Análise 2** - 9 grupos focais com 10 equipes de saúde bucal em uma capital brasileira de grande porte populacional, compreendendo 28 trabalhadores de saúde bucal (18 cirurgiões-dentistas, 6 técnicos e 4 auxiliares de saúde bucal).

Os grupos duraram em torno de uma hora, sempre conduzidos por um coordenador e dois relatores, foram gravados em arquivos de áudio e vídeo para posterior transcrição e análise, sendo seu acesso restrito aos pesquisadores do estudo.

Optou-se pela utilização da técnica do grupo focal, pois acredita-se que a mistura do detalhe empírico de foco interacional de análise de conversação com as preocupações mais macroestruturais da teoria da construção social enriquece substancialmente as análises¹⁵. A condução do grupo focal se apoiou em um roteiro com base na teoria sobre o agir em competência¹⁶, buscando identificar os ingredientes presentes ou insuficientes na produção de cuidados em APS no contexto estudado (ver Quadro 1).

Quadro 1 - Roteiro do grupo focal: Ingredientes do agir em competência para a produção do cuidado em APS

Ingredientes do agir em competência	Objetivo	Eixo orientador
Ingrediente 1: Domínio de protocolos	1 – Identificar protocolos para o cuidado	Falar sobre protocolos mais usados na produção do cuidado
Ingrediente 2: Conhecimento da realidade	2 – Identificar singularidades na realidade do trabalho	Falar sobre as realidades que contextualizam o trabalho
Ingrediente 3: Renormalização	3 – Identificar como os profissionais renormalizam os protocolos	Falar sobre o que é preconizado nos protocolos e as realidades do trabalho
Ingrediente 4: Uso de si por si	4 – Identificar a motivação das equipes de APS	Falar sobre a motivação para trabalhar em APS

Ingrediente 5: Debate de valores	5 – Identificar o debate de normas preexistentes e instituídas na atividade do trabalho	Falar sobre dinâmicas do trabalho em APS que permitem renegociação de valores e normas
Ingrediente 6: Trabalho em equipe	6 – Identificar a experiência do trabalho em equipe	Descrever o trabalho em equipe na prestação do cuidado

Os projetos de pesquisa que deram origem a este artigo foram submetidos à Plataforma Brasil, tendo sido aprovados mediante os Pareceres Consubstanciados número 400.154 - 12/09/2013 e número 1.352.499 - 05/12/2015.

Os excertos oriundos dos grupos focais são identificados pelas letras E e T, seguidas de uma numeração aleatória com a intenção de proteger o sigilo dos participantes.

3 DISCUSSÃO

3.1 Do protocolo à realidade: renormalizações no cotidiano do trabalho na saúde

Programas de avaliação dos sistemas e serviços de saúde são processos utilizados para compreender as dinâmicas da atenção à saúde. Porém, muitas vezes os dados/indicadores numéricos produzidos pelos processos avaliativos não auxiliam as equipes a aumentarem suas capacidades analíticas e de intervenção. O desafio é integrar estudos qualitativos a um referencial teórico consistente para a produção de informações e compreensão sobre do processo de trabalho na saúde. Porém, a composição de métodos e teorias nem sempre é algo

fácil ou acessível aos pesquisadores nas ciências sociais e humanas na saúde. Detecta-se uma escassez de estudos na área que aliem teoria humana e social às análises de organização dos sistemas de saúde ou que procurem compreender interações múltiplas entre contextos e sujeitos, distanciando-se de uma sociologia linear das práticas e processos de trabalho em saúde^{17,18,19}.

A ergologia é um aporte teórico que estuda o trabalho como condição inerente à vida humana, considerando-o para além de análises sobre o mercado, a empregabilidade ou a mera capacidade para a produção²⁰. Com a ergologia amplia-se as possibilidades de compreensão sobre as relações entre o processo de trabalho e o agir profissional. No âmbito do trabalho como atividade humana, como pressupõe a ergologia, o agir profissional se desdobra pelo menos em seis dimensões (Quadro 1).

No agir humano no ato de produzir saúde, a produção e o consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo e implicam no encontro entre produtor e consumidor, mas ambos se constituem como objetos e agentes da ação. Trata-se de um projeto relacional de encontro entre sujeitos e tecnologias, ou seja, o reconhecimento mútuo das lógicas da saúde do usuário e do profissional para a definição tecnológica do projeto terapêutico.

A dimensão estabelecida ou protocolar do trabalho compreende um conjunto de “sequências estabelecidas, procedimentos lógicos, técnicos, organizacionais”^{21:19}. No trabalho como uma atividade industriosa e sempre inédita, usam-se normas antecedentes ou operatórias, para recriá-la, para antecipá-la. As normas antecedentes remetem às construções sociais do trabalho²².

Tratando-se das práticas de trabalho analisadas pelo estudo de caso, verificou-se que o uso dos protocolos pelo trabalhador é um movimento muito mais complexo do que o compreendido tradicionalmente no campo do

planejamento na saúde. Na utilização de protocolos para o enfrentamento das situações cotidianas de trabalho, os valores e saberes do trabalhador são trazidos para a linha de frente do trabalho em busca de respostas para necessidades específicas. Os trabalhadores da saúde dominam e utilizam protocolos e técnicas, renormalizando-os cotidianamente conforme demandas próprias, das estruturas dos serviços ou dos usuários que acessam de saúde. Há sempre um gap entre as prescrições das políticas e protocolos de saúde e as estruturas das realidades de trabalho no SUS²³.

O protocolo é fundamental [...] para que se tenha de alguma forma o entendimento de que as coisas devem funcionar, embora os territórios e a população [das equipes de saúde] sejam diferentes, a diretriz [de trabalho] é a mesma. [...] a gente vê que na rede isso ainda não está totalmente estruturado (T03).

Eu trabalhava em uma estratégia de saúde da família, trabalhava quarenta horas [...] tinha uma rede construída dentro do posto muito grande, e isso me facilitou muito. [...] Nós tínhamos uma população sob controle, a gente acompanhava as gestantes, depois os bebês, tinha o trabalho com os diabéticos, os hipertensos, era uma coisa assim de rede e em equipe. [...] Tanto que a primeira vez que eu li o Protocolo, eu não vi nada novo, porque a gente fazia na realidade aquilo ali [...]. Agora como eu fui para uma UBS, eu cheguei lá cheia de gás, vou fazer aqui o que eu fazia lá, mas eu não consegui. Primeiro, porque eu trabalho trinta horas [...] e outra porque trabalhar numa UBS, tu não sabes qual a população que tu tens, não sabe quais são os teus limites [...] não consegue fazer um planejamento em si. Então eu vejo que eu estou atendendo, tentando fazer alguns grupos, fazendo alguma coisa do meu perfil, mas não consigo trabalhar da mesma forma que eu trabalhava na estratégia [na ESF] (T04).

O ambiente de “inflação de normas”^{24:153} faz o trabalhador sentir que a prescrição excede sua capacidade e possibilidade de exercer a atividade.

Na verdade, a gente sente que tem muita cobrança do estado e pouca realidade para o trabalho conjunto. Na saúde pública, a cobrança é muito fácil [...] O pessoal que está lá em cima sentado acha que tem que ser assim, assim, assim e pronto! Aí vem o município e traz: “A nossa realidade é essa”. Quem sabe, muito sem objetivo. Aí baixa um plano e tem que fazer aquilo. Tem que cobrar aquilo! Às vezes essa aqui se queixa: ‘É muita coisa para se fazer! Tem muita coisa para ela preencher!’ No fim, ela passa todo o tempo no computador (E5).

Então muitas vezes eu não sou valorizada o quanto devia, saio frustrada. Não com os meus pacientes e nem com os meus colegas, isso me faz feliz, mas eu cansei de ir para casa frustrada, abatida por falta de oportunidade de externar o que eu queria ou externar e não ser compreendida ou mal compreendida e não ter a oportunidade de fazer o que eu pensava e muitas vezes o outro profissional colocar uma ideia, que de repente não é tão interessante e ser direcionado a essa pessoa. Cobrança, muita coisa assim, porque eu sou muito assistencial e tem profissionais que tem outro perfil que são mais burocráticos. Isso me incomoda muito porque eu deixo de ter aquele tempo maior para os meus pacientes e ficar em função de papéis ou notebook. Isso me frustra muito desde a minha formação (E1).

A construção de significados para o cuidado carece de um processo de reconhecimento da realidade das situações de trabalho imprescindível para o agir profissional. Quanto ao conhecimento da realidade, as equipes demonstram apropriação, mas apresentam dificuldades na compreensão das concepções de saúde e doença dos usuários que cuidam. Referem-se à grande demanda reprimida existente, contudo não observam que esta é muitas vezes produzida

também a partir do historicamente ofertado pelos serviços de saúde e de como se processa a produção do cuidado. A renormalização de protocolos parece não ocorrer pelo reconhecimento das necessidades de saúde das comunidades onde atuam e percebe-se a dificuldade dos profissionais em articular demanda, oferta e cuidado em saúde.

3.2 Trabalho em equipe e educação permanente como debate de valores

Para trabalhar e valer-se do protocolar, o trabalhador não prescinde de recorrer aos seus próprios julgamentos e valores, talentos e criatividade, de forma a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho possam apresentar. O trabalho como atividade humana pressupõe debate de valores, pois “É a aprendizagem permanente dos debates de normas e valores que renovam indefinidamente o trabalho como a atividade”^{25:30}.

Valores sem dimensão, porque não possuem nenhuma unidade de medida para comparar sua grandeza ou seus graus próprios de intensidade [...] na medida em que são operantes na atividade, são tecidos na atividade [...] não existem inteiramente separados dos protagonistas da atividade, de sua experiência, porque essa atividade, essa experiência, no momento em que convocam reelaboram esses valores, redescobrem, constantemente seu conteúdo e sua definição^{26:339-340}.

Trabalhar e, essencialmente, trabalhar no campo da saúde, é gerir variabilidades inerentes à produção do cuidado em saúde. A construção das redes de saúde está imbricada com a constatação da dimensão gestonária dos processos de trabalho das equipes em seus locais de atuação. Os resultados apontam para a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho. Relações de trabalho necessitam ser despertadas nos serviços de

saúde. O redescobrimento do próprio trabalho pelo trabalhador incide na compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade. Isto é fundamental para o estabelecimento de um trabalho em equipe.

O protocolo do pré-natal diz que tem que passar pelo médico, pela enfermeira e pelo dentista, isso é o que diz o protocolo. Só que aí a gente fez uma ‘consulta casada’ que a gente chamava. Então a paciente vinha para o grupo. O grupo éramos nós três mais as pacientes [...] E esses instrumentos que a gente criou porque foi uma necessidade que a gente via de ir muito além, não só no nível de protocolo do Ministério. Então a gente foi criando instrumento para poder trabalhar e todos falarem a mesma língua. Então esse [Protocolo do Ministério da Saúde] era o principal (E8).

[...] o que mudou muito foi depois que eu tive a minha filha [...] depois que eu tive a minha ‘vivência’ com o aleitamento materno, pré-natal certinho [...] poder trazer o que eu passei para elas e o que elas já tinham me passado para eu usar com a minha filha [...] Uma troca. Depois que tive a minha filha eu vejo como eu atendia antes, as consultas de puericultura, e como eu atendo depois dela [filha]. Então é uma troca maior depois que eu tive a minha filha. Eu pude ajudar mais elas e pegar coisas que elas passam para trazer para minha também. Isso gera uma troca bem grande (E17).

A estruturação e consolidação de espaços de problematização das realidades de trabalho, de educação em saúde e de educação permanente propiciam debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde. Tornam-se eixo condutor do processo de desenvolvimento de agir em competência e da produção do cuidado em saúde. Coloca-se em diálogo valores das partes envolvidas – trabalhador, aluno, serviço, instituições de ensino e de saúde, usuários, controle social.

Nós fazíamos [grupo de gestantes] uma vez por mês, mas vinham duas,

três, quatro, eventualmente vinham algumas mais. Daí com o comprometimento do colega, o ginecologista, elas começaram a vir. Porque é muita perda, né? Elas perdem dez horas, perdem várias coisas se elas faltam o serviço. Daí a gente montou um programa nesse grupo que envolvia nutricionista, enfermeira, dentista, psicólogo, médica do ESF. Então a gente fez assim vários grupos temáticos. Eu acho até que o último fui eu quem deu, aí já foi confraternização. E daí teve uma visita no hospital para elas conhecerem (E2).

Mas, no que se refere aos processos de educação permanente em saúde (EPS) enquanto debate de valores, não se encontrou relatos nos grupos focais que apresentassem práticas de EPS que problematizassem os processos de trabalho e produzissem mudanças na forma do cuidado. Raramente há protagonismo das equipes de saúde na organização dos processos e poucos trabalhadores se apropriam dos espaços gerenciais constituídos para este fim. As equipes defendem a importância da EPS para organização e planejamento de ações. As principais dificuldades relatadas relacionam-se a interromper atendimentos, comparações entre equipes, subutilização com informes administrativos e a não participação de todos os atores do cuidado.

Processos e práticas de educação permanente são frágeis, havendo grande dissociação entre os âmbitos da gestão, da educação e do cuidado^{27,28}. As equipes demandam às instituições de ensino superior atividades de capacitação na tentativa de suprir lacunas no conhecimento técnico²⁹. Neste sentido, seria imprescindível considerar o campo das práticas em saúde como cenário educativo³⁰. A EPS compreendida como *política* propriamente dita não prescinde de momentos específicos, mas está incluída no próprio cotidiano do processo de planejamento do trabalho, sendo necessário (...) superar um histórico de atendimento apenas aos processos de educação continuada dos trabalhadores do MS com base nas demandas individuais de capacitação, em detrimento de

ações de Educação Permanente em Saúde. [...] como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, ofertando ações coletivas de desenvolvimento aos trabalhadores, a partir dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho. [...] o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto. Ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, sua realidade e suas vivências^{31:5}.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ergologia é concebida como “*démarche*”^{32:106}, isto é, um processo de análise do trabalho, e uma “‘indisciplina’ no sentido de não ser nem uma disciplina universitária autônoma [...] nem uma profissão bem definida, mas sim uma abordagem pluridisciplinar de análise antropológica e de compreensão do trabalho no sentido de atividade humana [...]”, sendo um de seus postulados o fato de que “nenhuma transformação do trabalho e de sua organização, nenhuma melhoria das condições de trabalho pode ser pensada sem os próprios atores do trabalho, em colaboração com pesquisadores e especialistas do trabalho”^{33:3}. Portanto, propiciar que os trabalhadores assumam seu papel de protagonistas da atividade implicaria na reunião de saberes (prévios e adquiridos) e valores em busca de uma produção criativa no trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Di Ruzza R. Comprendre pour agir ou/et agir pour comprendre l’activité au cœur de l’action et de la recherche. *Conférence* 2010;53:160. doi:10.1017/CBO9781107415324.004

2. Schwartz Y, Durive L. (Orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007.
3. Di Ruzza R. Chapitre 1. L'analyse du travail, une démarche ergologique. *Trav. au XXIe siècle*. 2006;17. doi:10.3917/dbu.bouti.2006.01.0017.
4. Schwartz Y. Conhecer e estudar o trabalho. *Trabalho & Educação* 2015;24(3):83-89.
5. Fullerton JT, Ghérissi A, Johnson PG, Thompson JB. Competence and competency: core concepts for international midwifery practice. *Int. J. Childbirth* 2011;1(1):4-12.
6. Boreham N. A theory of collective competence: challenging the neo-liberal individualism of performance at work. *Br. J. Educ. Stud.* 2004;52(1):5-17. doi:10.1111/j.1467-8527.2004.00251.x.
7. Hampson I, Junor A. Putting the process back in: rethinking service sector skill. *Work. Employ. Soc.* 2010;24(3):526-545. doi:10.1177/0950017010371664.
8. Armstrong P. Puzzling skills: feminist political economy approaches. *La Société Can. Sociol.* 2013.
9. Schwartz Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. *Letras de Hoje* 2014;49(3):259-274.
10. Cunha DM. Agir em competência: notas sobre a abordagem ergológica. *Educ. Tecnol.* 2007;12(3):39-41.
11. Schwartz Y. A experiência é formadora? *Educação & Realidade* 2010;35(1):35-48.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011b. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ/AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável - PAB variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF 20 jul. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 15 de mar. 2013.
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2010. 205p.
15. Hollander JA. The social contexts of focus groups. 2004. doi:10.1177/0891241604266988.
16. Schwartz Y. Uso de si e competência. In: Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Eduff, 2010.
17. Griffiths L. Making connections: studies of the social organisation of healthcare. *Sociol. Health Illn.* 2003;25 :155-171. doi:10.1111/1467-9566.00345.
18. Davies C. Some of our concepts are missing: reflections on the absence of a sociology of organisations in *Sociology of Health and Illness*. *Sociol. Health Illn.* 2003; 25:172-190. doi:10.1111/1467-9566.00346.
19. May C. The clinical encounter and the problem of context. *Sociology* 2007;41(1):29-45. doi:10.1177/0038038507072282.
21. Schwartz Y, Durrive L. (Orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007.
22. Schwartz Y. Concepções da formação profissional e dupla antecipação. *Trabalho & Educação*, 2013; 22(3):17-33.
23. Schwartz Y. Conhecer e estudar o trabalho. *Trabalho & Educação* 2015;24(3):83-89.

24. Bertoncini JH, Pires DEP de, Scherer MD dos A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab. Educ. Saúde* 2011;9(supl.1):157-173.
25. Kappaun NRC, Oliveira SSS, Muniz HP. “Agir em competência” e cuidados paliativos: uma reflexão sobre o cuidar de pacientes terminais. *Ergologia* 2017; 18:147-172.
26. Schwartz Y, Durrive L. (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. 2. ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007. Cap. 1, p. 25-36.
27. Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: *Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015. P. 325-369.
28. Gomes JC, Toassi RFC, Warmling CM. O agir profissional de equipes de saúde e a atenção a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Saberes Plurais* 2016;1(1):81-94.
29. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer de, Bedos C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad. Saúde Pública* 2018;34(4):1-11.
30. Rocha ET da, Warmling CM. Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde. *Saberes Plurais* 2016;1(1):113-131.
31. Joazeiro EMG, Scherer MDA. Trabalho coletivo e transmissão de saberes na saúde: desafios da assistência e da formação. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2010;6(12):279-293.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos*. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.: il.
33. Le Bris R. Trabalho. *Laboreal* 2017;13(1):104-107.
<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiii0117rlb>

34. Entretien de la SELF avec Yves Schwartz. Mené en décembre 2017 par Jean-Claude Sperandio et Annie Drouin. <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2018/04/Schwartz-Yves.pdf>

Utilização de oficinas terapêuticas envolvendo leitura e dinâmicas como propostas de atuação multiprofissional em um CAPS

Use of therapeutic offices involving reading and dynamics as proposals for multiprofessional action in CAPS

Talleres para uso terapéuticos que implican lectura y acción dinámica como propuestas de acción en un CAPS multiprofesional

Vanessa Domingos de Morais¹
Miriam Cristina Leite Felix²
Sônia Maria Alencar Lima³
Maria Jaidete Jó Alves⁴

RESUMO:

Diante da reformulação do modelo assistencial proposta pela reforma psiquiátrica foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que através de uma equipe multiprofissional oferecem atividades terapêuticas, que visam à construção de novas maneiras de cuidar do usuário com transtorno mental. A realização de oficinas terapêuticas permite a possibilidade de expressar sentimentos de maneira saudável e criativa, estimulando a autoestima e a autoconfiança. Este trabalho trata-se de um estudo descritivo na modalidade de relato de experiência, a partir das atividades desenvolvidas por residentes de enfermagem, farmácia e nutrição nas oficinas terapêuticas realizadas no CAPS Caminhar no município de João Pessoa/PB. O trabalho objetivou promover o acesso ao conhecimento, a troca de ideias e a produção cultural através da leitura

¹ Universidade Federal de Campina Grande, Farmacêutica, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Faculdade de Ciências Médicas. Especialista em farmacologia e interações medicamentosas – UNINTER. Correspondência: vane.dm2010@gmail.com

² Universidade Federal da Paraíba, Enfermeira, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Faculdade de Ciências Médicas

³ Universidade Federal da Paraíba, Nutricionista, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- Faculdade de Ciências Médicas, Especialista em nutrição clínica-prática e terapia nutricional

⁴ Universidade Federal da Paraíba, Psicóloga, Diretora do CAPS Caminhar

de poesias e cordéis, utilização de músicas e dinâmicas. Foram utilizadas oficinas terapêuticas semanalmente, na qual participaram em média 35 usuários. A cada encontro percebíamos a importância do CAPS e das oficinas terapêuticas na produção do cuidado não apenas para eles, mas também para seus familiares. Conclui-se que a realização das oficinas terapêuticas são espaços enriquecedores por proporcionarem a construção de vínculos entre usuários, familiares e equipe do CAPS, permitindo, assim, que tanto o familiar como o paciente reorganizem sua rotina e também retornem suas atividades na sociedade.

Palavras-chave: Saúde mental, Saúde pública, Literatura, Sistema Único de Saúde, Educação em saúde.

ABSTRACT:

In view of the reformulation of the care model proposed by the psychiatric reform, the Psychosocial Care Centers (CAPS) were created through a multiprofessional team to offer therapeutic activities aimed at the construction of new ways of caring for the user with mental disorder. The realization of therapeutic workshops allows the possibility of expressing feelings in a healthy and creative way, stimulating self-esteem and self-confidence. This work is a descriptive study in the experience reporting modality, based on the activities developed by residents of nursing, pharmacy and nutrition in the therapeutic workshops held at CAPS Walk in the city of João Pessoa / PB. The aim of this work was to promote access to knowledge, exchange of ideas and cultural production through the reading of poetry and cords, use of music and dynamics. Therapeutic workshops were used weekly, in which an average of 35 users participated. At each meeting we realized the importance of CAPS and therapeutic workshops in the production of care not only for them, but also for their families. It is concluded that the realization of the therapeutic workshops are enriching spaces for providing links between users, families and CAPS staff, thus allowing both the family and the patient to reorganize their routine and also to return their activities in society.

Keywords: Mental health, Public health, Literature, Single Health System, Health education.

RESUMEN:

Después de la revisión del modelo de atención propuesto por la reforma psiquiátrica, se crearon los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) que a través de un equipo multiprofesional ofrecen actividades terapéuticas dirigidas a la construcción de nuevas formas de cuidar al usuario con trastorno mental. El logro de los talleres terapéuticos permite la posibilidad de expresar sentimientos de una manera sana y creativa, estimular la autoestima y la confianza en sí

mismo. Este trabajo es un estudio descriptivo sobre el modo de experiencia en la presentación de informes, a partir de las actividades desarrolladas por los residentes de hogares de ancianos, farmacia y nutrición en los talleres terapéuticos en el CAPS Caminar en la ciudad de João Pessoa/PB. El estudio tuvo como objetivo promover el acceso al conocimiento, el intercambio de ideas y la producción cultural a través de la lectura de poesías y la lectura de secuencia, de la música y de dinámicas. Talleres terapéuticos se utilizaron semanalmente, a los que asistieron un promedio de 35 usuarios. En cada reunión nos dimos cuenta de la importancia de los CAPS y talleres terapéuticos en la producción del cuidado no solo para ellos, sino también para sus familiares. Se llega a la conclusión de que la realización de talleres terapéuticos están enriqueciendo los espacios para proporcionar una construcción de vínculos entre los usuarios, los miembros de la familia y el equipo de los CAPS, lo que permite tanto a la familia y al paciente reordenaren su rutina y también volver a sus actividades en la sociedad.

Palabras clave: Salud Mental, Salud Pública, Literatura, Sistema de salud, Educación sanitaria.

1 INTRODUÇÃO

O processo de reforma psiquiátrica brasileira teve início no final dos anos 1970 e está inserido num movimento mundial pela superação da violência do modelo manicomial, que era predominantemente adotado como tratamento às pessoas com transtornos psiquiátricos. A partir desta reforma ocorreu a inserção dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, que tem como principal objetivo o cuidado com o sujeito para além dos transtornos mentais apresentados, proporcionando momentos de descontração e aprendizado para a vida em diferentes âmbitos: pessoal, social ou familiar, buscando a reinserção deste sujeito na sociedade.

Diante da reformulação do modelo assistencial, proposto pela reforma psiquiátrica em 1986, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que através de uma equipe multiprofissional oferecem diversos tipos de recursos terapêuticos que visam à construção de novas maneiras de cuidar do usuário em

saúde mental, através tanto do atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação, visitas domiciliares) como condutas terapêuticas coletivas (atendimento em grupo: oficinas e grupos terapêuticos, atendimento para a família), além de estarem abertos a uma série de ações para maior interação e inserção social do usuário com os equipamentos e serviços disponíveis na comunidade.¹

A realização de oficinas terapêuticas permite a possibilidade de expressar sentimentos de maneira saudável e criativa, com a valorização do potencial imaginativo e expressivo do usuário, estimulando a autoestima e a autoconfiança, apostando na reconstrução dos laços sociais, sem perder de vista o interesse singular de cada usuário, indo além do fazer, da ocupação do tempo e da assistência, constituindo um espaço de fazeres complexo, plural e de transversalidades de saberes. Dentre diversas atividades terapêuticas realizadas nestes grupos, estão atividades como danças, músicas, artesanato e terapias comunitárias, tornando-se um espaço de integração dos usuários entre si e com a sociedade.^{2, 3, 4}

Dessa forma, o CAPS chega com o objetivo de recuperar a autonomia do usuário em saúde mental, inserindo-o na sociedade e gerando alternativas para que essa inserção ocorra de maneira prazerosa para ambos.⁵

Esses espaços de cuidado e acolhimento proporcionam a construção e o fortalecimento de vínculos, pois o sujeito torna-se o foco principal, sendo visto em sua totalidade e subjetividade existencial com direitos humanos, individuais e civis respeitados. O cuidado e a autonomia vivenciada pelo usuário facilitam a adesão ao tratamento, influenciando também em seu crescimento pessoal. Essas relações de cuidado devem ser baseadas em princípios éticos devendo ser o resultado do acordo entre uma tríade, composta por profissionais, usuários e familiares, que devem sempre estar envolvidos no processo de tratamento.⁶

Toda essa construção tem como objetivo o empoderamento do sujeito, tornando-o capaz de ser o protagonista de sua própria vida e buscando, sobretudo, a reinserção social.⁶ Vasconcelos⁷ define empoderamento como "o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social".

Para alcançar esse objetivo, busca-se trabalhar com a clínica ampliada que, segundo a Cartilha Nacional de Humanização, é um trabalho clínico que visa o sujeito e à doença, à família e o contexto, tendo como finalidade produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade.⁸

Entre tantas outras atividades realizadas, a busca do conhecimento ao mundo literário e poético pode ser um instrumento capaz de promover a autonomia do sujeito acometido pelo sofrimento mental, proporcionando momentos de lazer e descontração, como também contribui para imaginação e desenvolvimento de atitudes críticas e reflexivas, uma vez que o leva a refletir, problematizar, reformular conceitos, rever posturas, especialmente, superar desafios a sua volta.

Tendo em vista a importância da leitura como forma de comunicação, expressão de pensamentos e sentimentos, realizamos momentos onde vivenciamos com os usuários a busca desse mundo ilimitado e transformador que é o da leitura através das oficinas terapêuticas, oportunizando o acesso à informação, ao conhecimento e à cultura, como também possibilitando o diálogo, a troca de experiências e a reflexão.

O trabalho objetivou promover o acesso ao conhecimento, à troca de ideias e à produção cultural através da leitura de poesias e cordéis, utilização de músicas e dinâmicas, na busca de proporcionar o prazer da aprendizagem, estimulando a criatividade e a expressão dos usuários e também promovendo a

reflexão dos temas abordados no seu contexto de vida, direcionando-os a perceberem a leitura e a música como uma ferramenta imprescindível no processo de interação, valorização e aperfeiçoamento da oralidade.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo na modalidade de relato de experiência, a partir das atividades desenvolvidas na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) - Instituída pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas, apoio da Universidade Federal da Paraíba e com incentivo do Ministério da Saúde e Educação, que objetiva auxiliar na consolidação do SUS, aumentando o poder de resolutividade das ações em saúde com ênfase nas necessidades e diversidades da realidade do território.

Este trabalho descreve a vivência/atuação das residentes de enfermagem, farmácia e nutrição nas oficinas terapêuticas realizadas no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Caminhar no município de João Pessoa/PB, sendo este classificado como tipo III que atende e trata portadores de transtornos mentais moderados e graves persistentes. A unidade possui seis leitos de observação para usuários que necessitem de acolhimento noturno ou de internações temporárias, que devem ser compreendidas como recurso terapêutico adicional, visando evitar as internações em hospitais psiquiátricos, promovendo uma atenção integral às pessoas que buscam este serviço.

Quanto ao método escolhido, foram utilizadas oficinas terapêuticas semanalmente, na qual participaram em média 35 usuários, onde foram empregados textos e dinâmicas que permitiram a reflexão e deixaram solta a imaginação dos usuários para associações e indagações, e que requereram a

utilização de recursos literários como cordéis, poesias e músicas. Para a execução das oficinas terapêuticas, foram utilizados os seguintes materiais: texto em cordéis, poesias, músicas, vídeos, cartolinas, resmas de papel A4, tintas para pintura, balões, lápis hidrocor e de pintura.

O público-alvo foram os usuários que estiveram presentes no CAPS Caminhar no mês de dezembro de dois mil e dezesseis e que se sentiram à vontade para participar das oficinas. Os temas das oficinas foram discutidos com o grupo de usuários, sendo construídos a cada encontro, diante dos aspectos identificados como de maior interesse para os mesmos. O transcorrer dos temas selecionados foram embasados em três pontos: 1º - Sensibilização do usuário para temática proposta - apresentação de cordéis, poesias, músicas e dinâmicas; 2º - Construção de ideias, através de perguntas que permitiram reflexão sobre atitudes cotidianas e relações subjetivas que o indivíduo traz; e 3º - Registro da temática proposta - expressão de atividades artísticas ou escritas tanto em produções individuais ou coletivas daquilo que o usuário observa e sente através dos textos e das dinâmicas apresentadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oficinas terapêuticas foram divididas em quatro encontros semanais, com duração de uma hora para cada intervenção realizada, com participação em média de 35 usuários, sendo desenvolvidas na sala de atividades em grupo onde a equipe de residentes multiprofissionais, que inclui enfermeiro, farmacêutico e nutricionista, recebeu apoio do oficineiro do CAPS Caminhar.

Nestas oficinas, o grupo multiprofissional atuou de modo a contemplar aspectos subjetivos demonstrados pelos usuários participantes e que foram evidenciados através de suas colocações à medida que as oficinas transcorreram.

Dentre as principais ações vivenciadas nestas oficinas, foram abordados: o contexto familiar, a troca de experiência, a formação de vínculos afetivos, a estimulação da verbalização de sentimentos e, especialmente, o cuidado humanizado e integral aos usuários valorizando os pequenos gestos no cuidar. Estudo realizado por Pereira; Rivera e Artmann⁹ enfatiza a importância deste trabalho em equipe multiprofissional, o qual promove a responsabilização compartilhada pela melhoria da qualidade de vida da população e do grupo assistido.

Essas oficinas terapêuticas são ambientes importantes para proporcionar a reabilitação de pessoas com transtornos mentais, e para que esse processo se concretize é necessário que se disponibilize meios pelos quais o usuário possa se expressar, organizar seus conteúdos e avançar no processo de autopercepção e autoconhecimento, tendo a necessidade de encontrar nestes locais pessoas que estejam dispostas a construir um espaço para a promoção da saúde e do bem estar coletivo, levando em consideração as possibilidades de construção de novas amizades.¹⁰

O desenvolvimento das oficinas deve ocorrer de maneira a ampliar a compreensão sobre o trabalho realizado em grupo, através da manifestação simbólica de conteúdos lúdicos, afetos e desejos, estimulando o desenvolvimento da autonomia criativa, resultando assim na descrição das observações, intervenções e reflexões realizadas nestas atividades tanto por profissionais quanto pelos usuários envolvidos.¹¹

No primeiro encontro, realizamos a dinâmica da “Caixa dos sentimentos”, providenciamos uma caixa contendo papeis com nomes de alguns sentimentos, como felicidade, perdão, esperança, saudade, carinho, bondade, paz, entre outros. Cada um deveria pegar um destes papeis e a partir daí propomos uma reflexão sobre os sentimentos, com o objetivo de que os usuários

manifestassem suas emoções e refletissem sobre os pontos negativos e positivos de cada palavra, relacionando-a com sua vida, suas lembranças, seus familiares, etc. Enquanto alguns falavam os demais se mostravam curiosos e um pouco inquietos para que chegasse a sua vez de falar. Foram relatadas diversas situações como abandono familiar, superação, internações, amizades. Para encerrar o momento, fizemos um cartaz com a palavra amor, e a partir daí buscamos trabalhar o envolvimento emocional da situação presente.

No segundo encontro iniciamos fazendo a leitura da poesia “Amizade” de Fernanda Goucher, e logo após pedimos para que eles desenhassem algo que representasse o que entenderam sobre o que havíamos lido e compartilhassem com todos os colegas presentes. E no final percebemos que todos, independente da condição cognitiva, tinham participado, e através dos desenhos expressaram atitudes de carinho uns com os outros. Muitos aproveitaram para fazer declarações de amizade para os colegas. Em seguida, colocamos a música “Amizade sincera” de Renato Teixeira para que todos se confraternizassem.

Para encerrar o encontro, fizemos a dinâmica “o balão dos sonhos” onde cada usuário recebeu um pequeno papel, sendo orientados a escrever um sonho que tivessem em um papel e colocá-lo dentro do balão, que deveria ser inflado, e em seguida deveriam ser jogados para cima e cada um deveria defender/cuidar do seu sonho que estava dentro dos balões, e no final revelaram o que tinham escrito. Todos sentiram-se bastante à vontade para falar aquilo que haviam escrito, e entre tantos sonhos que ouvimos, desde desejos materiais, alguns nos chamaram mais a atenção, como o de um usuário que queria ver o mar, e outra que queria falar com a mãe, porque segundo ela há anos que não tem contato nem por telefone. Segundo Ervedosa,⁶ estas oficinas de poesia proporcionam de forma geral a apropriação da história de vida, fazendo fluir seus sentimentos e seus medos, onde todos ouvem e são escutados.

Durante a terceira oficina terapêutica, realizada com a escolha da utilização de cordel como mecanismo de organização e direcionamento da dinâmica, os usuários escutaram o recitar do cordel “Um ano novo de esperança” de autoria de Bráulio Bessa. O cordel apresentou aos usuários, através de uma linguagem simples de entendimento e ampla nas interpretações de suas frases, o clima de final de ano que levou uma mensagem de reflexão dos sentimentos vividos no transcorrer de mais um ano na busca de preservar o que ocorreu de positivo, mas com a possibilidade de reinventar o mundo de maneira diferente, sem desconsiderar que todas as pessoas enfrentam dificuldades e que não são apenas de um indivíduo singular, mas que podem afetar a coletividade, porém a força e a fé interior podem transformar as pessoas individualmente e até coletivamente.

A partir daí todos os participantes foram estimulados a colocar no papel, de maneira livre para a abordagem da forma de expressão de seus sentimentos, o que a leitura do cordel os proporcionou em pensamentos, gestos, sentimentos ou qualquer outra forma de abordagem. Um conjunto de sentimentos, pensamentos e histórias foram aos poucos ganhando a interpretação interior de cada usuário e vindo à tona através da verbalização dessas sensações com o grande grupo ali formado. Assim, muitos demonstraram alguns de seus medos, outros a força e a vontade de enfrentar um novo ano de “cabeça e pensamento positivo” como mencionou um usuário, alguns demonstraram suas emoções de estarem se sentindo bem no ambiente do CAPS e quererem continuar fazendo “essas atividades boas”, outros se emocionaram e aproveitaram para fazer declarações de amor e afeto pelos colegas usuários e uma usuária pediu licença para agradecer e pedir: “que a família CAPS continue assim no ano que vem”.

Na última oficina terapêutica, realizamos a dinâmica “o feitiço contra o feiticeiro”, na qual iniciamos com o acolhimento dos usuários, pedindo para que

formassem um círculo e distribuimos papéis e lápis para cada participante, onde cada um escreveu uma tarefa que gostaria que seu companheiro da direita realizasse, sem deixá-lo ver. Após todos terem escrito, foi revelado que aquilo que foi desejado que o outro fizesse seria a própria pessoa que escreveu quem iria realizar. No primeiro momento foi demonstrado determinada surpresa por alguns participantes, mas logo em seguida levaram com ânimo e conseguiram desempenhar com alegria e bastante descontração, sendo estimulados pela equipe multiprofissional a valorizar o potencial criativo, imaginativo e expressivo. No final, foi apresentada a exposição de todos os registros artísticos desenvolvidos pelos usuários durante as oficinas anteriores e um vídeo de Deivison Pedroza, que se tratava de uma mensagem reflexiva e positiva sobre o Natal e o Ano Novo. Após este momento, foram feitas reflexões sobre o que esperar do Ano Novo e maneiras de buscar seus sonhos e projetos de vida.

De forma geral, as oficinas terapêuticas são estratégias de cuidado, que buscam a reabilitação psicossocial do indivíduo em sofrimento mental, sendo aberta para todos os usuários do CAPS, com o intuito do próprio usuário decidir se quer ou não participar das mesmas, sendo ajustado o seu projeto terapêutico singular, no qual este tem como intuito atender as demandas objetivas e subjetivas dos usuários, e por finalidade a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado. No decorrer das atividades, um ponto importante que se levou em consideração foi a participação ativa dos usuários, os quais a todo momento eram estimulados a verbalizar e expressar seus sentimentos, realizando perguntas para esclarecimentos das dinâmicas, demonstrando que a atenção e o diálogo são meios para criar um vínculo entre usuário e profissionais (cuidado e cuidador). Essa identificação é bastante relevante, pois estimula o usuário a sentir-se pertencente àquele local e às

pessoas (usuários e profissionais), gerando maiores avanços na adesão ao tratamento terapêutico.^{12, 13}

Dessa forma, consideram-se as oficinas terapêuticas como tecnologias valiosas no processo do cuidado, pois oportunizam, mediante o trabalho e a expressão artística, espaços de socialização, interação, (re)construção e (re)inserção social. Nelas, o sujeito, tem liberdade de se expressar, sendo capaz de lidar com seus medos e inseguranças, bem como de realizar trocas de experiências, auxiliando no impacto das mudanças em seu cotidiano.¹⁴

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto dos avanços da reformulação do modelo assistencial, proposto pela reforma psiquiátrica em 1986, os Centros de Atenção Psicossocial chegam para potencializar os serviços ofertados aos portadores de transtorno mental, visando à construção de novas maneiras de cuidar do usuário em saúde mental, sendo uma delas realizadas através das oficinas terapêuticas que demonstram ser um instrumento fundamental preparador que permite contato, socialização, aceitação, troca de vivências e reinserção do usuário no grupo familiar e social.

No decorrer das oficinas pôde-se observar várias vivências compartilhadas, e cada um tentou expressar aquilo que trazia de bom e ruim principalmente em relação à família e ao autocuidado, fazendo com que os colegas se comovessem, assim também como nós residentes e os profissionais ali presentes, pois cada relato não foi apenas um desabafo, mais algo que nos fez buscar semelhanças e valorizar o momento em que cada desenho ou cada palavra era uma troca de experiência e tinha um sentido que levava à superação.

A cada encontro percebíamos a importância do CAPS e das oficinas terapêuticas na produção do cuidado não apenas para eles, mas também para seus familiares. Essa experiência resultou em um fortalecimento do vínculo tanto dos usuários entre si como entre usuários e residentes, pois ao final de cada encontro eles avaliavam as atividades sempre como positivas, agradeciam e questionavam se iríamos voltar na semana seguinte. O clima era sempre de compartilhamento entre todos, já que o aprendizado era recíproco, pois enquanto levávamos um pouco de arte e cultura para eles, tínhamos como retorno os seus relatos e as histórias de vida que nos acrescentava enquanto seres humanos, avaliando os encontros sempre como enriquecedores.

Diante do que foi apresentado, conclui-se que a realização das oficinas terapêuticas são espaços enriquecedores por proporcionarem a construção de vínculos entre usuários, familiares e equipe do CAPS, permitindo assim que tanto o familiar como o paciente reorganiza sua rotina e também retorne suas atividades na sociedade, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães JC. Canto dos contos: o percurso de uma oficina de narração de histórias para adultos, no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial. 2013. 63 f. Trabalho de conclusão de curso (licenciatura – Educação Artística) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Artes. [Acesso em jan. 2017]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/119376>.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
3. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciênc. saúde coletiva. 2009;14(1):159-164.
4. Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. Esc Anna Nery.

2011;15(2):339-345.

5. Moraes SC, Meneghel SN. Oficinas de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Mal Estar e Subjetividade*. 2009; 9(4):1303-1322.

6. Ervedosa AC, Matos ML. De poeta e louco todo mundo tem um pouco. Oficina de poesia. *Revista do NUFEN*. 2009;1(2): 96-117.

7. Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empoderamento, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus. 2003:20-54.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

9. Pereira RC, Rivera FJ, Artmann E. O trabalho multiprofissional da Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(45):327-340.

10. Farias ID, Thofehrn MB, Kantorski LP. A oficina terapêutica como espaço relacional na atenção psicossocial. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2016; 11(2):1-13.

11. Ribeiro EC. Oficinas terapêuticas em saúde mental. Porto Alegre; 2007.

12. Valladares AC, Lappann-botti NC, Melo R, Kantorski L, Scatena MCM. Reabilitação Psicossocial através das Oficinas Terapêuticas e/ou Cooperativas Sociais. *Rev. Eletronica de enfermagem*. 2003;5(1): 4-9.

13. Boccardo AC, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Universidade de São Paulo*. 2011;22(1):85-92.

14. Mendonça TC. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Psicol. cienc. prof.* 2005;25(4): 626-635.

Use of therapeutic offices involving reading and dynamics as proposals for multiprofessional action in CAPS

Utilização de espaços terapêuticos envolvendo leitura e dinâmicas como propostas para ação multiprofissional no CAPS

Use of therapeutic offices involving reading and dynamics as proposals for multiprofessional action in CAPS

Vanessa Domingos de Moraes¹
Miriam Cristina Leite Felix²
Sônia Maria Alencar Lima³
Maria Jaidete Jó Alves⁴

RESUMO:

Diante da reformulação do modelo assistencial proposta pela reforma psiquiátrica foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que através de uma equipe multiprofissional oferece atividades terapêuticas, que visam à construção de novas maneiras de cuidar do usuário com transtorno mental. A realização de oficinas terapêuticas permite a possibilidade de expressar sentimentos de maneira saudável e criativa, estimulando a autoestima e a autoconfiança. Este estudo trata-se de um estudo descritivo na modalidade de relato de experiência, a partir das atividades desenvolvidas por residentes de enfermagem, farmácia e nutrição nas oficinas terapêuticas realizadas no CAPS Caminhar no município de João Pessoa/PB. O estudo objetivou promover o

¹ Universidade Federal de Campina Grande, Farmacêutica, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Faculdade de Ciências Médicas. Especialista em farmacologia e interações medicamentosas – UNINTER. Correspondência: vane.dm2010@gmail.com

² Universidade Federal da Paraíba, Enfermeira, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Faculdade de Ciências Médicas

³ Universidade Federal da Paraíba, Nutricionista, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade- Faculdade de Ciências Médicas, Especialista em nutrição clínica-prática e terapia nutricional

⁴ Universidade Federal da Paraíba, Psicóloga, Diretora do CAPS Caminhar

acesso ao conhecimento, a troca de ideias e a produção cultural através da leitura de poesias e cordéis, utilização de músicas e dinâmicas. Foram utilizadas oficinas terapêuticas semanalmente, na qual participaram em média 35 usuários. A cada encontro percebemos a importância do CAPS e das oficinas terapêuticas na produção do cuidado não apenas para eles, mas também para seus familiares. Conclui-se que a realização das oficinas terapêuticas são espaços enriquecedores por proporcionarem a construção de vínculos entre usuários, familiares e equipe do CAPS, permitindo, assim, que tanto o familiar como o paciente reorganizem sua rotina e também retornem suas atividades na sociedade.

Palavras-chave: Saúde mental, Saúde pública, Literatura, Sistema Único de Saúde, Educação em saúde.

ABSTRACT:

In view of the reformulation of the care model proposed by the psychiatric reform, the Psychosocial Care Centers (CAPS) were created through a multiprofessional team to offer therapeutic activities aimed at the construction of new ways of caring for the user with mental disorder. The realization of therapeutic workshops allows the possibility of expressing feelings in a healthy and creative way, stimulating self-esteem and self-confidence. This work is a descriptive study in the experience reporting modality, based on the activities developed by residents of nursing, pharmacy and nutrition in the therapeutic workshops held at CAPS Walk in the city of João Pessoa / PB. The aim of this work was to promote access to knowledge, exchange of ideas and cultural production through the reading of poetry and cords, use of music and dynamics. Therapeutic workshops were used weekly, in which an average of 35 users participated. At each meeting we realized the importance of CAPS and therapeutic workshops in the production of care not only for them, but also for their families. It is concluded that the realization of the therapeutic workshops are enriching spaces for providing links between users, families and CAPS staff, thus allowing both the family and the patient to reorganize their routine and also to return their activities in society.

Keywords: Mental health, Public health, Literature, Single Health System, Health education.

RESUMEN:

Después de la revisión del modelo de atención propuesto por la reforma psiquiátrica, se crearon los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) que a través de un equipo multiprofesional ofrecen actividades terapéuticas dirigidas a la

construcción de nuevas formas de cuidar al usuario con trastorno mental. El logro de los talleres terapéuticos permite la posibilidad de expresar sentimientos de una manera sana y creativa, estimular la autoestima y la confianza en sí mismo. Este trabajo es un estudio descriptivo sobre el modo de experiencia en la presentación de informes, a partir de las actividades desarrolladas por los residentes de hogares de ancianos, farmacia y nutrición en los talleres terapéuticos en el CAPS Caminar en la ciudad de João Pessoa/PB. El estudio tuvo como objetivo promover el acceso al conocimiento, el intercambio de ideas y la producción cultural a través de la lectura de poesías y la lectura de secuencia, de la música y de dinámicas. Talleres terapéuticos se utilizaron semanalmente, a los que asistieron un promedio de 35 usuarios. En cada reunión nos dimos cuenta de la importancia de los CAPS y talleres terapéuticos en la producción del cuidado no solo para ellos, sino también para sus familiares. Se llega a la conclusión de que la realización de talleres terapéuticos están enriqueciendo los espacios para proporcionar una construcción de vínculos entre los usuarios, los miembros de la familia y el equipo de los CAPS, lo que permite tanto a la familia y al paciente reordenaren su rutina y también volver a sus actividades en la sociedad.

Palabras clave: Salud Mental, Salud Pública, Literatura, Sistema de salud, Educación sanitaria.

1 INTRODUCTION

The process of Brazilian psychiatric reform began in the late 1970s and it is part of a global movement to overcome violence in the asylum model, which was predominantly adopted as a treatment for people with psychiatric disorders. From this reform, the substitution services were inserted into the hospital-centered model, which has as main objective the care of the subject beyond the mental disorders presented, providing moments of relaxation and learning for life in different spheres: personal, social or family, seeking the reinsertion of this subject into society. In view of the reformulation of the care model proposed by the psychiatric reform in 1986, the Psychosocial Care Centers (CAPS) were

created through a multiprofessional team offering several types of therapeutic resources which aimed at the construction of new ways of caring for the mental health user, both through individual care (prescription drugs, psychotherapy, counseling, home visits) and collective therapeutic behavior (group care: workshops and therapeutic groups, family care), besides being open to a series of actions for greater interaction and social insertion of the user with the equipment and services available in the community.¹

The execution of therapeutic workshops allows the possibility of expressing feelings in a healthy and creative way, valuing the user's imaginative and expressive potential, stimulating self-esteem and self-confidence, betting on the reconstruction of social bonds, without losing sight of the unique interest of each user, going beyond doing, occupying time and care, constituting a space of complex, plural and transversal activities of knowledge. Among the several therapeutic activities carried out in these groups, there are activities such as dances, music, handicrafts and community therapies, becoming a space for integrating users between themselves and with society.^{2, 3, 4}

Thus, the CAPS has the objective of recovering the autonomy of the user in mental health, introducing them into the society and creating alternatives so that this insertion occurs in a pleasurable way for both.⁵

These spaces of care and embracement provide the building and strengthening of bonds, for the subject becomes the main focus, being seen in its totality and existential subjectivity with respected human, individual and civil rights. Care and autonomy experienced by the user facilitate adherence to treatment, also influencing personal growth. These care relationships should be based on ethical principles and should be the result of the agreement between a

triad, composed of professionals, users and family members, who should always be involved in the treatment process.⁶

All this construction aims at the subject empowerment, making them capable of being the protagonist of their own life and seeking, above all, social integration.⁶ Vasconcelos⁷ defines empowerment as "the enhancement of the personal and collective power of individuals and social groups in interpersonal and institutional relations, especially those subjected to oppressive relations and social domination".

To achieve this goal, it works with the expanded clinic which, according to the National Humanization Booklet, is a clinical work that aims at the subject and the illness, the family and the context, aiming to produce health and increase the autonomy of the subject, family and community.⁸

Among many other performed activities, the search for knowledge in the literary and poetic world can be an instrument capable of promoting the autonomy of the subject affected by mental suffering, providing moments of leisure and relaxation, as well as contributing to the imagination and development of critical and reflexive attitudes, since it leads them to reflect, to problematize, to reformulate concepts, to review postures, especially, to overcome challenges around them.

Given the importance of reading as a form of communication, expression of thoughts and feelings, we hold moments where we experience with users the search for an unlimited and transformative world that is the reading through therapeutic workshops, giving access to information, knowledge and culture, as well as enabling dialogue, exchange of experiences and reflection.

The work aimed at promoting access to knowledge, exchange of ideas and cultural production through the reading of poetry and cordel literature, use of music and dynamics, seeking to provide the pleasure of learning, stimulating the creativity and expression of users and also promoting the reflection of the themes addressed in their life context, directing them to perceive reading and music as an essential tool in the process of interaction, appreciation and improvement of orality.

2 METHODOLOGY

The present work is a descriptive study in the experience reporting modality, based on the activities developed at the Multiprofessional Residency in Family and Community Health (RMSFC – “Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade”, in Portuguese) – Established by the Municipal Health Department of João Pessoa, in partnership with the College of Medical Sciences, support of the Federal University of Paraíba and with encouragement from the Ministry of Health and Education, whose objective is to help in the consolidation of SUS, increasing the resolving power of health actions with emphasis on the needs and diversities of the reality of the territory.

This paper describes the experience/performance of nursing, pharmacy and nutrition residents in the therapeutic workshops held at the Psychosocial Care Center - “Caminhar” CAPS in João Pessoa/PB, being classified as type III that serves and treats patients with moderate and severe persistent mental disorders. The unit has six observation beds for users who need night care or temporary hospitalizations, which should be understood as an additional

therapeutic resource, aiming at avoiding hospitalizations in psychiatric hospitals, promoting comprehensive care for those who seek this service.

Regarding the method chosen, the therapeutic workshops happened weekly, in which 35 users participated, in which texts and dynamics were used, which allowed reflection and let the users' imagination loose for associations and inquiries, that required the use of literary resources such as cordel literature, poetry and songs. For the execution of the therapeutic workshops, the following materials were used: text in cordel literature, poetry, music, videos, paperboard, sheets of A4 paper, paint for painting, balloons, markers and colored pencils.

The target audience was the users who were present at the “Caminhar” CAPS in December of two thousand and sixteen and who felt comfortable to participate in the workshops. The workshops themes were discussed with the users group, being built at each meeting, in view of the aspects identified as being of most interest to them. The course of the selected themes were based on three points: 1st- User sensitization for the proposed theme -presentation of cordel literature, poetry, songs and dynamics; 2nd - Construction of ideas through questions that allowed reflection on daily attitudes and subjective relationships that the individual brings; and 3rd - Register of the proposed theme -expression of artistic or written activities in individual or collective productions of what the user observes and feels through the texts and dynamics presented.

3 RESULTS AND DISCUSSION

The therapeutic workshops were divided into four weekly meetings, with a duration of one hour for each intervention, with an average participation

of 35 users, being developed in the group activities room where the multiprofessional residents team, which includes a nurse, a pharmacist and a nutritionist, received support from the “Caminhar” CAPS workshop.

In these workshops, the multiprofessional group acted in order to contemplate the subjective aspects demonstrated by the participating users and that were evidenced through their opinions as to the measure that the workshops took place. Among the main actions taken in these workshops, it was discussed: family context, experience exchange, the formation of affective bonds, the stimulation of the verbalization of feelings and, especially, the humanized and comprehensive care to the users valuing the small gestures in the care. A study conducted by Pereira; Rivera and Artmann⁹ emphasizes the importance of this work in a multiprofessional team, which promotes shared responsibility for improving the quality of the population life and of the assisted group.

These therapeutic workshops are important environments for the rehabilitation of people with mental disorders, and for this process to happen it is necessary to provide means by which the user can express themselves, organize their contents and advance in the process of self-perception and self-knowledge, having the need to find in these places people who are willing to build a space for the promotion of health and collective well-being, taking into account the possibilities of building new friendships.¹⁰

The workshops development must occur in a way that broadens the understanding of group work through the symbolic expression of ludic content, affections and desires, stimulating the development of creative autonomy, resulting in a description of the observations, interventions and reflections carried out in these activities both by professionals and by the users involved.¹¹

In the first meeting, we had the "Box of feelings" dynamic, in which we provide a box containing papers with names of some feelings, such as happiness, forgiveness, hope, longing, affection, kindness, peace, among others. Each one should take one of these papers and from there we propose a reflection on the feelings, with the objective of having the users express their emotions and reflect on the negative and positive aspects of each word, relating it to their life, their memories, their families, etc. While some spoke, the others showed themselves curious and a little restless for their turn to speak. Several situations have been reported such as family abandonment, overcoming, hospitalizations, friendships. To close the moment, we made a poster with the word love, and from there we seek to work the emotional involvement of the present situation.

In the second meeting, we started by reading the poem "Friendship" by Fernanda Goucher, and afterwards we asked them to draw something that represented what they understood about what we had read and share it with all the people present. And, in the end, we realized that everyone, regardless of the cognitive condition, had participated, and through the drawings expressed caring attitudes towards one another. Many took the opportunity to make friendly statements to their workshop fellows. Then, we played the song "Amizade sincera" by Renato Teixeira so that everyone could get together.

To close the meeting, we made the "dream balloon" dynamic, in which each user received a small piece of paper, being instructed to write a dream they had on the paper and put it inside the balloon, which should be inflated, and then be thrown up and each one should defend/take care of their dreams that were inside the balloons, and in the end, they revealed what they had written. Everyone felt quite comfortable to speak about what they had written, and among

the many dreams we have heard, from material desires, some were more interesting, such as a user who wanted to see the sea, and another one who wanted to talk to her mother because, according to her, she has not been in touch for years not even by the phone. According to Ervedosa,⁶ these workshops of poetry generally provide the appropriation of the history of life, making their feelings and fears flow, in which everyone listens and is heard.

During the third therapeutic workshop, conducted with the choice of cordel literature as a mechanism for organizing and directing the dynamics, the users listened to the recitation of the "Um ano novo de esperança" cordel by Bráulio Bessa. The cordel presented to the users, through a simple language of understanding and broad in their sentences interpretations, the end-of-year climate that led to a message of reflection of the feelings experienced in the course of another year in the search of preserving what happened positively, but with the possibility of reinventing the world in a different way, without disregarding that all people face difficulties and that they are not only a singular individual but that they can affect the collective, but inner strength and faith can transform people individually and even collectively.

From then on, all the participants were encouraged to put on the paper, in a free way, to approach the form of expression of their feelings, what the cordel literature reading gave them in thoughts, gestures, feelings or any other form of approach. A set of feelings, thoughts and stories gradually gained the inner interpretation of each user and came to light through the verbalization of these sensations with the large group formed there. Thus, many demonstrated some of their fears, others the strength and willingness to face a new year of "positive head and thinking" as one user mentioned, some showed their emotions

of feeling good in the CAPS environment and wanting to continue doing “these good activity”, others felt emotional and took the opportunity to make statements of love and affection by fellow users and a user asked for permission to thank and ask: "May the CAPS family continue like this next year."

In the last therapeutic workshop, we performed the dynamic "the spell against the sorcerer", in which we began with the welcoming of the users, asking them to form a circle, then we distributed pieces of paper and pencils to each participant, in which each one wrote a task they would like their right-side partner to perform without letting them see. After everyone wrote it, it was revealed that what they desired the other to do, would be for the person who wrote it to perform. In the first moment, a certain surprise was demonstrated by some participants, but soon after they took the courage and were able to play with joy and much relaxation, being stimulated by the multiprofessional team to value the creative, imaginative and expressive potential. In the end, it was presented the exhibition of all the artistic records developed by the users during the previous workshops and a video of Deivison Pedroza, which contained a positive and reflective message about Christmas and New Year. After this moment, reflections were made on what to expect from the New Year and ways to pursue their dreams and life projects.

In general, the therapeutic workshops are care strategies that seek the psychosocial rehabilitation of the individual in mental suffering, being open to all the CAPS users, with the intention of the user to decide whether or not to participate in them, being adjusted their individual therapeutic project, which aims to meet the objective and subjective demands of the users, and that has as purpose the production of their autonomy and appropriation of their care process.

In the course of the activities, an important point that was taken into consideration was the active participation of the users, who all the time were encouraged to verbalize and express their feelings, asking questions to clarify the dynamics, demonstrating that the attention and the dialogue are the means to create a link between users and professionals(patient and caregiver). This identification is very relevant, since it stimulates the user to feel as if they belong to that place and to the people (users and professionals), creating greater advances in the adherence to the therapeutic treatment.^{12, 13}

Thus, the therapeutic workshops are considered valuable technologies in the care process, as they provide, through work and artistic expression, spaces for socialization, interaction, (re)construction and social (re)insertion. In these workshops, the subject is free to express themselves, being able to deal with their fears and insecurities, as well as to make exchanges of experiences, helping in the changes impact in their daily lives.¹⁴

4 FINAL CONSIDERATIONS

In the context of the advances in the reformulation of the care model proposed by the psychiatric reform in 1986, the Psychosocial Care Centers come to potentiate the services offered to those with mental disorders, aiming at the construction of new ways of caring for the user in mental health, one of them being carried out through the therapeutic workshops that prove to be a fundamental preparatory instrument that allows contact, socialization, acceptance, exchange of experiences and reinsertion of the user in the family and social group.

In the course of the workshops, we were able to observe several shared experiences, and each one tried to express their good and bad feelings, especially in relation to family and self-care, making their colleagues feel touched, as well as residents and professionals who were there, for each report was not just an unburden, but something that made us seek similarities and value the moment when each drawing or each word was an exchange of experience and had a meaning that led to overcoming.

At each meeting, we realized the importance of CAPS and of the therapeutic workshops in the production of care not only for them, but also for their families. This experience resulted in a bond strengthening between users and among users and residents, because at the end of each meeting they evaluated the activities always as positive, thanked and asked if we would return the following week. The climate was always of sharing among everyone, since the learning was reciprocal, because while we took some art and culture for them, we had as feedback their reports and the life stories that made us grow as human beings, evaluating the encounters always as enriching.

In view of what has been presented, it is concluded that the development of the therapeutic workshops are enriching spaces for creating bonds between users, families and the CAPS staff, allowing both the family and the patient to reorganize their routine and also to return to their activities in society, providing a better quality of life.

REFERENCES

1. Guimarães JCSB. Canto dos contos: o percurso de uma oficina de narração de histórias para adultos, no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial.

2013. 63 f. Trabalho de conclusão de curso (licenciatura – Educação Artística) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Artes. [Acesso em jan. 2017]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/119376>>.

2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
3. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(1):159-164.
4. Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc Anna Nery*. 2011;15(2):339-345.
5. Moraes SCC, Meneghel SN. Oficinas de contos e narrativas: produções discursivas de cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Mal Estar e Subjetividade*. 2009; 9(4):1303-1322.
6. Ervedosa AC, Matos ML. De poeta e louco todo mundo tem um pouco. *Oficina de poesia. Revista do NUFEN*. 2009;1(2): 96-117.
7. Vasconcelos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empoderamento, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus. 2003:20-54.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
9. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional da Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(45):327-340.
10. Farias ID, Thofehrn MB, Kantorski LP. A oficina terapêutica como espaço relacional na atenção psicossocial. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 2016; 11(2):1-13.
11. Ribeiro EC. Oficinas terapêuticas em saúde mental. Porto Alegre; 2007.

12. Valladares ACA, Lappann-botti NC, Melo R, Kantorski L, Scatena MCM. Reabilitação Psicossocial através das Oficinas Terapêuticas e/ou Cooperativas Sociais. Rev. Eletronica de enfermagem. 2003;5(1): 4-9.

13. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Universidade de São Paulo. 2011;22(1):85-92

14. Mendonça TCP. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. Psicol. cienc. prof. 2005;25(4): 626-635.

13. Boccardo AC, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Universidade de São Paulo. 2011;22(1):85-92

14. Mendonça TC. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. Psicol. cienc. prof. 2005;25(4): 626-635.

MEMBERS



NESP
NÚCLEO DE ESTUDOS
EM SAÚDE PÚBLICA
— CEAM/UnB —

