

Série Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

**Interiorização
da Educação e
Repercussão na
Formação Profissional**

editora



redeunida

Izabella Barison Matos
Maria Conceição Oliveira

Organizadoras

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaína Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Foto da capa

Araucária na pele, Lages no coração/Acervo pessoal de Izabella Barison Matos

Projeto gráfico – Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão de Língua Portuguesa

Silvana Silva Arruda

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

M433i

Matos, Izabella Barison

Interiorização da Educação e Repercussão na Formação

Profissional / Izabella Barison Matos, Maria Conceição Oliveira,
organizadoras. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

263 p. – (Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade ; 1)

ISBN: 978-85-66659-55-9

DOI: 10.18310/9788566659559

1. Saúde Coletiva. 2. Integralidade em Saúde. 3. Atenção Primária em Saúde. 4. Saúde do Trabalhador. 5. Saúde da Família. I. Oliveira, Maria Conceição. II. Título. III. Série.

CDU: 614

NLM: WA900

Biblioteca responsável: Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Copyright © 2016
by Izabella Barison
Matos, Maria
Conceição Oliveira.

Série Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

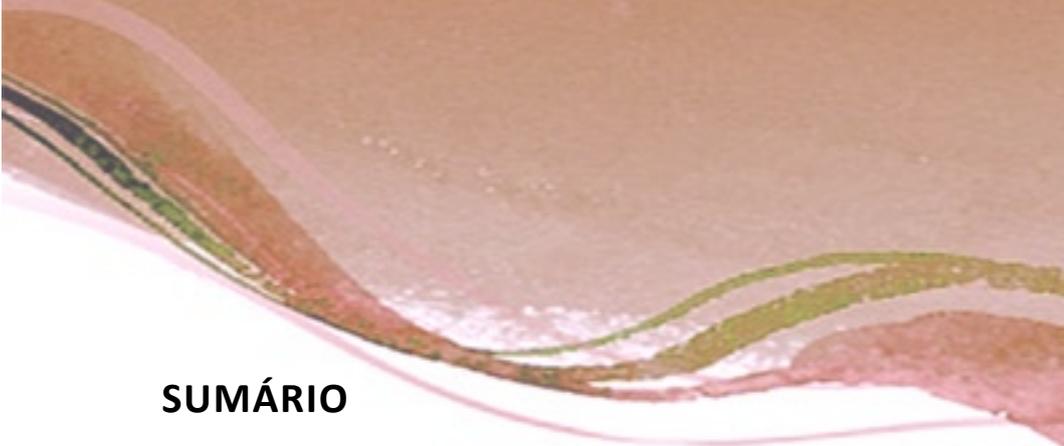
Izabella Barison Matos
Maria Conceição Oliveira
Organizadoras

**Interiorização da Educação e Repercussão
na Formação Profissional**

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, 498 - CEP 90620-110 – Porto Alegre/RS – Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Izabella Barison Matos e Maria Conceição de Oliveira.....7

CAPÍTULO I

DIMENSÕES DA SAÚDE: ampliando o olhar sobre integralidade e a centralidade de dados populacionais

REFLETINDO SOBRE INTEGRALIDADE: percepções e práticas dos profissionais de nível superior que atuam na estratégia de saúde da família

Fabiana Medeiros Branco, Marina Patrício Arruda e Fernanda de Matia.....15

POR UM ATENDIMENTO INTEGRAL EM SAÚDE: equipe de trabalho ou trabalho em equipe

Angela Carla Ghizoni, Marina Patrício de Arruda, Kathie Njaine e Jossara Cattoni Araldi.....39

AUTOMEDICAÇÃO EM POPULAÇÃO DA SERRA CATARINENSE

Marli Adelina Souza, Anelise Viapiana Masiero, Eduardo de Souza Andrade, Fernanda Cristina de Augustinho, Jean Carlos Antunes dos Santos, Juliano Puccini Vieira, Mara Cristina Lode, Maycon Tadei Flores, Rodrigo Comnisky, Samuel Antonio Freitas, Vanessa Bonfanti e Vanessa Pillon Engroff.....63

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA POPULAÇÃO ADULTA ATENDIDA POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE LAGES - SC: transtornos mentais em população adulta do sul do Brasil

Anderson Stevens, Aline Gabriele Melo de Andrade e Gino Chaves da Rocha.....81

USO DE CHUPETA: estudo de base populacional em um município de médio porte no sul do Brasil
Gisela Ana Cislaghi, Antônio Fernando Boing, Giana Zarbato Longo, Karen Glazer Peres e Izabella Barison Matos.....107

CAPÍTULO II

PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA RESIDÊNCIA: diálogos sobre cidadãos e equipes de saúde

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA COMUNIDADE DA SERRA CATARINENSE

Janaina Carla Santana Lima, Anelise Viapiana Masiero e Silvia Cardoso Bittencourt.....131

PREVALÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO BRASIL

Caroline Colla Viana e Maria Conceição de Oliveira.....151

ATUAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: entre a percepção de usuários de uma unidade de saúde da família e a legislação da especialidade: estudo na serra catarinense

Priscila Bacchetti Cezar e Izabella Barison Matos.....169

CAPÍTULO III

RELAÇÕES TERRITORIAIS, COMPLEXIDADE DE PROBLEMAS AMBIENTAIS E SAÚDE DO TRABALHADOR

EDUCAÇÃO AMBIENTAL E USO DO SOLO EM ÁREAS DE AFLORAMENTO DO AQUÍFERO GUARANI

Lucia Ceccato de Lima, Maria Sueli Heberle Mafra e Tássio Dresch Rech.....195

GARIS, TRABALHO & SATISFAÇÃO: uma relação possível?

Líliã Aparecida Kanan, Everley Rosane Goetz, Ana Caroline da Silva e Rosemary Alves de Marafijo.....221

SOBRE OS AUTORES.....255

APRESENTAÇÃO

Neste trabalho há 10 manuscritos inéditos, que são desdobramentos de dissertações de duas turmas do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Saúde Coletiva e, também, de artigos originários da Residência Médica – Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Com 56 anos de existência, somente em 1999 foi reconhecida como Universidade e passou a fazer parte da Associação Catarinense das Fundações Educacionais (ACAFE), que congrega fundações criadas por lei municipal, como o caso da UNIPLAC e pelo Estado, como o da Universidade de Santa Catarina (UDESC).

É importante registrar que, com essa iniciativa, na década de 50, na Serra Catarinense iniciou-se o processo de interiorização do ensino nos seus diferentes níveis, de forma gradativa e somente em 2006 foram criados mestrados próprios. Naquele ano, foi criado o Mestrado em Saúde Coletiva com área de concentração em Epidemiologia e Saúde e Sociedade, autorizado pelo Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina, que contou com duas turmas em 2008 e em 2009.

A principal missão do mestrado era capacitar profissionais para o exercício da docência, da pesquisa e da gestão de serviços de saúde, numa perspectiva interdisciplinar, considerando as necessidades de saúde

e o perfil epidemiológico da população, com ênfase nos determinantes sociais, econômicos e culturais das doenças e agravos à saúde. O mestrado visava ainda, contribuir para a melhoria das precárias condições de saúde da população (agravadas pela frágil estrutura econômica e produtiva da região), por meio de ações concretas e intervenções sobre a realidade local e regional, bem como para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como estratégia para atingir o objetivo geral do mestrado foi realizado um inquérito epidemiológico, intitulado “Autoavaliação das condições de saúde e fatores associados: estudo de base populacional em adultos de Lages, SC, 2007.” Este contou com a participação de discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UNIPLAC, do corpo docente do referido Programa e de alunos dos cursos de graduação. Na sequência, foram criados: o Programa de Residência Médica – Medicina de Família e Comunidade, iniciado em 2008; e o Programa de Residência Multiprofissional de Saúde, em 2009.

Ambas as especializações da UNIPLAC, que se valeram da experiência acumulada do Mestrado em Saúde Coletiva, tanto em relação à tecnologia de execução de pesquisas, quanto no caso da elaboração de artigos científicos. Residentes, orientados por docentes do mestrado, elaboraram e executaram projetos de pesquisa privilegiando temas que refletissem a atuação profissional direcionada à Atenção Primária em Saúde (APS). Esses processos foram exitosos e seguiram-se de outra etapa, cujo objetivo foi a socialização desses resultados e a produção de análises reflexivas: docentes, residentes e estudantes tiveram a oportunidade de vivenciar formação profissional inovadora em diferentes cenários.

O que ficou? A possibilidade de proporcionar a criação de novas relações de compromisso e cooperação

entre estudantes, docentes, gestores de saúde, instituições de ensino superior e movimentos sociais; a iniciativa oportunizou maior qualificação, por meio de pesquisas visando proporcionar novo *habitus* profissional; promoveu aproximações entre os diferentes níveis de ensino (graduação, residência/especialização e mestrado); instigou questionamentos sobre a própria formação; capacitou para a investigação científica em Atenção Primária em Saúde (APS); fortaleceu a parceria entre ensino (UNIPLAC), serviço (Secretaria Municipal de Saúde de Lages) e comunidade; produziu conhecimento acerca dos temas que foram objeto das pesquisas, a fim de subsidiar o enfrentamento de tais problemas de saúde da população; disponibilizou resultados para a criação de uma “série histórica” (banco de dados e de informações) tendo em vista o acompanhamento e busca de soluções dos principais problemas de saúde da população.

Registre-se que o empenho nessa parceria pressupõe grande articulação entre a universidade (UNIPLAC) e a rede de serviços públicos de saúde de Lages (SMS), que vem consolidando-se cotidianamente, como por exemplo, o Projeto PET Redes de Atenção à Saúde (SGETS/MS), realizado de agosto de 2013 a agosto de 2015 e que envolveu todos os cursos da área de saúde da Uniplac, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e as instituições públicas e filantrópicas dos diversos níveis da atenção à saúde de Lages.

Em relação à UNIPLAC, como instituição executora do Inquérito Epidemiológico de Base Populacional, destaca-se o trabalho e a inserção, nos diferentes cenários de aprendizagem, dos docentes da área da saúde coletiva, cujo suporte acadêmico-científico e de planejamento foi, nessas experiências, um grande diferencial. Muito já se escreveu sobre a inadequação da formação dos profissionais em

saúde. Iniciativas centradas na reflexão sobre a formação específica, recomendada pelos documentos legais e demais normatizações voltadas à APS, envolvendo três níveis de ensino, ainda são tímidas. A formação com tais características parece depender muito mais da vontade de alguns gestores (educação e saúde) bem intencionados do que de alguma compreensão de muitos. Cabe, portanto, a todos os envolvidos no processo, buscar estratégias responsivas para essas lacunas no seu itinerário profissional enquanto egressos comprometidos com os objetivos centrais de sua formação.

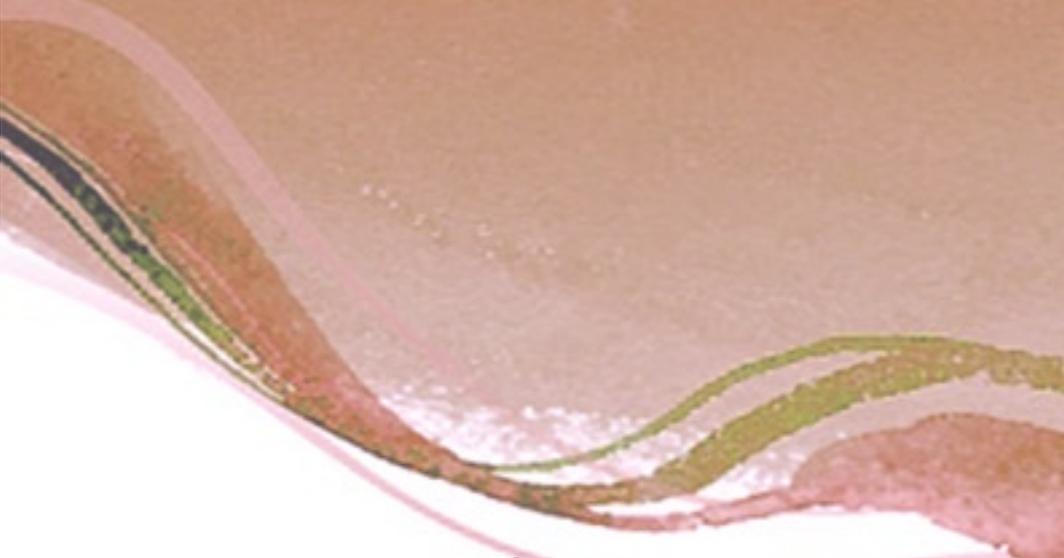
Os três capítulos são compostos por artigos nas seguintes temáticas: Capítulo 1 – DIMENSÕES DA SAÚDE: ampliando o olhar sobre integralidade e a centralidade de dados populacionais – contemplando a percepção de profissionais de equipes de saúde da família, enfatiza a importância de discussão acerca do tema da integralidade no cotidiano das práticas das equipes de saúde da família. Além disso, evidencia a centralidade de resultados de pesquisas que contemplem dados advindos, neste caso, de inquérito de base populacional, uma vez que há inúmeros aspectos que podem subsidiar as linhas de cuidados prioritárias e que são trazidas à luz a partir de situações e problemas de saúde específicos.

O Capítulo 2 – PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA RESIDÊNCIA: diálogos sobre cidadãos e equipes de saúde – contempla três artigos, frutos de trabalhos de final de curso de residentes de Medicina de Família e Comunidade, demonstra as múltiplas possibilidades de pesquisa e contribui para ampliar, no processo de formação e educação profissional, a interlocução entre os atores sociais envolvidos na assistência e no cuidado à saúde.

O Capítulo 3 – RELAÇÕES TERRITORIAIS, COMPLEXIDADE DE PROBLEMAS AMBIENTAIS E SAÚDE DO TRABALHADOR – contempla dois estudos que apresentam a importância da abordagem interdisciplinar para objetos complexos de pesquisa, como aqueles situados na interface entre ambiente e saúde, com metodologias criativas e inovadoras.

Lages (SC), Outono de 2016

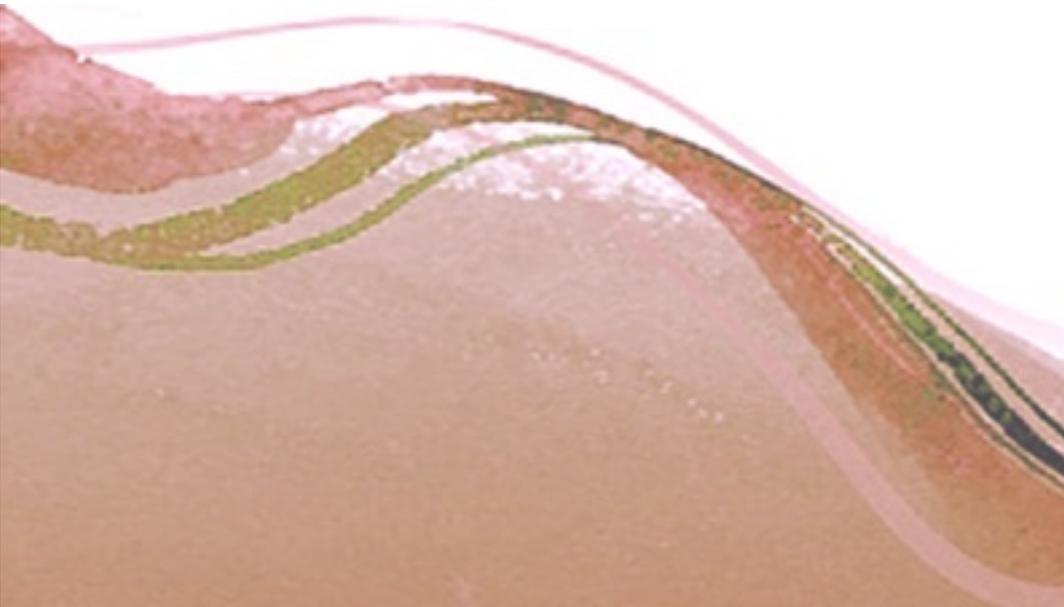
*Izabella Barison Matos (UFFS)
Maria Conceição de Oliveira (UFFS)
Organizadoras*

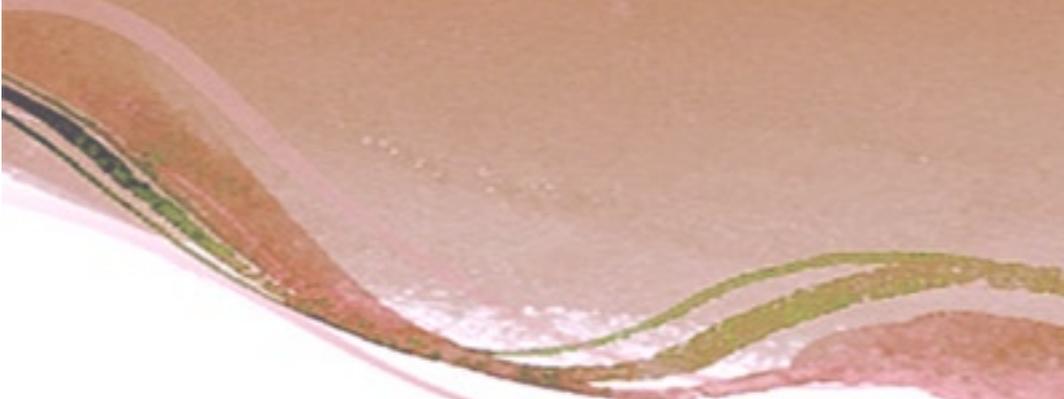


CAPÍTULO I

DIMENSÕES DA SAÚDE

AMPLIANDO O OLHAR SOBRE INTEGRALIDADE E
A CENTRALIDADE DE DADOS POPULACIONAIS





REFLETINDO SOBRE INTEGRALIDADE:
percepções e práticas dos profissionais de
nível superior que atuam na estratégia de
saúde da família

*Fabiana Medeiros Branco
Marina Patrício Arruda
Fernanda de Matia*

Introdução

Todas as ações e serviços que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado com a Lei nº 8.080/90, devem ser desenvolvidos de acordo com diretrizes e princípios previstos no artigo 198 da Constituição Federal: universalidade, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e participação. Entretanto, a operacionalização dos princípios e diretrizes supracitados não é uma tarefa simples, pois visa reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional. Para tanto, o Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família – PSF, que passou à Estratégia de Saúde da Família – ESF, regulamentado pela Portaria nº 648/GM de 2006, reafirmando princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A ESF representa uma concepção de atenção à saúde focada na família e comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade.

Nesse contexto, como integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, e levando em consideração a atuação na ESF, pudemos perceber na prática que os princípios que regem o SUS são, por vezes, esquecidos por aqueles que efetivam o sistema. O princípio da integralidade, que no texto da Constituição Federal destaca-se como “atendimento integral” (BRASIL. CONGRESSO NACIONAL, 1988, art. 198), seria um deles. Entretanto, espera-se que a formação de nível superior cumpra seu papel no sentido de possibilitar reflexões mais amplas e articuladas às premissas da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), na discussão dos desafios e obstáculos à implementação do SUS, em especial, do princípio da integralidade.

A busca pela construção de práticas de atenção integral à saúde deveria acontecer no cotidiano dos profissionais em cada atendimento prestado, só assim teríamos uma assistência qualificada, capaz de atender o indivíduo em sua totalidade, respeitando seus direitos e valores. Entretanto, a integralidade como alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação (FONTOURA; MAYER, 2006), nem sempre se concretiza.

Embora sejam muitos os avanços obtidos no setor da saúde, diversas razões ainda dificultam a efetivação de um sistema que sirva às necessidades da população. Capra (1986), ao discutir novos rumos para a saúde, destaca o paradigma holístico como possibilidade de ampliação do

olhar profissional. Para tanto, enfatiza a necessidade de serem revistos os atuais modelos de serviços, de instituições de ensino e de pesquisas em saúde. A concepção do corpo como um sistema aproxima-se dessa abordagem holística. Mas a saúde, para ser holística precisa considerar aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais como interdependentes. Na tentativa de contribuir com esta discussão, este estudo objetivou investigar as percepções dos profissionais de nível superior que atuam na ESF de um bairro periférico de uma cidade de médio porte, localizada no sul do Brasil, acerca da integralidade em saúde.

Focalizando a discussão: Breves revisões teóricas sobre o SUS, ESF e integralidade

O SUS não nasceu da cabeça de alguns poucos, nasceu de um processo político e complexo, por meio de uma ampla discussão que envolveu sociedade civil, instituições de ensino e o próprio Estado. De acordo com a legislação que rege o SUS, todos têm direito à saúde, independentemente de raça, idade, classe social. Na prática, o que percebemos é ainda uma grande insatisfação e descrença com relação ao SUS. A saúde pública não consegue atender a todos, e o setor privado estabelece seus próprios critérios de exclusão. O compromisso com uma política de saúde coletiva é dever de qualquer cidadão, mas principalmente daquele que atua ou pretende atuar na área da saúde. O direito à saúde é uma conquista do movimento social e o caminho é a busca para implementá-lo. (BAPTISTA, 2005)

A plena regulamentação do SUS foi efetivada em 1990, com a aprovação da Lei nº 8080/90. As ações que integram o SUS devem ser desenvolvidas de acordo com diretrizes organizativas e princípios doutrinários

incorporados ao texto constitucional e às leis ordinárias que o regulamentam. Dentre os princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao sistema, destacamos a integralidade, que no texto da Constituição Federal, artigo 198, é citado como “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

O SUS tem como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde destinada a prover condições de vida saudável, prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, bem como assegurar acesso à rede de serviços, garantindo assim assistência integral à saúde. (OLIVEIRA et al., 2008)

A Saúde da Família é operacionalizada mediante a implantação de equipe multiprofissional em Unidade Básica de Saúde. A equipe mínima é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode contar ainda com equipe de saúde bucal composta por dentista, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico em higiene dental. Todos os profissionais possuem jornada de trabalho de 40 horas semanais e cada equipe é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000. A Saúde da Família deve dar conta das ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como atuar na manutenção da saúde da respectiva comunidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Quando falamos em integralidade, podemos dizer que esta é considerada como uma noção polissêmica, pois é um

termo ao qual se atribui vários significados. Mattos (2001) sugere pensar o princípio da integralidade em três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se aos atributos da prática profissional onde a integralidade é exercida, através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente requer ao buscar a atenção do profissional de saúde. Busca-se escapar do reducionismo, ou seja, enxergar o paciente como um todo/em sua totalidade, de forma holística. O segundo conjunto diz respeito à característica da organização dos serviços, conforme a qual se critica a dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais. O terceiro conjunto de sentidos aplica-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população ou às necessidades de certos grupos específicos, defendendo a ideia de que essas respostas devem incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação.

Caminho metodológico do estudo

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa que, segundo Pope e Mays (2005), está muito relacionada aos significados e à compreensão que as pessoas atribuem às suas experiências cotidianas e como as pessoas compreendem esse mundo. Por sua vez, Minayo et al. (2003) destaca que esse tipo de pesquisa trabalha com depoimentos e palavras que estão permeadas de significados, crenças, valores, correspondendo aos processos e fenômenos sociais mais profundos, e em função disso, é referida como pesquisa interpretativa, tendo por objetivo levantar opiniões de um determinado grupo. Esta pesquisa, em particular, foi realizada com profissionais de nível superior que integram três equipes de Saúde da

Família que atuam em uma Unidade de Saúde, localizada em um bairro periférico de uma cidade de médio porte do sul do Brasil.

A amostra foi composta por sujeitos de três categorias profissionais: enfermagem, medicina e odontologia, de três equipes de Saúde da Família. A coleta de dados foi feita após a aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde do município em questão e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo as exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996) O instrumento utilizado na pesquisa de campo foi a entrevista semiestruturada, na qual o pesquisador tem a liberdade de fazer perguntas em qualquer direção que considere adequada. (LAKATOS; MARCONI, 2007) A entrevista foi realizada com seis profissionais: três enfermeiros, dois dentistas e um médico, tendo em vista que das três equipes previamente escolhidas para a realização da pesquisa, apenas uma encontrava-se completa com os três profissionais de nível superior conforme propunha o estudo.

Por questões éticas e para manutenção do sigilo sobre estes profissionais, além do anonimato deles, os mesmos foram identificados como “olhares”. Para a análise e interpretação dos dados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1996), sendo que as respostas foram analisadas e organizadas a partir de categorias definidas a priori, processo chamado de abordagem “dedutiva-verificatória”. (MORAES, 1999)

Integralidade em saúde: A percepção dos profissionais da ESF

Na teoria: Diferentes “olhares” e um único eixo de percepção

Neste item procuramos identificar as percepções associadas à “integralidade em saúde”, destacando os diferentes “olhares” dos entrevistados. Observamos que, de certa forma, as percepções contrapõem-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, e enfatizam a compreensão do modo de vida das pessoas, como podemos observar no depoimento que se segue: “[...] *integralidade é ver o paciente como um todo, saber onde mora, como vive, e não ver somente a doença*” (Olhar 2).

Neste depoimento há indícios de um novo pensar em saúde, que considera a manutenção da saúde e não só o atendimento à doença, essa visão inclui refletir o sujeito em suas inserções sociais. Conforme observamos na revisão de literatura, as ações que integram o SUS precisam ser desenvolvidas de acordo com princípios e diretrizes determinados. Quando questionados em relação ao conhecimento sobre os princípios do SUS, dos seis entrevistados, cinco relataram conhecer todos os referidos princípios, o que mostra a articulação teórica desses profissionais no desempenho de sua profissão.

Pensar integralidade como um princípio nos remete a pensar na assistência integral, a compreender o sujeito biopsicossocial. Nesta perspectiva, buscamos apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos, pensar na assistência além da doença e do sofrimento manifesto. (ALVES, 2005) Os “Olhares” de três entrevistados revelam essa concepção:

“Cuidado em todos os aspectos do paciente, não só o curativo, mas também preventivo, assim como psicológico” (Olhar 1).

“Olhar a pessoa com um todo sempre. Saber de onde vem, se ela tem condições, como vive, análise de toda a conjuntura. Não só olhar a doença, entender porque ele está doente. Se o paciente entendeu as informações fornecidas também é importante” (Olhar 2).

“Atender a pessoa como um todo, em todas as suas necessidades, entender também o que o paciente não consegue explicar” (Olhar 5).

O entendimento dessas pessoas ampara-se na teoria holística (CAPRA, 1986), já referida anteriormente, fundamentada na ideia de que o homem é um ser indivisível. É nessa proposta de assistência totalizadora que se discute a garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção. O que vem ao encontro da compreensão de três entrevistados quando questionados sobre integralidade:

“Atendimento ao cliente suprimindo todas as suas necessidades em todos os níveis de atenção que ele necessite, com trabalho interdisciplinar e multiprofissional” (Olhar 3).

“Atendimentos em todos os níveis de complexidade” (Olhar 4).

“Primar pela promoção, prevenção e reabilitação da saúde através do acesso aos serviços de saúde da atenção básica que tem como porta de entrada a ESF, passando por todos os profissionais da equipe de saúde” (Olhar 6).

De modo geral, a ESF preocupa-se com as necessidades da cada usuário e sinaliza preocupações acerca de enxergá-lo com um sujeito singular. Para tanto, é de fundamental importância que o profissional da saúde lance mão de variados conhecimentos para compreender

e lidar com a complexidade humana, o que de acordo com as referências bibliográficas consultadas, nem sempre fica claro.

Destaca-se, a partir das entrevistas, a existência de diferentes “olhares” e de um único eixo norteador da percepção sobre Integralidade. Desta forma, temos a ideia de uma base teórica aparentemente bem incorporada pela ESF. Os profissionais de nível superior pesquisados mostraram conhecimentos teóricos atualizados e importantes para a qualidade de suas ações na implementação do SUS.

Na prática: Dilemas dos profissionais de nível superior que atuam na ESF

Quando se trabalha com a perspectiva da abordagem do profissional de saúde (ALVES, 2005) esta não deve restringir-se à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas. As ações curativas, preventivas e de promoção à saúde caminham juntas na busca da atenção integral. Em resposta aos questionários aplicados, todos os entrevistados consideraram que “sempre” é necessária uma atenção integral ao paciente, entretanto, dois entrevistados destacaram fatores que dificultam a efetivação da mesma:

“Considero necessário atenção integral a todos, porém não tem capacidade física, técnica e recursos capazes de trazer a população total a mim vinculada (4 mil pessoas) à atenção necessária” (Olhar 1).

“Falta de médico da família na equipe dificulta” (Olhar 2).

Estes “olhares” destacam algumas dificuldades com que esses profissionais deparam-se no dia a dia. Por suas respostas, podemos inferir que eles procuram indicar sempre o “ser resolutivo”, uma vez que demonstram compreender a integralidade como princípio que possibilita a articulação entre a equipe e criticam a falta do médico como ponto de desequilíbrio para a consolidação de uma equipe multiprofissional. Além dessas, indicam questões de infraestrutura como fator que dificulta suas ações em saúde. Numa análise reducionista e linear, os profissionais acabam por se excluir do processo e perdem a oportunidade de discutir sobre suas responsabilidades.

Quando questionados sobre qual a melhor forma de praticar a integralidade na ESF, ressaltaram fundamentos teóricos importantes para a efetivação da integralidade:

“Através da visita domiciliar e do respeito ao paciente” (Olhar 1).

“Reunião de equipe semanal. Mostrando a importância de se ver as pessoas como um todo. Usuário conhecer o SUS, direitos e deveres” (Olhar 2).

“Trabalho em equipe, entrosamento da equipe e setores, referência e contra-referência, disponibilidade dos serviços” (Olhar 3).

“Trabalho em equipe, integração entre todos profissionais” (Olhar 4).

“Conversar com paciente em ambiente calmo que ele se sinta à vontade, como por exemplo, em casa. Entender a psicologia para poder fazer o planejamento, entender todos os seus problemas, não só da parte bucal, ações de prevenção, saber transmitir informações, ações de promoção” (Olhar 5).

“Oferecer atendimento de qualidade, acolhimento por todos os profissionais, busca de apoio na intersectorialidade” (Olhar 6).

Por estes depoimentos é possível perceber que, quando destacamos a integralidade enquanto prática, os profissionais parecem compreendê-la dentro dos limites da assistência, de modo que seus olhares dão destaque ao trabalho em equipe, à questão do entrosamento e integração profissional, ao acolhimento e à intersectorialidade. Conceitos que, se incorporados à prática, podem alterar substancialmente o modo de olhar para a saúde.

Almeida e Mishima (2001) colaboram com a discussão sobre o trabalho da equipe de Saúde da Família destacando que, para além de um trabalho técnico hierarquizado, existe a necessidade de um trabalho com interação social entre os profissionais com maior flexibilidade em suas posturas, para que ocorra uma maior integração da equipe. Segundo essas autoras, este é um dos grandes desafios das equipes de saúde, pois se essa integração não acontecer, podemos correr o risco de estar repetindo o modelo de atenção desumanizado e fragmentado com o qual procuramos romper. Para tanto, a equipe, em comum acordo, precisa ter um projeto único e buscar fazer com que suas especialidades complementem-se com harmonia e respeito.

Todos os entrevistados quando questionados sobre a frequência com que desenvolvem o trabalho em equipe responderam que “sempre” o fazem. Porém, somente um entrevistado destacou que desenvolve o trabalho em equipe com “todos os profissionais”.

O trabalho em equipe deve ser estimulado de modo a favorecer tanto o diálogo entre os profissionais de saúde como também a definição coletiva da assistência ao usuário. Quando se propõe uma assistência holística não se pode acreditar que esta se dará individualmente, o trabalho em equipe é fundamental. (MACHADO et al., 2007) Entretanto, as respostas obtidas na pesquisa mais se associam à

prescrição do que deve ser feito do que à reflexão sobre a incorporação do conceito à prática.

Quando questionados sobre as facilidades encontradas para a realização da atenção integral ao paciente, três “olhares” focalizaram a importância: da Equipe unida (Olhar 2); do Trabalho em equipe (Olhar 4); da Integração entre a equipe (Olhar 3).

Os dados acima remetem à ponderação de Oliveira (2005). Segundo este autor, propiciar uma atenção integral ao portador da doença envolve várias ações, não de tratamento apenas, mas de cuidado com um enfoque biopsicossocial. Entretanto, a atenção integral tem por princípio básico a formação de uma equipe multiprofissional tecnicamente preparada e em sintonia com a ideologia do cuidar. Aqui começamos a observar uma dicotomia entre a teoria e a prática que desenvolvem. Não basta uma equipe integrada, é preciso pensar no tipo de ação que ela desencadeia.

Como articular teoria à prática da integralidade nas diversas fases da atenção à saúde?

Para que haja o atendimento integral, o sistema de saúde deve garantir os recursos mínimos exigidos à qualidade na atenção em saúde esperada. De acordo com a Portaria nº 648 que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) [...]”, compete às Secretarias Municipais de Saúde “garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde [...] dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas”. Recursos materiais e

humanos garantem as diversas fases da atenção à saúde, sobre este ponto nosso entrevistado ressaltou:

“Dentro dos princípios que regem a integralidade são feitos vários esforços para atingir um atendimento de qualidade a população apesar de todas as dificuldades encontradas para praticar a integralidade na sua totalidade” (Olhar 6).

Porém, de forma antagônica, outros cinco “olhares” voltaram a dar destaque a questões relacionadas à infraestrutura como ponto que dificulta a realização da integralidade, conforme podemos observar a seguir:

“Falta de reforma do ambiente” (Olhar 1).

“Duas cadeiras odontológicas para três equipes de Saúde da Família” (Olhar 5);

“Materiais precários para realizar atendimento” (Olhar 5);

“Infraestrutura deficiente” (Olhar 5);

“Infraestrutura da unidade” (Olhar 6);

“Falta de recursos materiais” (Olhar 3);

“Falta de material de consumo” (Olhar 4).

É sabido que o alcance da integralidade passa pela questão da infraestrutura, mas não se pode atribuir a ela todas as dificuldades relativas à efetivação deste princípio. Teixeira et al. (2000), em estudo sobre o trabalho de enfermagem no PSF em um município paulista, inclusive já identificaram nos depoimentos dos profissionais de enfermagem que outros instrumentos são também importantes para o trabalho na Saúde da Família:

Acrescentar ‘as agulhas e linhas’ ao arsenal já conhecido como ‘termômetros e aparelhos de pressão’ e, considerar a forma como o PSF em espaços específicos

está construindo este novo indivíduo (integralmente), pode ser um caminho para pensarmos na conquista deste desafio [...] de encontrar na teoria e na prática a totalidade fundamental do ser humano. (TEIXEIRA, 2000, p.198)

Desta forma, compreender o modo como a equipe de saúde percebe esse novo sujeito biopsicossocial pode ser outro caminho para qualificar as ações que visam a integralidade em saúde. Entretanto, não registramos esta reflexão como se comprova num dos depoimentos, o qual indica que a efetivação da integralidade só é facilitada quando a: *“Estrutura física oferece suporte, e se existem equipamentos básicos”* (Olhar 2).

A percepção reducionista do olhar acima pode ser melhor analisada à luz das ideias de Narvai (2005), cuja ênfase destaca a melhoria da qualidade da atenção a partir da integração da rede de serviços, da qualidade dos recursos humanos e da gestão, colocando em segundo plano os equipamentos e outros recursos.

Também a falta de profissionais para atender a demanda apresenta-se como um ponto problemático nesta trama da atenção integral:

“Falta de recursos humanos” (Olhar 3 e 6);

“Falta de profissional técnico para atender a demanda” (Olhar 1).

As equipes de Saúde da Família da unidade de saúde pesquisada contam hoje com a equipe mínima composta por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Porém, das três equipes que integram a referida unidade, apenas uma está completa, nas outras falta o profissional médico. A ESF integra profissionais de

diferentes formações que trabalham em prol de um objetivo comum e na prática cotidiana é essencial a participação de todos para que se realize o planejamento do processo de trabalho. Fica evidente na fala dos entrevistados que a falta do médico na equipe dificulta a realização da assistência integral:

“Falta de médico de família na equipe dificulta” (Olhar 1 e 4);

“Falta de médico específico na equipe para Saúde da Família, a produtividade supre a demanda, mas não traz resolutividade” (Olhar 2);

Um dos entrevistados destaca como facilidade para a assistência integral a importância de ter a *“equipe completa”* (Olhar 3).

A proposta da Secretaria Municipal de Saúde do respectivo município para dar conta da demanda existente – de médico nas Unidades de Saúde com equipe de ESF sem esse profissional – foi a de contratar médicos por produtividade¹. Assim, aquele que não possui vínculo como médico de Saúde da Família, realiza atendimento apenas em dias e horários pré-determinados, não participando de reuniões nem do momento de planejamento das equipes, o que o distancia dos objetivos da ESF. Na Unidade de Saúde pesquisada, das três equipes, apenas uma conta com médico de Saúde da Família. Os profissionais entrevistados destacaram que esse é um ponto fundamental que dificulta a realização da atenção integral:

¹ De acordo com a Lei nº 13.996, de 16 de abril de 2007, sancionada pelo governo do Estado de Santa Catarina, é possível admitir médicos em caráter temporário para essa função.

“A assistência ‘quebra’ por não ter médico da família. O trabalho do médico não é o principal, mas ele faz parte da equipe” (Olhar 2).

“[...] só médico de produtividade dificulta o trabalho” (Olhar 3).

“Com a rotatividade do médico de produção não há continuidade do cuidado” (Olhar 4).

Esta é mais uma desarticulação teórico-prática, a desafiar a concretização do princípio de integralidade. De fato, a opção por um método de pagamento e contratação dos médicos é estratégica para a gestão da saúde, pois produz impacto direto no volume de serviços prestados à população, e por consequência na qualidade desses serviços. Trata-se, portanto, de mais um ponto polêmico imerso em várias discussões, visto que pode comprometer a efetivação dos princípios gerais do SUS.

Dois profissionais ainda destacaram que assistência integral é facilitada quando se tem:

“Fácil contato com o médico” (Olhar 5).

“Boa interação com profissional médico” (Olhar 1).

A equipe não estando completa dificulta o processo de implementação do SUS como modelo de atendimento e de mudança nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país. (BRASIL. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1990) Para que ocorra a integralidade, além de uma equipe comprometida, importa ainda facilitar a comunicação entre os serviços que compõem o sistema de saúde. Na fala dos entrevistados, destacamos três “olhares” que colocam a deficiência dos sistemas de referência e contrarreferência como ponto que emperra a realização da integralidade:

“[...] falta de comunicação entre os serviços - referência e contrarreferência” (Olhares 2 e 3).

“Falta de referência e contrarreferência” (Olhar 6).

Para que se tenha a continuidade das ações de cuidado, em outro nível da atenção, quando as tecnologias disponíveis no nível básico já não respondem às necessidades dos usuários, a equipe de saúde à qual estes usuários estão vinculados não pode ser desresponsabilizada. (AZEVEDO; COSTA, 2010)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), devem ser garantidos aos usuários os fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar. Os entrevistados ressaltaram que a demora no nível secundário de assistência ainda é um problema:

“Agendamento com especialista não é difícil” (Olhar 4), “o que dificulta é a demora no acesso ao especialista” (Olhar 6), “demora na realização de exame” (Olhar 3), “demora para conseguir exame de alto custo” (Olhar 4).

A assistência à saúde nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, acabam como um ponto de estrangulamento dos serviços de saúde. Os gestores do SUS veem-se impedidos de resolvê-los. Além do limite institucional, esses serviços representam para a gestão um grande gasto nos orçamentos da saúde. (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006) A demora no atendimento nos demais níveis de atenção acaba, por vezes, impedindo a continuidade da assistência e assim, o atendimento integral acaba não se efetivando.

É neste sentido que articular a prática à teoria nas diversas fases da atenção à saúde torna-se uma tarefa

muito difícil de concretizar, pois demanda o envolvimento de todos, principalmente, do poder público. Os dados levantados por esta pesquisa revelam uma oportunidade de reflexão e abrem espaço para a rediscussão da integralidade dos serviços e da ESF – o que se sabe, porém, é que a teoria não pode andar longe da prática.

Considerações Finais

A discussão dos resultados teve como eixo os diferentes “olhares profissionais” sobre integralidade em saúde. De um modo geral, observamos grande preocupação com o desafio do trabalho em equipe e fortes indícios de que o usuário é visto como um sujeito singular com necessidades particulares. Esta visão contrapõe-se à abordagem reducionista que fragmenta o sujeito em partes e compromete a integralidade. Entretanto, o maior desafio do SUS ainda continua sendo promover mudanças na organização dos serviços e nas práticas assistenciais para assegurar acesso e melhorar a qualidade do cuidado em todos os níveis de atenção.

Da teoria à prática da integralidade existe um fosso escavado por vários fatores e que só pode ser vencido pelo redimensionamento de um novo assistir. A formação de nível superior, por si só, não confere melhoria à atenção integral e a relação entre ESF, seus integrantes e o sujeito foco da atenção integral será uma nova relação, cuja principal finalidade passa pelo ato de educar a todos acerca da natureza e do significado dos princípios do SUS, caso venha a renovar-se. Ganha força a necessidade de educação permanente em saúde como estratégia de mudança que propõe reflexões sobre a prática cotidiana. A percepção dos profissionais da ESF acerca da integralidade é mais teórica

que prática. Sabem o que fazer teoricamente embora não tenham refletido em conjunto sobre o “como fazer” na prática.

O conceito de integralidade segue associado à integração de serviços por meio de redes assistenciais, à infraestrutura, mas não à interdependência dos protagonistas desse processo. A falta de recursos físicos, de integrantes na equipe de Saúde da Família e a deficiência do sistema de referência e contrarreferência são apenas algumas das dificuldades que impedem o cumprimento da complexa prática da integralidade. Além da interdependência destes fatores estruturais que lhe dão sustento, impõe-se a necessidade da incorporação de conceitos holísticos fundamentais à ESF e a compreensão, por parte de toda a sociedade, de que saúde é direito de todos. Para tanto, torna-se igualmente importante a problematização da prática daqueles que fazem a saúde. Só assim impediremos que a integralidade torne-se uma ideia inerte, o que se vê na prática deve a ela relacionar-se.

Referências

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. In: **Interface**. Botucatu, v.5, n.9, p.150-153. [serial on the Internet]. 2001 Aug [cited 2010 Nov 03]

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

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. In: **Interface**. Botucatu, 08 set. 2010.

BAPTISTA, T.W.F. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: TEXTOS DE APOIO EM POLÍTICAS DE SAÚDE. Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.11-41.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1996. 277p.

BRASIL. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. [Citado 15 abr. 2010] 164p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 15 set. 2010.

_____. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. [Citado 05 abril 2010]. 17 p. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm>>. Acesso em: 22 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**: Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília – Distrito Federal. [Citado 20 abr. 2010]. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em 22 out. 2010.

_____. Texto Referência. **Atenção Primária na Saúde**. Ciclo de debates sobre redes Regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS. DF, 10 de março de 2009. [Citado: 02 abr. 2010]. 3p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/100309_texto_referencia_final.pdf>. Acesso em: 22 out. 2010.

_____. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. 1996.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. In: **Ciência Saúde Coletiva**. [s.l.], v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1986.

CORBO, A.D.; MOROSINI, M.V.G.C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: TEXTOS DE APOIO EM POLÍTICAS DE SAÚDE. Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 157-181, 2005.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. [s.l.], v.59, n.4, p.532-537. jul./ago. 2006.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296p.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. In: **Ciência Cuidado Saúde**. [s.l.], v.7, n.1, p.665-72. jan./mar. 2008.

GHIZONI, A.C. **As faces da integralidade em saúde**: estudo sobre a percepção dos fisioterapeutas das clínicas de Lages (SC) 2008. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. 2009. 108 p.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007. 315p.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. In: **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.2. mar./abr. 2007.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 296p.

MINAYO, M.C. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 80p.

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

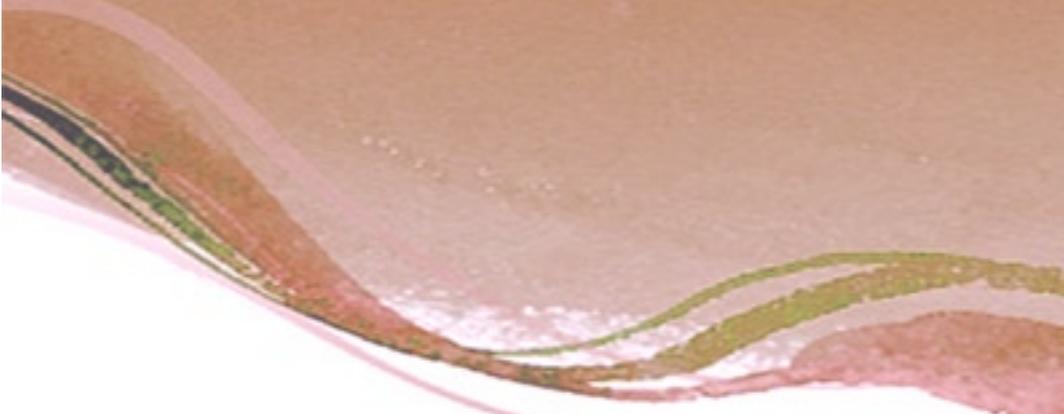
NARVAI, P.C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D.V. (Org.). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; p.28-42, 2005.

OLIVEIRA, D.C. et al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.1-10. jan. 2008.

OLIVEIRA JÚNIOR, W. Atenção integral ao paciente chagásico: uma proposta para o cuidar. In: **Arq. Bras. Cardiol.** [s.l.], v.84, n.1, p.1-2. 2005[cited 2010 Oct 23]

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, p.21-35, 2005.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed. 2005. 120p.



POR UM ATENDIMENTO INTEGRAL EM SAÚDE: equipe de trabalho ou trabalho em equipe

*Angela Carla Ghizoni
Marina Patrício de Arruda
Kathie Njaine
Jossara Cattoni Araldi*

Introdução

Este artigo propõe-se discutir a diferença entre “trabalho em equipe e equipe de trabalho”, haja vista o entendimento de que essas duas noções guardam nuances importantes, nem sempre problematizadas no processo de trabalho em saúde. Aborda um dos desdobramentos do estudo original conduzido por Ghizoni (2008; 2010) em Lages, município de médio porte do sul do Brasil, sobre a percepção de fisioterapeutas acerca do trabalho em equipe interdisciplinar em clínicas de reabilitação. Tendo em vista que se trata de um assunto pouco discutido nos estudos em saúde, consideramos que esse é um dos grandes desafios que se coloca para as equipes de saúde, o que torna essa abordagem pertinente para a organização dos serviços de um modo geral.

A discussão sobre equipes de saúde fundamenta-se em diferentes tipologias e conceitos (PEDUZZI, 2001) que buscam mostrar formas de interação entre agentes, técnicas, divisão do trabalho e projetos encampados por diferentes profissionais. Neste sentido, a noção de equipe aparece ligada ao adjetivo “multiprofissional”, numa clara indicação de que existem profissionais de diferentes áreas da saúde atuando juntos, com suas especializações e saberes separados, sem a desejável articulação interdisciplinar. Nesta vertente, encontramos alguns trabalhos que trazem a discussão sobre a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, como os estudos de Campos (1997), que permitem a reflexão acerca de equipes de saúde como sendo a base principal de organização dos serviços de saúde. Caso essa integração não aconteça, corremos o risco de seguir repetindo o modelo de atenção fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho. (ALMEIDA; MISHIMA, 2008)

A assistência à saúde é um campo de confluência de muitas especialidades; e acredita-se que somente uma troca efetiva de conhecimentos facilitará a atuação de cada profissional do grupo dentro do conceito de “*descentralização integrada*.” (JACOB FILHO; SITTA, 1996) Isto porque cada um dos atores desempenha funções específicas dentro de um planejamento conjunto da equipe, o que inclui a corresponsabilidade no processo de decisão.

A maior dificuldade de vivência interdisciplinar pode estar na formação de base tecnicista, que privilegia o enfoque de superespecialização como caminho para uma melhor atenção à saúde. Entretanto, conforme insiste Morin (2000), existe uma inadequação entre o método de fragmentação do conhecimento (denominado hiperespecialização) e a complexidade da realidade dos serviços de saúde onde, provavelmente, a maioria dos

profissionais da saúde insere-se. Essa inadequação é decorrente do fracionamento do saber, impedindo a visão globalizada do real. A fragmentação do conhecimento formou especialistas voltados a apenas uma área de interesse, deixando de lado as demais dimensões do todo. Desse paradigma cartesiano, herdamos a convicção de que para conhecer é preciso decompor e isso faz com que o estudo seja efetuado em uma só direção. Os problemas da saúde têm se manifestado mais intensamente sob o aspecto polidisciplinar, exigindo a *reforma do pensamento* (MORIN, 1973) para o entendimento do complexo e do contexto.

Vale ressaltar que quando nos referimos à unidade de serviços de saúde não nos referimos a um profissional isolado, mas sim à equipe, pois o foco central da saúde é o indivíduo, a família e seu entorno. Para tanto, as intervenções visando proporcionar o cuidado à saúde devem sustentar-se num conhecimento que contemple aspectos biopsicossociais. A equipe precisa, desse modo, construir um projeto Comum para ver, segundo Morin (2000), *o que é tecido junto*, isto é, o complexo, no sentido original do termo.

Assim, a compreensão do significado do trabalho em equipe passa pela compreensão do pensamento sistêmico e pelo enfrentamento das incertezas que decorrem da vida e do trabalho interdisciplinar em saúde.

O enfoque da atenção integral à saúde é fundamentado nos princípios do SUS, mais especificamente, na integralidade. Nesse sentido, esses conceitos precisam estar vinculados tanto em serviços credenciados ao sistema quanto aos não credenciados. Entende-se por atenção integral a abordagem do indivíduo na sua totalidade, para tanto, necessita-se de múltiplos olhares que, juntos, construirão um trabalho em equipe interdisciplinar.

Considera-se que a atuação interdisciplinar depende, a priori, do processo de formação profissional dos atores envolvidos. É imprescindível que essa base profissional proporcione experiências interdisciplinares aos futuros profissionais, a fim de que eles reconheçam a relevância da prática do trabalho em equipe.

O primeiro curso de fisioterapia no Brasil, em 1951, objetivava formar “técnicos em fisioterapia.” (MARQUES; SANCHES, 1994) Desde aquela época, o fisioterapeuta é visto como profissional reabilitador. Este rótulo vem sendo modificado aos poucos graças à inserção dos profissionais dessa área de atuação nas ESF (Estratégias de Saúde da Família); local onde se começa a reconhecer sua atuação na prevenção e promoção da saúde. Ao mesmo tempo em que considerá-lo um *técnico da reabilitação* é ter uma visão limitada da atuação desse profissional, é indispensável lembrar que a reabilitação é uma das áreas mais importantes, como demonstram autores em trabalhos publicados. (ROCETO et al., 2007; ALVES et al., 2010)

A atenção humanizada é fundamental nas diversas áreas de atuação do fisioterapeuta. Esse tipo de atendimento conciliado à prática da interdisciplinaridade proporciona a melhoria da relação profissional – paciente e potencializa a atenção à saúde. (LOPES; BRITO, 2009)

Metodologia

A pesquisa foi realizada em Lages/SC, que possui uma população de 156.737 habitantes, segundo última pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE (2010).

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de serviços de saúde, que é um tipo de pesquisa que resgata a subjetividade. Neste tipo de pesquisa, os problemas que aparecem no dia a dia da prática podem ser estudados de forma privilegiada e, no caso especial do estudo proposto, o fisioterapeuta é também um participante do cenário investigado porque reflete a própria prática. (GAUTHIER et al., 1998; POLIT; HUNGLER, 1995)

Os seres humanos, nesse tipo de estudo, são tratados como seres únicos que atribuem significados a suas experiências provenientes do seu contexto da vida. (MARCUS; LIEHR, 2001) A pesquisa qualitativa pode ser vista como um termo genérico que abrange múltiplos suportes filosóficos e métodos de pesquisa. Esta, em especial, apoiou-se nas ideias do pensador Morin (1973) que afirma:

[...] para compreendermos o homem, devemos unir as noções contraditórias do nosso entendimento. Assim, ordem e desordem são antagonistas e complementares, na auto-organização e no devir antropológicos. Verdade e erro são antagonistas e complementares na errância humana. (p.145)

Neste sentido, este suporte teórico sugere a reestruturação curricular nos cursos biomédicos, para formação adequada de profissionais capacitados a enfrentar os desafios do novo século. Esse novo currículo deve ser construído sob uma perspectiva holística, pois

os problemas do homem moderno são inúmeros e só a articulação de saberes poderá ajudar na leitura de uma realidade conflituosa e indivisível.

A população alvo desta pesquisa foi constituída por 32 fisioterapeutas de clínicas privadas do município, que responderam a um questionário autoaplicado com perguntas abertas e fechadas. Recorreu-se aos instrumentos já preenchidos para selecionar seis desses profissionais para participarem da entrevista em profundidade, em particular, os que tivessem maior tempo de atuação como fisioterapeuta, três deles credenciados ao SUS.

O questionário pode apresentar duas categorias de perguntas, conforme a liberdade em respondê-las: abertas ou fechadas. Para Barros e Lehfeld (1990), a combinação de perguntas abertas com fechadas é ideal, a fim de obter-se um levantamento mais amplo e exaustivo a respeito do assunto pesquisado.

A entrevista em profundidade é uma técnica que permite um diálogo entre duas pessoas, um na condição de investigador e o outro na de informante. Esse tipo de entrevista fornece um material rico para análises de experiências de vida e da prática profissional, pois permite ao entrevistado expressar seu pensamento crítico, algumas vezes em tom de confiança. (MINAYO et al., 2000)

A análise dos dados buscou, à luz da teoria da complexidade, compreender a prática fisioterapêutica e o lugar dessa prática no atendimento à saúde.

Resultados

A possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença, de acordo com Demo (1993), objeto do trabalho em saúde, passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar. O caminho apontado para a aceitação de um novo paradigma para as práticas de saúde está na reforma do pensamento e das instituições. O Pensamento Complexo, defendido por Morin (2000), aponta caminhos para a resolução dos muitos problemas causados pelo antigo paradigma científico fundamentado nas ideias cartesianas. Um dos grandes problemas das profissões, nos dias atuais, é que os saberes isolados não conseguem suprir as complexas relações e interconexões dos processos de saúde. Isso resulta em um verdadeiro desafio à capacidade do ser humano de elaborar o próprio conhecimento, seja no sentido de organizar a avalanche de informações que surgem de todos os lados, seja no estabelecimento de novas relações para a construção de uma nova ótica (imposta pela complexidade dos fenômenos), para a experimentação de novas práticas, sintonizadas com o novo pensamento sistêmico. A teoria da complexidade defende a interligação de todos os conhecimentos, combate o reducionismo instalado em nossa sociedade e mentes para valorizar o complexo.

O relato de um dos fisioterapeutas (Fisio2) destaca a dificuldade de entendimento da proposta de trabalho interdisciplinar tendo em vista, muitas vezes, os processos de formação profissional que se fragmentaram em busca da especialização, fracionando os saberes em áreas e priorizando conteúdos.

Fisio02: [...] é um trabalho onde [...] vários profissionais, várias áreas atuando num meio comum de trabalho, por exemplo

que nem do PSF que criaram né, ou seja, com várias áreas trabalhando num posto só.

Esta entrevistada cita a reunião dos profissionais para a formação da equipe, mas não menciona articulação entre eles. Observa-se também, neste depoimento, a citação do Programa Saúde da Família – PSF (hoje Estratégia Saúde da Família – ESF), como exemplo de trabalho em equipe interdisciplinar, porque os profissionais de áreas distintas estão em um local comum de trabalho, contudo, isso não significa necessariamente que desenvolvam a interdisciplinaridade.

Interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária do ser humano para a unitária. (FAZENDA, 1996)

Embora as compreensões sejam diversas, sinalizam a necessidade do esforço dos profissionais das várias áreas para que possam melhorar a saúde da população e a ideia de que apenas uma profissão possa ser responsável pela complexidade da saúde humana passa a ser descartada.

Fisio6: Seria equipe, médico, ter outros profissionais da saúde envolvidos na cura dos pacientes ou no investimento da saúde no paciente, que é a prevenção [...] cada um fazer a sua parte com o mesmo objetivo, na mesma prevenção que é trazer o paciente o mais próximo possível da... da normalidade.

As disciplinas, isoladamente, não conseguem produzir as respostas necessárias a um objeto que é composto por uma multiplicidade de fatores que não são excludentes e sim

explicados uns em relação aos outros. As práticas em saúde não podem ser isoladas, existe uma complementariedade entre elas, e isso parece, aos poucos, tornar-se consenso entre os fisioterapeutas.

A interdisciplinaridade coloca-se como um caminho possível para a prática profissional em saúde, no sentido de que ela possa responder aos desafios das questões da atenção à saúde em um contexto social de constantes mudanças e nessa direção entende-se que o diálogo é indubitavelmente relevante na prática fisioterapêutica. Seguem-se assim, outros relatos dos entrevistados sobre a necessidade de integração entre os serviços e profissionais. Desse modo, o acolhimento passa a ser visto como uma espécie de “mola-mestra” e como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde. Sua particularidade é essencialmente comunicacional, visto que se entende ser a conversa substância principal das atividades de um serviço de saúde. (CAMPOS, 1996)

Uma das dificuldades para a concretização do trabalho em equipe interdisciplinar é a falta de informações que os profissionais têm a respeito das outras profissões da saúde. No discurso da Fisio3 é possível observar como isso incomoda:

Fisio3: Esses tempos eu recebi uma moça da massoterapia pra fazer estágio, ela disse: “– Ah, eu quero fazer estágio aqui porque a massoterapia é a mesma coisa que a fisioterapia” [...] essa falta de conhecimento do que efetivamente é uma área e do que efetivamente é outra me incomoda um pouco [...] até aonde vai meu horizonte, até aonde vai a minha possibilidade e aonde vai a do outro.

Diante do ocorrido, ela percebe como solução para esses e outros casos similares, o incentivo à realização do trabalho em equipe nos cursos de graduação:

[...] eu acho que precisa ser trabalhado um pouquinho nas formações dos cursos [...] o curso precisa começar a visar essa abrangência de trabalhar com outros profissionais, de trabalhar com outras visões, pra que realmente as equipes aconteçam (Fisio3).

Quanto às experiências e vivências de trabalho em equipe interdisciplinar, alguns se posicionaram da seguinte maneira:

Fisio2: Tenho experiência em estágios [...] na faculdade a gente tem aí um certo contato não tanto com fonoaudiologia, psicologia, mais é com enfermeiros, médicos, que no meu conceito seria trabalho em equipe.

Fisio3: Tem algumas coisas muito pontuais, por exemplo, psicólogo me encaminhou alguns pacientes para atendimento porque percebeu que a pessoa reclamava de dor [...] mas não teve aquele acompanhamento de uma equipe formada com esse objetivo [...] eu vejo que existe muita dificuldade ainda dos profissionais de saúde estabelecerem uma rede [...] talvez porque a gente tenha essa formação independente, tão modular, tão diferente uma da outra, seja tão difícil pra alcançar o que o outro possa nos ajudar.

Consegue-se observar nos relatos acima a ausência de experiências de trabalho em equipe, apesar das tentativas. Um dos fisioterapeutas registra que as

diferenças na formação dos profissionais podem dificultar uma prática integrada e menciona o encaminhamento de pacientes a outros profissionais como única experiência de trabalho em equipe. O contato com os outros profissionais, seja durante os estágios na faculdade, seja na atuação profissional, sinalizam a intenção do desenvolvimento da interdisciplinaridade. Desta forma, questionou-se sobre as facilidades e dificuldades que os profissionais encontram para a realização do trabalho em equipe interdisciplinar. A maioria relatou não haver facilidades. Outros sinalizaram a importância de haver bom relacionamento, ou ainda, as qualidades próprias a cada um: “boa relação interpessoal entre profissionais da área da saúde” (Fisio28); “comunicação” (Fisio 30); “contato entre paciente X terapeuta; atenção; saber ouvir” (Fisio21); “atenção, sabedoria” (Fisio22).

Alguns fisioterapeutas, entretanto, relataram vivenciar o trabalho em equipe e os aspectos promotores da saúde resultante dessa experiência:

Fisio19: Melhor diagnóstico; tratamento mais adequado; resultados mais positivos e mais precoces.

Fisio16: A facilidade principal é a visão de trabalho em equipe na promoção da saúde.

Fisio26: O paciente encontra a cura ou a prevenção mais rapidamente e pode ser tratado de forma mais completa.

Nas respostas aos questionários, os fisioterapeutas afirmaram que sempre, ou às vezes, realizavam trabalho em equipe. Contudo, nas entrevistas, revelaram poucas experiências com essa prática, destacando as dificuldades:

Fisio4: Tem tentativas dessas experiências, porque na prática não ocorre [...] às vezes você até telefona para o médico pra saber, [...] mas pra você entrar em contato com o médico já é muito difícil, com psicólogo pior ainda.

O relato acima demonstra a dificuldade de contato entre os profissionais. Segundo estudo realizado no Hospital Militar em Minas Gerais, alguns profissionais da equipe de saúde relataram que o fisioterapeuta prefere o atendimento ambulatorial e dificilmente interage com a equipe. (SAAR; TREVIZAN, 2007)

Mattos (2004) relata que a integralidade ainda está em implantação no Brasil, porém, esse trabalho é realizado de maneira isolada e esporádica. O conceito de integralidade também pode remeter ao conceito de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, tendo em vista que nenhuma delas dispõem da totalidade dos recursos e competências para o atendimento dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.

Hartz (2004) alerta para a necessidade de serem desenvolvidos mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional.

Nesta pesquisa, alguns fisioterapeutas destacaram o médico como um profissional fundamental na formação de equipes, porém revelaram a dificuldade de estabelecer uma relação de trabalho em equipe com profissionais dessa classe:

Fisio3: É um contato muito restrito por várias razões, uma delas é o tempo. Quando existe necessidade [...] há

comunicações rápidas, extremamente objetivas, [...] não existe um espaço pra conversa, pra criar um relacionamento com os médicos, até porque normalmente eles não abrem muito a guarda, talvez eles fiquem preocupados principalmente com a questão de tempo ou de estar passando conhecimento.

Fisio5: [...] Falar sobre alguma coisa com médico por telefone é um contato muito formal você não está próximo, ele não conhece teu trabalho de forma mais próxima como fosse uma equipe trabalhando num mesmo local onde ele observasse o que você faz e você tivesse podendo discutir sobre os resultados que você está observando [...] é bem difícil em locais de trabalho separados você conseguir [...] criar uma relação de interdisciplinaridade.

Reflexo do modelo biomédico voltado para a prática hospitalar, a formação médica tem sido bastante criticada nos últimos tempos, por manter-se isolada na sua função clínica e afastar-se das múltiplas necessidades básicas de saúde da população. O sistema de saúde centrado no médico e todo um processo/organização, durante séculos, garantiu a essa classe de profissionais o distanciamento de outras profissões. (GHIZONI; ARRUDA; TESSER, 2007)

Na prática, o fisioterapeuta recebe o diagnóstico do médico para a realização do tratamento aos pacientes, assim, espera-se que a comunicação entre esses profissionais ocorra de fato, visando o acompanhamento e a promoção da saúde dos indivíduos enfermos.

A fala do fisioterapeuta abaixo comenta o uso demasiado de medicações como forma de tratamento mais utilizada pelos médicos e a dificuldade que percebe em

modificar essa atitude, dada a pouca comunicação entre os profissionais e a hegemonia da profissão médica no cuidado à saúde:

O médico poderia encaminhar pra uma psicóloga, pra uma terapia natural como naturóloga, acupuntura, ioga, homeopatia, mas não acontece isso [...] é muito mais fácil dar uma fluoxetina, dá um antidepressivo, um ansiolítico; só que daí pra mim é ruim [...] como é que eu vou estimular um paciente que tá com anti-depressivo na cabeça, não tem como [...] 90% dos pacientes toma fluoxetina; isso já virou uma regra: chegou um paciente que tá choroso, dá fluoxetina.

Neste relato, o entrevistado denota a prática da medicalização de problemas de saúde que poderiam ser tratados contando com a atuação de profissionais de outras áreas, caso existisse a visão interdisciplinar.

Esse excerto conduz à reflexão sobre o poderoso complexo médico-industrial, para o qual o interesse no lucro sobrepõe-se aos princípios que baseiam o Sistema Único de Saúde, de alguma forma ameaçados pela lógica da medicalização.

A Fisio4 compartilha da ideia do entrevistado acima quando diz:

Fisio4: É complicado, porque na verdade, não existe essa interação, alguém que encaminhe pra esses profissionais [...] na verdade, isso deveria surgir do médico [...] dizer: Oh, então você vai pra fisio, você vai pra psicóloga... e não só dar remédio pro paciente [...] a gente acaba deixando, fazendo mais a nossa parte.

Que parte? Assim como os médicos, os fisioterapeutas também têm a responsabilidade de encaminhar seus pacientes a outro profissional quando conseguem identificar essa necessidade e o fato de tentar anular-se dessa responsabilidade faz com que a ideia da prática da interdisciplinaridade torne-se cada vez mais distante para a profissional supra mencionada.

Reconhecer que o paciente necessita do olhar de outro profissional pode significar a interação para o início de um trabalho em equipe interdisciplinar. No registro do profissional abaixo, visualiza-se uma conduta profissional diferente da anterior:

Fisio2: [...] quando tem necessidade a gente encaminha, já teve casos que a gente encaminhou cartas [...] principalmente por ser pelo SUS [...] a gente encaminhava direcionada à assistente social [...] solicitando uma possível avaliação, psicológica. *(E você já teve algum retorno a respeito desses encaminhamentos?)* Se não me engano já teve três encaminhamentos que eu fiz só até hoje, um só que retornou que eu fiquei sabendo como houve a evolução [...] essa já faz quatro meses que faz tratamento com a psicóloga e comigo, mas os outros dois acabaram não retornando pra mim.

Apesar de não sinalizar trabalho em equipe interdisciplinar, a fala desse entrevistado demonstra sua preocupação com o bem-estar geral de seus pacientes, pois assim que percebeu a necessidade de auxílio de outro profissional, fez o devido encaminhamento.

Já outra fisioterapeuta destaca os incômodos que essa prática imprimiu ao seu cotidiano:

Fisioterapeuta: [...] eu tinha sociedade com outros profissionais da saúde e agora resolvi trabalhar sozinha de novo e aí me perguntam: “Ah como é que tá? Eu digo: tá ótimo!” [...] não por estar ótimo de estar sozinha, mas que os incômodos não estão existindo porque a sociedade não funcionou do jeito que eu gostaria que funcionasse [...] mas por falta de conhecimento, de experiência como eu falei de gerenciamento [...] você mais se incomoda do que ganha, infelizmente.

Atuar na busca da integralidade é também enfrentar os conflitos que o trabalho em equipe pode gerar, conflitos esses inerentes às relações humanas, mas que desafiam os profissionais da saúde à mudanças nas suas práticas. Sendo a fisioterapia uma profissão que forma cuidadores de outros seres humanos, vale pensar nesse sistema complexo que é a saúde e que envolve a transformação de ações e habilidades profissionais.

Se, como afirma a Fisió6, “nosso objetivo é o ser humano e temos que entender suas necessidades de maneira global, por isso, a necessidade da equipe interdisciplinar”, muita tolerância e respeito precisam ser praticados. A integralidade compreendida como trabalho em equipe para atender às necessidades do humano como ser integral pode auxiliar na compreensão e tolerância das dificuldades do trabalho com a diferença e com o outro profissional, cujas atitudes podem, muitas vezes, ocasionar incômodos.

Mas afinal, o que é Integralidade? Seria apenas integração de serviços da saúde conforme sinaliza a Fisió6? “É, integralidade do paciente, multidisciplinaridade do paciente. O paciente integralizado precisa de todos os profissionais pra auxiliá-lo a voltar numa forma que tinha um dia.”

Peduzzi (2001) considera trabalho em equipe *multiprofissional* ou *multidisciplinar* como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, sendo que a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação entre os membros da equipe dar-se-iam por meio da comunicação.

O serviço de fisioterapia em Lages é oferecido à população em clínicas e hospitais. Quando se trata dos fisioterapeutas pesquisados, o contato com outros profissionais da saúde torna-se dificultado por atuarem em locais distintos. Ao serem questionados sobre as dificuldades encontradas para a realização da atenção integral ao paciente, cinco fisioterapeutas deixaram essa questão em branco, outros sinalizaram como principais barreiras: a falta de tempo; de informações sobre o assunto a ser tratado; de comunicação e de interesse dos profissionais; todas associadas à falta de disponibilidade; de respeito interprofissional; de políticas públicas saudáveis; de condições e remuneração adequadas para o êxito do desenvolvimento do trabalho em equipe.

O Fisió31 sintetizou como principal barreira a seguinte: “A profissão é pouco valorizada por parte dos convênios, obrigando dessa maneira os profissionais a atenderem vários pacientes ao mesmo tempo”. Isso acaba desestimulando os profissionais a buscarem a concretização da interdisciplinaridade neste nível da atenção.

É inegável que o principal requisito para a realização do trabalho em equipe é a vontade e disposição de cada profissional em trocar informações, entendendo que esse é o caminho mais curto para a concretização de um atendimento integral. Com relação ao contato com os demais profissionais da clínica, a maioria dos entrevistados

relata a falta de tempo como principal empecilho dessa relação, como justifica a Físio5:

[...] fisioterapeuta trabalha muito [...] o tempo de sobra pra sentar e conversar com todo mundo na mesma hora é muito difícil [...] eu acho que [...] uma empresa, uma sociedade, ela não pode ser dirigida dessa forma, quer dizer tinha que ter um tempo, tem que ter; só que é complicado, bem complicado.

O contato com fisioterapeutas de outras clínicas do município é visto pelos entrevistados como complicado. Todos mencionam não conseguir ter um bom relacionamento e alguns justificam essa dificuldade por existir concorrência por pacientes, conforme destaca a Físio3:

[...] eu acho que é imaturidade, de tá delimitando o seu espaço profissional, ou achando que existe um em detrimento do outro sabe, ou existo eu ou existe você, nós dois juntos não; então, eu vejo que existe uma grande dificuldade de relacionamento interclínicas, interprofissional (Físio3).

A Físio4 tem a mesma opinião e acrescenta: “a gente até tenta ter entrosamento assim, mais infelizmente aqui todo mundo quer o teu pescoço”.

A Físio5 menciona que foi fundadora da Associação dos Fisioterapeutas do Planalto Serrano e completa dizendo:

[...] a gente tem que unir forças pra conseguir espaço, as oportunidades que tivemos de fazer algumas reuniões, pouca gente apareceu e assim as pessoas não têm (...) não sei se não tem tempo ou não tem uma visão, não tem vontade, são desestimuladas por algum motivo,

[...] a gente não conseguiu fazer nada. A associação tá inativa, tá parado. Contato com outros fisioterapeutas? Eu nem conheço a maioria, [...] eu conheço mais o pessoal que dá aula para o curso de Fisioterapia.

Essa dificuldade de relacionamento intraprofissional é confirmada por Badaró (2008), ao afirmar que há uma carência de “respeito entre os colegas. O autor salienta ainda, que a competição gerada pela desvalorização econômica resulta em uma postura individualista desses profissionais e na desunião da categoria.

Considerações Finais

A importância do trabalho em equipe, em todos os níveis da atenção, para a melhoria da saúde populacional é conhecida, mas é necessário que se enriqueça a atenção primária, inserindo olhares de outros profissionais da saúde como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos e terapeutas ocupacionais entre outros, que trabalhem articulados em cada unidade de saúde, possibilitando uma atenção integral aos usuários do SUS.

Embora as compreensões sejam diversas, sinalizam a necessidade do esforço dos profissionais das várias áreas para que possam melhorar a saúde da população e a ideia de que apenas uma profissão possa ser responsável pela complexidade da saúde humana precisa ser descartada.

Observou-se, na maioria dos depoimentos, que a visão e a prática que prevalece é a de uma equipe de trabalho e não de interação e aproximação entre os profissionais de saúde para o trabalho em equipe interdisciplinar. Para mudança deste cenário, é essencial uma transformação

desde a formação acadêmica dos profissionais de saúde, estimulando a interdisciplinaridade, a educação permanente, além da mudança de conceitos e atitudes. As demandas atuais de saúde exigem cada vez mais que o trabalho em equipe seja realizado, visando o bem-estar dos usuários, desde o acolhimento.

O esgotamento do paradigma biomédico, que vem orientando a formação e a prática dos profissionais da saúde; a mudança do perfil epidemiológico e os desafios sociopolíticos e culturais, das últimas décadas, propiciaram o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários. (CARVALHO, 2005) Assim, compreender a complexidade da saúde na contemporaneidade é, também, pensar o indivíduo em sua organização da vida cotidiana. A partir deste ponto, o conhecimento/senso comum irá estabelecer relações humanizando o conhecimento científico, unindo razão e emoção, opondo-se ao que disjunta, reduz e fragmenta. A reforma do pensamento tornou-se basilar para o campo da saúde e para a prática da interdisciplinaridade.

Integralidade é um exercício que requer respeito às diferentes práticas de saúde e ao potencial que cada uma tem de contribuir para uma visão integral da saúde e de auto-organização do sujeito. A incomunicabilidade dos saberes científicos resulta em um modo fragmentado de atenção à saúde, em detrimento de uma compreensão solidária das questões que envolvem a vida e a saúde dos indivíduos.

O acesso dos usuários aos serviços de saúde é assegurado pela legislação brasileira, constituindo um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado, tal como a universalidade da atenção, implicando em um modelo norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Entretanto, sabe-se que a concretização do acesso universal

aos serviços de saúde requer uma luta cotidiana, pois depende do redimensionamento de uma nova prática, construída a partir de um novo olhar sobre a saúde.

Referências

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. In: **Interface**. Botucatu, v.5, n.9, ago. 2001.

ALVES, R.L.B.R. et al. A eficácia dos recursos fisioterapêuticos no ganho da amplitude de abertura bucal em pacientes com disfunções craniomandibulares. In: **Rev Odontol UNESP**. [s.l.], v.39, n.1, p.55-61. 2010.

BADARÓ, A.F.V. **Ética e Bioética na práxis da fisioterapia**: desvelando comportamentos. Tese de doutorado em Ciência da Saúde. Universidade de Brasília, 2008.

BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A.S. **Projeto de Pesquisa**: propostas metodológicas. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, 607p.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Ed.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p.229-66.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. In: **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde:** sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005. 183p.

DEMO, P. **Desafios modernos da educação.** 7.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

FAZENDA ICA. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro:** efetividade ou ideologia? 4.ed. São Paulo: Loyola; 1996.

GAUTHIER, J.H.M. et al. **Pesquisa em Enfermagem:** novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

GHIZONI, A.C. **As faces da integralidade em saúde:** estudo da percepção dos fisioterapeutas das clínicas de Lages/SC, 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado. Universidade do Planalto Catarinense, 118p.

GHIZONI, A.C.; ARRUDA, M.P.; TESSER, C.D. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. In: **Interface - Comunic., Saúde, Educação.** [s.l.], v.14, n.35, p.825-837. out./dez. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 fev. 2011.

HARTZ, Z.M.A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. In: **Cadernos de Saúde Pública.** [s.l.], v.20, n.2, p.S331-S336. 2004.

JACOB FILHO, W.; SITTA, M.C. Interprofissionalidade. In: PAPALETTO NETO, M. **Gerontologia.** Atheneu: São Paulo, 1996.

LOPES, F.M.; BRITO, E.S. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. In: **Rev. bras. ter. intensiva.** [s.l.], v.21, n.3, p.283-291. 2009. [serial on the Internet]. Aug [cited 2010 May 18]

MARCUS, M.T.; LIEHR, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDOWOOD G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARQUES, A.P.; SANCHES, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. In: **Rev. Fisioter. Univ. São Paulo.** [s.l.], v.1, n.1, p.5-10. jul./dez. 1994.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). In: **Cad. Saúde Pública.** [s.l.], v.20, n.5, p.1411-1416. set./out. 2004.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 17.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORIN, E. **A cabeça bem feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

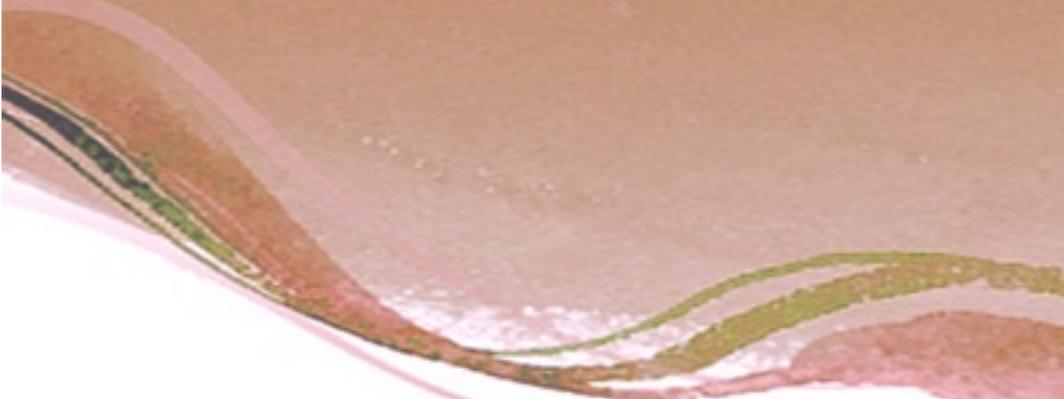
_____. **O paradigma perdido:** a natureza humana. 4.ed. Portugal: Publicações Europa-América, 1973.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. In: **Rev. Saúde Pública.** [s.l.], v.35, n.1, p.103-109. 2001. [online], [cited 2009-11-30].

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROCETO, L.S. et al. Eficácia da reabilitação pulmonar uma vez na semana em portadores de doença pulmonar obstrutiva. In: **Rev. bras. fisioter.** [s.l.], v.11, n.6, p.475-480. dez. 2007. [serial on the Internet]. [cited 2010 May 18]

SAAR, S.R.C.; TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.15, n.1. jan./fev. 200



AUTOMEDICAÇÃO EM POPULAÇÃO DA SERRA CATARINENSE

*Marli Adelina Souza
Anelise Viapiana Masiero
Eduardo de Souza Andrade
Fernanda Cristina de Augustinho
Jean Carlos Antunes dos Santos
Juliano Puccini Vieira,
Mara Cristina Lode,
Maycon Tadei Flores
Rodrigo Comnisky
Samuel Antonio Freitas
Vanessa Bonfanti
Vanessa Pillon Engroff*

Introdução

Entende-se por automedicação o uso de medicamentos sem nenhuma intervenção por parte de um médico, ou outro profissional habilitado, nem no diagnóstico, nem na prescrição, nem no acompanhamento do tratamento. (ABIAR, 2003)

O crescimento da automedicação no mundo tornou-se um problema de saúde pública, sendo que fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para sua difusão, com a maior disponibilidade de produtos no

mercado, gerando maior familiaridade do usuário leigo com os medicamentos. (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008; PEREIRA et al., 2007)

Na última década, houve uma conscientização crescente de que o escopo da farmacovigilância deve ser estendido além dos limites rígidos da identificação de novos sinais relativos à segurança. A globalização, o consumismo, a explosão do livre comércio, a comunicação entre fronteiras e o uso crescente da Internet resultaram numa mudança das formas de acesso a todos os medicamentos e às informações sobre eles. “E dentre as questões relativas à segurança, destaca-se a prática crescente da automedicação.” (OMS, 2005, p.7)

Embora haja regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a venda e propaganda de medicamentos que possam ser adquiridos sem prescrição médica, não há regulamentação nem orientação para aqueles que os utilizam. A aquisição de medicamento sem prescrição não permite ao indivíduo fazer uso indevido do mesmo. “Dados europeus indicam que, em média, 5,6 pessoas, por farmácia e por semana, fazem uso indevido de algum tipo de medicamento.” (EDITORIAL, 2001, p.269)

Pelo menos 50% das vendas dos medicamentos tradicionais do mercado brasileiro correspondem à automedicação. Essa foi uma das conclusões do estudo “Configuração do Complexo Econômico da Saúde”, realizado em 2006 pela UNICAMP, a pedido do Ministério da Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) De acordo com estatísticas do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, em 2011, foram registrados mais de 30 mil casos de intoxicação no Brasil, sendo que 60% ocorreram em mulheres. Na região sul, foram mais de 6 mil casos. (SINITOX, 2011) De acordo com a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), no Brasil, cerca

de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação, “[...] a má qualidade da oferta de medicamentos, o não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e instrução na população em geral [...]” (ARRAIS et al., 1997, p.72)

Existem várias maneiras de automedicar-se: adquirindo o medicamento sem receita; reutilizando receitas antigas; compartilhando remédios com outros membros da família ou do círculo social; e utilizando sobras de prescrições. Além dessas, não seguir a prescrição médica, prolongando ou interrompendo a dosagem, intervalo de dose e o tempo indicados na receita. (ARRAIS et al., 1997; LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008; CORRÊA; GALATO; ALANO, 2012)

Entre os problemas observados com a automedicação, podem ser destacados o mascaramento ou impedimento do diagnóstico correto de uma doença grave, o que pode afetar negativamente qualquer processo patológico do paciente, oculto ou não. (TOMASI et al., 2007; SERVIDONI et al., 2006)

Segundo a Associação Brasileira da Indústria da Automedicação Responsável, a automedicação consciente é válida somente no tratamento de sintomas e doenças sem gravidade, com produtos que não estejam sujeitos à prescrição médica, desde que o procedimento seja feito de forma correta, eficaz, segura e com o aconselhamento de profissionais da saúde como médicos e farmacêuticos, amparados por rotulagem dos produtos e publicidade veiculada através de vários tipos de mídia. Portanto, somente o conjunto de todos esses fatores poderia permitir que a automedicação fosse praticada de forma responsável. (WSMI, 2007; ABIAR, 2003)

Em Santa Catarina, especialmente na Região do Planalto Serrano, pouco se sabe sobre o perfil do paciente que se automedica, os medicamentos mais utilizados e os riscos que estes podem causar. O desconhecimento dessa prática e a falta de dados estatísticos justificam a realização do presente estudo para avaliar a automedicação em um município de médio porte da Serra Catarinense.

Metodologia

Delineamento do Estudo

O estudo caracterizou-se como observacional, transversal e descritivo. Foram entrevistados moradores de 10 bairros da zona urbana do município de Lages/SC, onde os acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, participavam do cenário de aprendizagem Prática de Saúde da Comunidade (PSC) e realizavam visitas domiciliares, acompanhados dos agentes comunitários que fazem parte do Programa de Saúde da Família (PSF).

Para selecionar essa população, foi realizada uma análise do mapa das ruas dos bairros, no qual foram escolhidas aleatoriamente as ruas, selecionando-se os números das casas intercaladas para abranger quase todo o bairro. Os bairros escolhidos apresentaram distribuição socioeconômica bastante heterogênea, sendo alguns muito próximos ao centro, com maiores condições socioeconômicas e outros mais afastados, com menores condições. Considerou-se ainda, como critério de inclusão para o público alvo: ser maior de 18 anos e aceitar a participação na pesquisa assinando o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Dentro destes critérios, foram entrevistados 547 indivíduos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNIPLAC, sob o protocolo número 50/07.

Para avaliação das questões relativas à automedicação, utilizou-se como instrumento para a coleta de dados um questionário fechado. Para delinear o perfil sociodemográfico dos entrevistados, foram utilizadas como variáveis: idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão e renda familiar. Ainda, investigou-se: a utilização de medicamentos nos últimos 12 meses; periodicidade de visitas ao médico; quando da automedicação, quais os fatores que o levaram a tal ato; reutilização de receitas antigas; e quais os medicamentos utilizados na prática da automedicação.

As variáveis foram apresentadas por meio da estatística descritiva. As variáveis associadas ao consumo de medicamentos foram analisadas utilizando-se o teste qui-quadrado, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância $p \leq 0,05$.

Resultados

Dos 547 entrevistados 75,31% relataram automedicação. O perfil sociodemográfico desses indivíduos apresentou predominância do sexo feminino e de pessoas mais jovens. Considerando as variáveis: escolaridade, renda, profissão, estado civil, estas pareceram não influenciar na automedicação, bem como, ter ou não plano de saúde privado (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de frequência segundo o perfil sociodemográfico dos entrevistados sobre automedicação em bairros do Município de Lages.

(continua)

Variáveis	Todos (n=547)	
	n	%
Automedicação (n=547)	412	75,31
P	<0,001	
Gênero		
Homens	92	72,44
Mulheres	320	76,19
P	<0,001	
Renda familiar per capita (n= 384)		
4º quartil	137	74,86
3º quartil	52	70,27
2º quartil	104	74,82
1º quartil	91	66,91
P	0,4680	
Escolaridade - anos (n=340)		
≥ 12	61	59,80
9-11	97	65,94
5-8	61	67,03
≤ 4	121	61,73
P	0,3490	
Idade - anos (n=412)		
18-32	142	81,60
33-46	101	80,15
47-60	94	77,04
>60	75	60,48
P	<0,001	

(conclusão)

Estado conjugal (n=412)		
Com companheiro (a)	219	64,18
Sem companheiro (a)	193	77,20
P	0,4416	
Profissão (n=412)		
Do lar	150	79,36
Agente de saúde	18	69,23
Estudante	38	79,16
Professor	9	60,00
Profissional Liberal	15	83,33
Aposentado	42	62,68
Doméstica	25	69,44
Outras	115	71,42
P	0,1979	
Plano de Saúde Privado (n=412)		
Sim	122	76,25
Não	290	76,51
P	0,5616	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Sobre o uso de medicamentos nos últimos 12 meses, 91,2% dos entrevistados relataram ter utilizado algum tipo de medicamento. Sobre a periodicidade com que procuram atendimento médico, os que raramente procuram ou consultam-se uma vez ao ano, tendem a automedicar-se mais, ficando no limite da significância ($p=0,0588$). Quando perguntado se ao automedicar-se melhoravam, 94,2% responderam que sim.

Tabela 2 – Fatores associados ao uso de medicamentos dos entrevistados nos bairros do Município de Lages.

(continua)

Variáveis	Todos (n=547)	
	n	%
Automedicação (n=412)	412	75,3
Doença auto referida		
Sim	263	63,83
Não	149	36,16
P	<0,005	
Tipo de doenças (402)		
Hipertensão	111	27,61
Diabetes	32	7,96
CA	10	2,48
Constipação	60	14,92
Dislipidemia	39	9,70
Cardiopatía	36	8,95
Insuficiência	48	11,94
Depressão	66	16,41
P	<0,001	
Nº de consultas /ano (n=391)		
1	88	22,50
2	68	17,39
3	72	18,41
+3	70	17,90
Raramente	93	23,78
P	0,0588	

(conclusão)

Fatores que influenciam a automedicação (n=412)

Televisão	21	88,46
Rádio	3	100,00
Vizinhos	34	97,22
Familiares	170	96,11
Contato com profissionais da saúde	133	97,91
Outros	51	94,44
P	<0,001	

Onde adquiriram o medicamento sem prescrição (n=405)

Diretamente Farmácia	330	81,48
Familiares/ amigos	22	5,43
Compra de intermediários	19	4,69
Reutilizou sobras de medicamentos	34	8,39
P	<0,001	

Reutilização de receitas (n=403)

Sim	100	75,18
Não	303	24,81
P	0,1147	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Dos fatores descritos na tabela 2, que estimularam a automedicação, os mais frequentes foram: a indicação de medicamentos por familiares e contato com profissionais da área da saúde ($p \leq 0,0001$); sendo que a maioria dos produtos foram adquiridos em farmácias comerciais ($p \leq 0,0001$).

Constatou-se que 64% de todos os entrevistados apresentavam alguma doença. Dos que se automedicam, a hipertensão foi a mais relatada, seguida pela depressão, constipação, insuficiência vascular, dislipidemias, diabetes e cardiopatias.

Por fim, em relação à associação de medicamentos, perguntou-se sobre o uso de mais um medicamento, industrializado ou caseiro, ao mesmo tempo, sem prescrição médica e observou-se que 47,59% dos entrevistados fizeram algum tipo de associação de medicamentos. Desses, 48,58% utilizavam chás caseiros em associação com medicamentos industrializados.

Discussão

A automedicação constitui uma prática mundial, presente nas mais diversas sociedades e culturas, sendo possível verificar que independe do grau de desenvolvimento socioeconômico das mesmas e que se agrava com a idade. (SEGALL, 1990; VILARINO et al., 1998) O aumento da população idosa no Brasil traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde. Em consequência, percebe-se um grande número de patologias encontradas com sintomatologias diversas e a prevalência de doenças crônicas degenerativas, as quais frequentemente dependem de terapêuticas medicamentosas prolongadas ou contínuas. “Por isso, esses indivíduos tornam-se grandes consumidores de medicamentos sendo, possivelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade.” (ANDRADE; SILVA; FREITAS, 2004, p.55) No entanto, no presente estudo, observou-se que os adultos jovens também automedicam-se, sendo que o sexo predominante nesse aspecto foi o feminino com 76,19% dos casos, corroborando com outros

estudos. (SCHIMID; BEMAL; SILVA, 2010; VITOR et al., 2008; VILARINO et al., 1998) Acredita-se que o resultado justifica-se por serem as mulheres as que mais estão em casa, visto que mais de 50% dos que se automedicam referem sua profissão como sendo do lar, estudante ou aposentado.

Embora os resultados apontem que o grau de escolaridade e renda não influenciem na automedicação, algumas particularidades da população estudada devem ser destacadas. Em relação ao grau de escolaridade, considerando todos os entrevistados, os índices apontam que 36% não completaram o ensino fundamental, e que apenas 5,5% são graduados; dados muito diferentes do estudo realizado por Vitor et al. (2008), em Porto Alegre, onde apenas 9% dos indivíduos não possuíam o ensino fundamental completo e quase 40% dos entrevistados concluíram o ensino superior.

Enquanto estudos apontam que quanto maior a escolaridade, maior o índice de automedicação (OLIVEIRA et al., 2012; SCHIMID; BEMAL; SILVA, 2010; VILARINO et al., 1998), dados contrários também são relatados. (SILVA et al., 2013)

Em relação à renda, a maioria dos serranos catarinenses ganhavam até 3 salários mínimos à época da pesquisa. A região, política e administrativamente, é composta por 18 municípios que integram a Associação dos Municípios da Região Serrana (AMURES, 2010), totalizando 284.115 habitantes, dos quais 156.727 estão no município de Lages. (IBGE, 2011) Caracteriza-se a cidade como a área territorial mais extensa do estado: são 16.271km², correspondendo a aproximadamente 17% do território catarinense. Além disso, é a que apresenta a menor densidade demográfica. Destaca-se ainda, que a região detém, segundo dados do IBGE 2011, o mais baixo Índice de Desenvolvimento Humano

(IDH=0,72) do estado, o que traduz (da mesma forma que a mortalidade infantil) a precariedade socioeconômica de parte da população.

A influência do padrão de uso de serviços de saúde na automedicação também foi verificada e observou-se não haver diferença entre a população que possui plano de saúde privado, ou não. No entanto, a frequência de consultas médicas reflete na automedicação. Os pacientes que procuram raramente o médico, ou vão apenas uma vez ao ano, automedicam-se mais. Os achados corroboram o estudo realizado em Bambuí (MG), onde 61% dos indivíduos que se automedicaram não tinham consultado o médico nos últimos 12 meses. (LOYOLA FILHO et al., 2002)

Dos medicamentos utilizados sem prescrição médica, 81,48% foram adquiridos em farmácias comerciais. No estudo de Servidoni et al. (2006), 83% dos usuários consumiram ou compraram medicamentos sem apresentação de receita médica, porém, desse total, 73% responderam que tal medicação não requeria apresentação obrigatória de receita para sua compra. No uso de medicamentos de indicação restrita, os autores verificaram que 12,11% dos entrevistados obtiveram esses produtos sem prescrição médica, fato surpreendente, visto que esses fármacos necessitam de receituário médico especial. (SERVIDONI et al., 2006) A livre compra de medicamentos, sem a obrigatória apresentação de receita médica, se por um lado demonstrou o pouco caso ou desconhecimento em relação às normas regulamentares, por outro evidenciou as dificuldades de acesso a uma atenção médica e farmacêutica adequadas. (AQUINO, 2008)

Sobre a reutilização de receitas, 73% dos entrevistados deste estudo responderam que reutilizaram receitas antigas para automedicar-se e 6,63% utilizaram sobra de medicamentos. No estudo de Servidoni et al. (2006),

observou-se também a influência relevante de prescrições anteriores (40,0%). Em Santa Maria (RS), no estudo de Vilarino et al. (1998), 51,7% dos fármacos da automedicação constituíam prescrições médicas emitidas em consultas anteriores.

Neste trabalho também foi observado que dos fatores que influenciaram a automedicação, os predominantes foram os familiares (40,6%) e o contato com profissionais da área da saúde (32,5%), observando que os meios de comunicação pouco influenciaram nessa prática (6,6%). Esses dados corroboram com a literatura. (AQUINO; BARROS; SILVA, 2010; SCHIMID; BEMAL; SILVA, 2010; VITOR et al., 2008; PEREIRA et al., 2007; SERVIDONI et al., 2006; VILARINO et al., 1998)

Em relação ao motivo que levou à automedicação, em 64% dos casos, os indivíduos relataram alguma doença, tendo sido a hipertensão a mais autorreferida. Em outros estudos, o hábito da automedicação está associado à presença de sinais e sintomas menores, de características agudas tais como: dor e febre, seguidos de medicamentos para doenças crônicas. (SCHIMID; BEMAL; SILVA, 2010; VITOR et al., 2008; SÁ; BARROS; SÁ, 2007; SERVIDONI et al., 2006)

O uso de remédios caseiros é prática rotineira no meio domiciliar, sendo parte integrante da cultura popular. Largamente utilizados, eles são encontrados à venda em mercados populares, esquinas e ruas. Em relação à associação de medicamentos sem prescrição médica, 47,6% utilizaram algum tipo de associação de medicamento e desses, 48,58% utilizaram chás caseiros em associação com medicamentos industrializados. Segundo os relatos, muitos utilizaram dois fármacos iguais ao mesmo tempo, sendo o paracetamol comprimido e o chá antigripal (que contém paracetamol na sua formulação) os mais indicados, dado

este a ser melhor explorado em um próximo trabalho. Várias ervas e chás caseiros foram citados, fator de relevância, pois existe uma gama de espécies potencialmente venenosas na flora regional e, muitas vezes, na tentativa de preparar medicamentos caseiros, ao invés de benefícios, causam-se danos à saúde. (SÁ; BARROS, 2007; VILARINO et al., 1998)

Frente ao exposto, observa-se um panorama preocupante quanto à automedicação no cenário da pesquisa.

Os dados apresentados reforçam a necessidade de informar a população sobre o uso adequado de medicamentos, além dos cuidados que devem ter para não reutilizar receitas antigas e seguir as orientações médicas.

O não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência populacional, no que tange à instrução e informações, justificam a preocupação com a qualidade da automedicação praticada no país.

A associação entre essa prática e a menor frequência de visitas ao médico, assim como o interesse em diminuir gastos financeiros com medicamentos, sugere que a automedicação pode atuar como um substituto da atenção formal à saúde na comunidade estudada.

Conclusões

1) O perfil socioeconômico caracterizou-se por apresentar predominância do sexo feminino, com faixa etária entre os jovens de 18 a 32 anos e pessoas com mais de 60 anos, casados, com ensino fundamental incompleto e renda familiar de até 3 salários.

2) Dos entrevistados, 91% utilizaram algum tipo de medicamento no último ano e desses, 75% praticaram automedicação, procurando raramente atendimento médico.

3) A indicação de medicamentos por familiares foi o fator que mais estimulou a automedicação, sendo adquiridos esses produtos em farmácias comerciais sem a prescrição médica devida.

4) Dos entrevistados, 63% autorreferiram alguma doença, sendo a hipertensão a mais relatada. Em relação à associação de medicamentos, 48% fizeram uso de algum tipo de associação de medicamentos sem prescrição médica.

Referências

ABIAR. Associação Brasileira da Indústria da Automedicação Responsável. **Informação e automedicação responsável**. 2003. Disponível em: <<http://www.abiar.org.br>>. Acesso em: 14 nov.2011.

AMURES. Associação dos Municípios da Região Serrana. Disponível em: <<http://www.amures.org.br/municipios/index.php>>. Acesso em: 03 mai. 2011.

ANDRADE, M.A.; SILVA, M.V.S.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. In: **Cienc. Biol. Saúde**. [s.l.], v.25, p.55-63, 2004.

AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? In: **Ciênc. & Saúde Coletiva**. [s.l.], v.13, p.733-736, 2008.

AQUINO, D.S.; BARROS, J.A.C.; SILVA, M.D.P. Automedicação e os acadêmicos da área de saúde. In: **Ciênc. & Saúde Coletiva**. [s.l.], v.15, n.5, p.2533-38, 2010.

ARRAIS, P.S.D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. In: **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.31, n.1, p.71-7, 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Automedicação**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov>>. Acesso em: 07 jun. 2007.

CORRÊA, T.S.; GALATO, D.; ALANO, G.M. Condutas relacionadas à automedicação de adultos: um estudo qualitativo baseado na técnica de grupo focal. In: **Rev. Bras. Farm.** [s.l.], v.93, n.3, p.315-320, 2012.

EDITORIAL. Automedicação. In: **Rev. Assoc. Med. Bras.** [s.l.], v.47, n.4, p.269-270. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n4/7366.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2011. **Banco de dados agregados**: sistema IBGE de recuperação automática/SIDRA. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=cd&o=3&i=P&c=761>>. Acesso em: 03 mai. 2011.

LEITE, S.N.; VIERIA, M. VEBER, A.P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. In: **Ciênc. & Saúde Coletiva**. [s.l.], v.13, supl.1, p.793-802. 2008.

LOYOLA FILHO, A.I. et al. Prevalence and factors associated with self-medication: the Bambuí health survey. In: **Rev. Saúde Pública**. [s.l.], v.36, n.1, p.55-62. 2002.

OLIVEIRA, M.A. et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. In: **Cad. Saúde Pública**. [s.l.], v.28, n.2, p.335-345. 2012.

OMS. **A importância da farmacovigilância**. Monitorização da segurança dos medicamentos. [s.l.: s.n.], 2005.

PEREIRA, F.S.V.T. et al. Automedicação em crianças e adolescentes. In: **J. Pediatria**. [s.l.], v.83, n.5, p.453-458. 2007.

SÁ, M.B.; BARROS, J.A.C.; SÁ, M.P.B.O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. In: **Rev. Bras. Epidemiol.** [s.l.], v.10, n.1, p.75-85. 2007.

SCHMID, B.; BEMAL, R.; SILVA, N.N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. In: **Rev. Saúde Pública**. [s.l.], v.44, n.6, p.1039-45. 2010.

SEGALL, A. A community survey of self-medication activities. In: **Med Care**. [s.l.], v.28, n.4, p.01-10, 1990.

SERVIDONI, A.B. et al. Perfil da automedicação nos pacientes otorrinolaringológicos / Self-medication profile of ENT patients. In: **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [s.l.], v.72, n.1, p.83-88. 2006.

SILVA, J.A.C. et al. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. In: **Rev Bras Clin Med.** [s.l.], v.11, n.1, p.27-30. 2013.

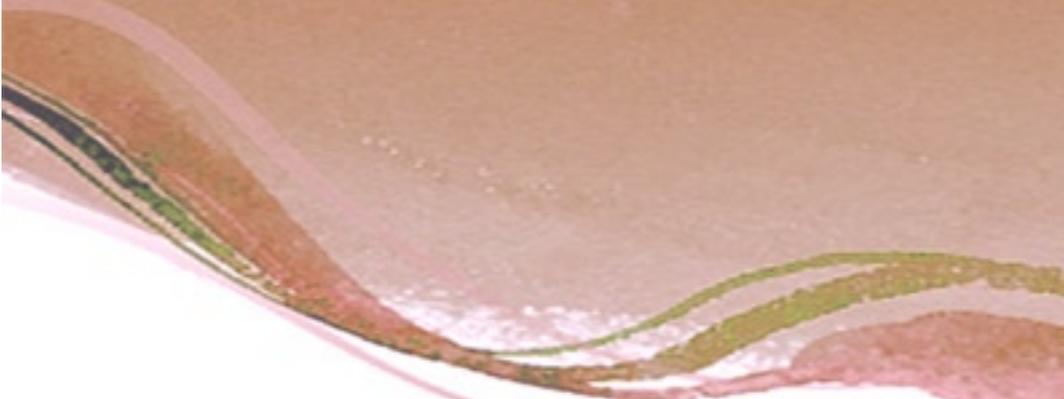
SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>. Acesso em: 04 set. 2014.

TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. In: **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v.10, n.1, p.66-74. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 02 set. 2014.

VILARINO, J.F. et al. Perfil da automedicação em Município do Sul do Brasil. In: **Rev. Saúde Pública.** [s.l.], v.32, n.1, p.43-9. 1998.

VITOR, R.S. et al. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. In: **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva.** [s.l.], v. 13(sup), 737-43. 2008.

WSMI. World Self-Medication Industry Responsible. **Self-Care and Self-Medication: A worldwide review of consumers surveys.** 2007. 15p.



PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA POPULAÇÃO ADULTA ATENDIDA POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE LAGES - SC: transtornos mentais em população adulta do sul do Brasil¹

*Anderson Stevens
Aline Gabriele Melo de Andrade
Gino Chaves da Rocha*

Introdução

Estudos epidemiológicos envolvendo temas na área da psiquiatria vêm ganhando importância nos últimos anos, permitindo melhor direcionamento da assistência médica

¹ Agradecimentos: À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina, através da aprovação do Projeto de Iniciação de Pesquisa do Artigo 170; à acadêmica do Curso de Graduação em Biomedicina da Universidade do Planalto Catarinense, Heloísa Cristina Schappo, pela participação voluntária nos trabalhos de campo para a realização da coleta de dados; ao professor Antônio Fernando Boing, da Universidade Federal de Santa Catarina; ao professor Ernani Tiaraju de Santa Helena, da Universidade Regional de Blumenau; e aos professores David José Miquelluti e Leonardo Biffi, da Universidade do Estado de Santa Catarina, pela ajuda com as análises estatísticas.

e contribuindo com as diretrizes de políticas públicas em saúde mental. Tais estudos têm possibilitado uma melhor compreensão sobre a ocorrência e o curso dos transtornos mentais nas populações, além de propiciar a avaliação das consequências desses fenômenos sobre os indivíduos e suas famílias. (PEREIRA, 2001; LIMA, 1999)

“A prevalência mundial de transtornos mentais vem aumentando progressivamente, de acordo com estudos epidemiológicos de base populacional, principalmente nos países em desenvolvimento.” (MENEZES, 1996, p.43-55) Estudos apresentam prevalências variando entre 12,2% e 48,6%, conforme a população estudada e o delineamento metodológico empregado. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001) A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um grande levantamento na década de 1990, denominado *Global Burden Disease*, envolvendo amostras populacionais de 54 países. Um dos objetivos propostos foi avaliar o impacto dos agravos mais prevalentes no mundo (que totalizavam 130), em relação à morbimortalidade. Das dez doenças que mais levavam à incapacidade, sete eram transtornos mentais. Estes também foram responsáveis por 30,8% do total de anos vividos com alguma incapacidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001)

É muito comum que profissionais médicos, que trabalham na atenção primária à saúde, atendam diariamente pacientes com queixas somáticas inespecíficas como dores de cabeça, problemas digestivos, insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, além de sintomas de ansiedade e depressivos. “Grande parte dos profissionais da saúde, ainda não preparados para atender a esta demanda, acabam classificando estes pacientes como poliqueixosos, somatizadores, histéricos ou pitiáticos.” (FONSECA GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008, p.285-294) Um trabalho pioneiro, de Goldberg e Huxley (1992), descreveu

uma síndrome composta pelos seguintes sintomas: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas variadas. A este grupo de sintomas deram a denominação de Transtornos Mentais Comuns – TMC. (GOLDBERG; HUXLEY, 1992) Segundo Mari e Jorge (1997), os TMC englobam, portanto, três eixos: sintomas de ansiedade, depressão e somatoformes (queixas corporais/físicas que não apresentam causas orgânicas identificáveis). Podemos encontrar na literatura outras denominações para TMC com a mesma significância, porém, menos usadas, como morbidades psiquiátricas menores e distúrbios psiquiátricos menores. (COSTA et al., 2002; LIMA et al., 1996)

Os pacientes com TMC, na maioria das vezes, não preenchem os critérios diagnósticos de quadros psiquiátricos clássicos, contemplados no DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease – Fourth Edition*) e na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças - 10ª Revisão), o que não se traduz em menos sofrimento e incapacidade. (SANTOS, 2002; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) Esses pacientes apresentam, em média, duas vezes mais queixas de saúde física do que aqueles sem transtornos e têm maior probabilidade de buscar atendimento em serviços de saúde. Muitas vezes, não são reconhecidos pelos profissionais que os atendem aumentando, portanto, a demanda nas unidades de saúde e ocasionando mais sofrimento, perdas de dias trabalhados e agravos sociais. (ARAÚJO et al., 2003; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARRO, 2003; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; ANDRADE et al., 1999)

Muito empregado atualmente, o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento de rastreamento de transtornos mentais comuns que contém 20 perguntas de resposta “sim/não”, simples, rápido e autorrespondível,

sendo recomendado pela OMS para uso clínico e em pesquisa. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993) A validação brasileira mais recente para o SRQ-20 foi realizada por Gonçalves e Kapczinski (2008), comparando-o com o *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID), baseado no DSM-IV-TR. Eles obtiveram ponto de corte ótimo de 7/8 para toda amostra independente do gênero, diferente das validações anteriores que estabeleciam pontos de corte diferenciados para a população masculina e feminina. No estudo, “a sensibilidade do questionário foi de 86,33% e a especificidade de 89,31%.” (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008, p.380-90)

Poucos ainda são os estudos realizados em municípios de médio porte, localizados no interior do Brasil, com características sociodemográficas, muitas vezes peculiares, em relação aos grandes centros urbanos. O objetivo desse estudo, portanto, foi estimar a prevalência de transtornos mentais comuns, utilizando o SRQ-20, na população adulta adscrita de uma área atendida por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, no município de Lages, Santa Catarina (Brasil), analisando as variáveis sociodemográficas como possíveis fatores associados aos TMC.

Metodologia

Delineamento do estudo e amostragem

O estudo, transversal de base populacional, foi realizado durante o ano de 2009, em um bairro da zona periférica do município de Lages, localizado na região do planalto serrano no estado de Santa Catarina, região sul do país. O bairro Santa Helena, com uma população aproximada de 10.000 habitantes, é assistido por uma

Unidade de Saúde da Família (USF) e está dividido em quatro áreas de abrangência, sendo cada uma atendida por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A área escolhida, por conveniência para o levantamento sobre TMC, foi a de número 26, que contava na ocasião com 2669 habitantes sendo 1559 adultos, compreendidos na faixa etária de 20 a 59 anos. A área é subdividida em cinco microáreas contendo cada uma de 125 a 157 famílias cadastradas e possuía de 239 a 395 moradores incluídos na mesma faixa etária. Os dados populacionais foram obtidos diretamente dos registros das Agentes Comunitárias de Saúde, da área 26, da USF Santa Helena.

Para o cálculo do tamanho da amostra, tomou-se como base a população total adulta do bairro (1559 indivíduos). Assim, foram considerados para o cálculo, a prevalência estimada de TMC de 32,5%, de acordo com a média de cinco recentes pesquisas brasileiras realizadas entre 2000 e 2008 (COSTA et al., 2002; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008a); um erro amostral de $\pm 5\%$; e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), obtendo-se 277 indivíduos. Acrescentou-se 15% sobre esse valor para possíveis perdas, resultando em uma amostra final de 319 pessoas a serem entrevistadas. Os critérios de inclusão foram: ser adulto (com idade entre 20 e 59 anos), morar na área atendida e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios para considerar-se exclusão foram: apresentar idade menor que 20 e igual ou maior a 60 anos, além das pessoas incapacitadas mentalmente ou aquelas que não desejassem participar.

Instrumentos

Foram aplicados dois questionários: um sobre dados sociodemográficos e o SRQ-20. As entrevistas foram realizadas por duas acadêmicas, bolsistas de iniciação científica, durante as visitas domiciliares às famílias sorteadas para participarem da pesquisa. Para o trabalho de campo foi realizada uma capacitação prévia com as bolsistas sobre a forma de abordagem aos voluntários e calibragem para a aplicação dos questionários.

▪ Questionário sociodemográfico

Compreendido por 17 campos de preenchimento, abordando os seguintes itens: sexo, idade, data de nascimento, etnia, situação conjugal, número de moradores no domicílio, religião, número de filhos, atividade de lazer, escolaridade, ocupação, profissão, renda familiar e renda per capita. No item de situação conjugal, considerou-se casamento as uniões formalizadas (civil ou religioso) e as uniões não oficiais estáveis de mais de um ano.

▪ SRQ-20

Questionário com 20 questões do tipo “sim/não”, utilizado para rastreamento de transtornos mentais comuns (TMC) e recomendado pela OMS tanto para estudos comunitários como na atenção primária à saúde. As questões abordavam os sintomas relacionados aos transtornos de humor, ansiedade e somatoformes. Cada resposta afirmativa pontuava com atribuição do valor 1. Ao final, realizou-se o somatório das respostas afirmativas, tendo-se obtido um escore de zero (nenhuma resposta sim) a 20 (todas respostas afirmativas). O ponto de corte utilizado foi 7/8 para toda a amostra, com sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31% para detecção de TMC, segundo validação de Gonçalves e Kapczinski (2008). Foram

considerados casos de TMC os que apresentaram oito ou mais respostas afirmativas no escore final do SRQ-20, originando a variável dicotômica, presença ou ausência de TMC.

Análise estatística

Foi utilizado o programa Epi info versão 3.5.1 (Centro de Controle e Prevenção de Doenças, Atlanta, EUA), de domínio público, para a compilação do banco de dados e cálculos das análises estatísticas. Foi realizada a análise descritiva da população amostrada, segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, etnia, situação conjugal, número de moradores no domicílio; religião – em casos afirmativos: se praticante; número de filhos; presença de atividades de lazer; escolaridade; ocupação; profissão; renda familiar e renda *per capita*; e a prevalência de TMC). Em seguida, foi realizada a análise univariada, pelo teste do qui-quadrado (χ^2), corrigido por Yates e pelo teste de Fischer, para aquelas variáveis que apresentassem frequência menor ou igual a 5. (LUIZ, 2006) Adotou-se $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95% (IC 95%) para averiguar a associação entre os dados sociodemográficos e a presença de TMC, através da significância estatística pela hipótese da nulidade (H^0).

Aspectos éticos

O protocolo desta pesquisa atendeu às prerrogativas e aos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de

Ética em Pesquisa (CONEP). Foi aprovado, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense, Lages/SC, através do protocolo nº 004/09. Os participantes assinaram ainda, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Do total da amostra calculada (319 indivíduos) foram entrevistados 180 adultos – quantidade equivalente a 65% do previsto. Portanto, os dados aqui apresentados são resultados parciais. O perfil sociodemográfico da amostra pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da amostra e a sua relação com a prevalência de TMC

(continua)

Variáveis do estudo	Total (n=180)		TMC ¹	
	n	%	N	%
Sexo				
Masculino	66	36,7	21	31,8
Feminino	114	63,3	48	42,1
Idade (anos)				
20 - 29	47	26,1	20	42,6
30 - 39	53	29,4	15	28,3
40 - 49	38	21,1	21	55,3
50 – 59	42	23,3	13	31,0

(continua)

Etnia				
Branco	100	55,5	34	34,3
Não brancos	80	44,4	35	43,75
Situação conjugal				
Solteiros	33	18,3	12	36,4
Casados ²	135	75,0	51	37,8
Divorciados/ separados/Viúvos	12	6,7	6	50,0
Nº moradores por domicílio				
1 – 4	130	72,2	54	41,5
5 – 8	50	27,8	15	30,0
Religião				
Não tem	9	5,0	6	66,7
Católica	137	76,1	54	39,4
Evangélica	29	16,1	8	27,6
Outras	5	2,8	1	20,0
Praticante (N=171)				
Sim	119	69,6	39	32,8
Não	52	30,4	24	46,2
Filhos				
Não tem	35	19,4	13	37,1
Tem	145	80,6	56	38,6

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da amostra e a sua relação com a prevalência de TMC

(continua)

Variáveis do estudo	Total (n=180)		TMC ¹	
	n	%	N	%
Nº filhos (N=145)				
1 – 2	85	47,3	30	35,3
3 – 4	47	26,1	17	36,2
5 – 6	9	5,0	7	77,8
7 ou +	4	2,2	2	50,0
Lazer				
Sim	76	42,2	20	26,7
Não	104	57,8	49	46,7
Escolaridade				
Analfabeto	6	3,3	4	66,7
1ª a 4ª série	42	23,3	20	46,5
5ª a 8ª série	68	37,8	23	33,8
Ensino médio	52	28,9	20	39,2
Ensino superior	12	6,7	2	16,7

(conclusão)

Ocupação				
Trabalhador em atividade				
Estudante	104	57,8	39	37,5
Trabalhador temporário	6	3,3	1	16,7
Desempregado	2	1,1	1	50,0
Dona de casa	15	8,3	6	40,0
Aposentado por invalidez/benefício-saúde	43	23,9	16	37,2
Aposentado por tempo de serviço	8	4,4	4	50,0
Renda familiar (salários-mínimos) ³				
0 a 2 SM	2	1,1	2	100
> 2 SM				
Renda <i>per capita</i> (em salários-mínimos) ³				
Até ½ SM	91	50,5	41	45,0
> ½ SM	89	49,5	28	31,5
Renda <i>per capita</i> (em salários-mínimos) ³				
Até ½ SM	75	41,7	34	45,3
> ½ SM	105	58,3	35	33,3

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

¹ Caso de TMC: ≥8 respostas afirmativas no SRQ-20.

² Casamento formalizado (civil ou religioso) ou união estável de mais de um ano.

³ Salário-mínimo atual R\$ 465,00.

A idade média dos participantes da pesquisa foi de 38,61 anos (DP = 11,42). A maioria deles composta por: mulheres (63,3%), brancos (55,5%) casados (75%), pais (80,6%) e quase metade (47,3%) com poucos filhos: um ou dois. As famílias eram pouco numerosas (72,2% compostas por até quatro integrantes). A taxa de analfabetismo foi baixa (3,3%). Em relação à escolaridade, 37,8% apresentavam formação de 5ª a 8ª série do ensino fundamental (antigo 1º grau) e apenas 28,9% deles atingiram alguma série do ensino médio (antigo 2º grau). Quanto à situação ocupacional, 57,8% dos pesquisados estavam trabalhando (economicamente ativos) na ocasião da entrevista, a maioria deles composta por trabalhadores manuais não qualificados. As profissões mais prevalentes foram: doméstica, artesão, vendedor e serviços gerais, as quais englobaram um quarto dos entrevistados. A ocupação de “dona de casa” ficou em segundo lugar nesse quesito.

Um dos pontos levantados era relativo à formação religiosa, questionando se entendiam possuir religião ou espiritualidade e, apenas 5% responderam negativamente. O catolicismo foi a categoria mais prevalente (76,1%), acompanhado pelos evangélicos (16,1%). Para as pessoas que afirmaram possuir religião também foi indagado se eram praticantes da mesma, no intuito de saber se frequentavam missas ou cultos e 69,6% responderam que sim.

A prática de lazer também foi investigada e mais da metade da amostra respondeu não desenvolver atividades desse gênero (57,8% das pessoas). Os valores de renda também foram baixos, pois metade das famílias possuía renda de até dois salários-mínimos e 41,7% dos entrevistados tinham renda de até meio salário-mínimo. Em relação às famílias, a distribuição de renda nesta população era bastante desigual, variando de nenhuma renda até o extremo de R\$ 5.000,00. A Tabela 2 apresenta a análise univariada do perfil sociodemográfico com o desfecho TMC.

Tabela 2 – Associação entre TMC e variáveis sociodemográficas, através de análise univariada com Odds Ratio (OR), intervalo de confiança de 95% e valor de p.

(continua)

Variáveis do estudo	OR	IC 95%	P
Sexo			
Masculino	1,00		
Feminino	1,56	0,79 – 3,12	0,226
Idade (anos)			
20 – 29	1,88	0,75 – 4,70	0,200
30 – 39	1,00		
40 – 49	<u>3,13</u>	1,20 – 8,24	0,017
50 – 59	1,14	0,43 – 3,01	0,956
Etnia			
Branco	1,00		
Não brancos	1,51	0,79 – 2,89	0,236
Situação conjugal			
Solteiros	1,00		
Casados	1,06	0,45 – 2,58	0,960
Divorciados/ separados/Viúvos	1,75	0,37 – 8,17	0,499*

Tabela 2 – Associação entre TMC e variáveis sociodemográficas, através de análise univariada com Odds Ratio (OR), intervalo de confiança de 95% e valor de p.

(continua)

Variáveis do estudo	OR	IC 95%	P
Nº moradores por domicílio			
1 – 4	1,66	0,79 – 3,60	0,209
5 – 8	1,00		
Religião			
Não tem	5,25	0,83 – 38,64	0,051*
Católica	1,71	0,66 – 4,78	0,324
Evangélica	1,00		
Outras	0,66	0,01 – 8,21	1,000*
Praticante (N=171)			
Sim	1,00		
Não	1,76	0,85 – 3,60	0,134
Filhos			
Não tem	1,00		
Tem	1,05	0,46 – 2,47	0,951

(continua)

Nº filhos			
1 – 2	1,00		
3 – 4	1,04	0,46 – 2,32	0,928
5 – 6	<u>6,42</u>	1,10 – 65,76	0,026*
7 ou +	1,83	0,13 – 26,29	0,616*
Lazer			
Sim	1,00		
Não	<u>2,49</u>	1,26 – 5,01	0,007
Escolaridade			
Analfabeto	10,00	0,69 – 166,36	0,107*
1ª a 4ª série	4,55	0,80 – 46,44	0,094
5ª a 8ª série	2,56	0,48 – 25,65	0,322
Ensino médio	3,13	0,57 – 31,75	0,192
Ensino superior	1,00		
Ocupação			
Trabalhando	1,00		
Não trabalhando	1,39	0,71 – 2,72	0,384
Renda familiar (salários-mínimos)			
0 a 2 SM	1,79	0,93 – 3,44	0,085
> 2 SM	1,00		

Tabela 2 – Associação entre TMC e variáveis sociodemográficas, através de análise univariada com Odds Ratio (OR), intervalo de confiança de 95% e valor de p.

(conclusão)

Variáveis do estudo	OR	IC 95%	P
Renda <i>per capita</i> (em Reais)			
Até ½ SM	2,19	1,11 – 4,34	0,022
> ½ SM	1,00		

* Correção pelo teste de Fischer (quando uma das frequências foi < 5).
Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Os dados sociodemográficos, estatisticamente relacionados com TMC ($p < 0,05$), foram: estar na quinta década de vida, ter número de filhos elevado, não ter atividades de lazer e apresentar baixa renda *per capita*.

O escore médio de pontos no SRQ-20 foi de 6,34 (DP=4,77). A questão com maior prevalência foi: sentir-se nervoso, tenso ou preocupado, do grupo dos sintomas ansiosos. Após vieram: cansar-se com facilidade e ter sensações desagradáveis no estômago. A questão com menor número de respostas afirmativas foi sentir-se uma pessoa inútil ou sem valor.

Tabela 3 – Prevalência dos sintomas avaliados pelo SRQ-20 distribuídos por grupos, conforme Iacaponi e Mari (1988)

Grupo de sintomas	N	%
Humor depressivo/ansioso		
Sente-se nervoso, tenso, preocupado	135	75,0
Tem se sentido triste ultimamente	68	37,8
Tem chorado mais do que de costume	38	21,1
Fica com medo com facilidade	35	19,4
Sintomas somáticos		
Tem sensações desagradáveis no estômago	85	47,2
Dorme mal	79	43,9
Tem dores de cabeça frequentes	77	42,8
Tem má digestão	60	33,3
Tem tremores nas mãos	54	30,0
Tem falta de apetite	41	22,8
Decréscimo de energia vital		
Cansa-se com facilidade	85	47,2
Acha difícil tomar decisões	72	40,0
Sente-se cansado todo o tempo	69	38,3
Tem dificuldade de pensar com clareza	63	35,0
Acha difícil gostar de suas atividades diárias	33	18,3
Seu trabalho diário é um sofrimento/tormento	29	16,1
Pensamentos depressivos		
O pensamento de acabar com sua vida já passou por sua cabeça	48	26,7
Perdeu o interesse pelas coisas	35	19,4
É incapaz de ter um papel útil na vida	25	13,9
Sente-se uma pessoa inútil/sem valor	21	11,7

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Discussão

Neste estudo, as mulheres apresentaram mais TMC do que os homens (42,1% contra 31,8%), mas a diferença não foi significativa comparada ao resultado de outras investigações. (COSTA et al., 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008) A falta de significância estatística pode ser atribuída ao número de indivíduos entrevistados que ficou aquém ao tamanho amostral previsto. Contudo, o tamanho amostral alcançado até essa etapa do estudo (n = 180) permitiu a realização dos testes de associação entre as variáveis independentes e o desfecho. Além disso, deve-se considerar, também, a grande quantidade de homens que não foram entrevistados por conta das suas atividades profissionais. “Atribui-se a maior prevalência de TMC no sexo feminino ao papel social que as mulheres desempenham ao serem mais submissas, subordinadas economicamente e oprimidas nas relações de poder e perante a sociedade.” (MARAGNO et al., 2006, p.1639-48)

Em relação à faixa etária, foi encontrada menor prevalência de TMC na quarta década de vida (30 a 39 anos). A faixa etária com maior prevalência foi dos 40 aos 49 anos. Há um consenso na literatura de que os TMC aparecem mais com o passar dos anos vividos. Um estudo pernambucano encontrou maior prevalência na faixa etária de 40 a 59 anos, e em São Paulo entre 45 e 54 anos. (COSTA et al., 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006) Acredita-se, de acordo com a teoria dos eventos de vida produtores de estresse, que o passar dos anos permite um somatório desses eventos, os quais, em determinado momento, culminam no surgimento de TMC. “Esses fatores estressores podem ser: acúmulo de doenças crônicas não-transmissíveis, surgimento de dificuldades econômicas, perda de emprego, eventos psicossociais

(como luto, separações conjugais, síndrome do ninho vazio, desmerecimento social).” (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003, p.1713-20)

Não houve diferenças importantes na prevalência de TMC, segundo a variável etnia. Percebeu-se que o número de pessoas por domicílio também não alterou a prevalência de TMC, mesmo resultado de um estudo realizado na zona da mata pernambucana que teve o intuito de analisar a associação de TMC e apoio social. (COSTA; LUDERMIR, 2005)

A maioria dos entrevistados era casada. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na ocorrência de TMC, de acordo com a situação conjugal, apesar dos transtornos serem mais prevalentes entre separados, divorciados e viúvos. Também, não houve diferença estatística entre as pessoas que tinham filhos ou não, porém, o tamanho da prole pareceu influenciar no desfecho dos transtornos. As mulheres com elevado número de filhotes têm aumento da sobrecarga e da jornada de trabalho doméstico para a qual as mulheres geralmente não recebem ajuda de seus companheiros, pois culturalmente são essas consideradas funções femininas, o que culmina com maior sofrimento mental e surgimento de TMC. (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005) Não houve aumento linear da prevalência de TMC com o aumento progressivo do número de filhos, contudo, obteve-se aumento estatisticamente significativo de TMC nas pessoas com cinco ou seis filhos, corroborando o exposto anteriormente.

Ter uma religião parece modificar a chance de ter TMC. Na amostra pesquisada, os que não tinham religião apresentaram prevalência maior desse transtorno (66,7% neste subgrupo). A maioria era católica (76% do total). Os evangélicos, espíritas e testemunhas de Jeová apresentaram menos TMC. Não houve diferença

comprovada estatisticamente entre os grupos. Também não houve diferença entre ser praticante ou não entre os que tinham religião. Não foram registrados trabalhos anteriores avaliando a incidência de TMC com a prática religiosa.

O achado com maior significado estatístico foi o fato de não realizar atividades habituais de lazer, configurando-se em fator de risco para o desenvolvimento de TMC. O grupo de pessoas que referiram não ter lazer apresentou quase o dobro de prevalência de TMC, em relação aos demais (46,7% contra 26,7%). Resultado semelhante foi encontrado por Araújo et al. (2005), na Bahia, ao entrevistarem 2.055 mulheres. A falta de distensionamento físico e mental pode trazer danos à saúde. Portanto, percebe-se a necessidade da criação de espaços públicos para a prática de atividades prazerosas e também de grupos onde as pessoas possam desenvolver atividades gratificantes, além de configurarem-se em espaços de diálogo e partilha onde os semelhantes possam encontrar-se.

Em relação à escolaridade, não houve associação estatística entre o nível de escolaridade e a presença de TMC. Mas, outros trabalhos apresentaram consenso de que quanto menor a escolaridade de um indivíduo, maior é a chance de que desenvolva TMC. (MARAGNO et al., 2006; GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008) O índice de analfabetismo (3,3%) foi baixo. Na população estudada, 64,4% das pessoas não atingiram o atual ensino médio, a maioria interrompendo os estudos entre a 5ª e 8ª séries. A prevalência de TMC foi maior em analfabetos e naqueles com até quatro anos de escolaridade.

Neste estudo, não se conseguiu estabelecer relação entre ocupação e TMC. Esta limitação foi atribuída à baixa frequência de algumas modalidades de ocupação, não ocorrendo diferenças significativas entre elas. Porém, soube-se que mais da metade da amostra estava economicamente

ativa, as “donas de casa” perfaziam 23,9% da amostra e apenas 15 dos 180 participantes estavam desempregados. O estudo ocorreu numa área pobre e com grande desigualdade social. Metade das famílias apresentava renda de até dois salários mínimos e a renda *per capita* média foi de R\$ 352,36 (quartil 25=150,00; quartil 75=466,66). Renda *per capita* de até meio salário mínimo mostrou-se como fator de risco para TMC (*Odds Ratio* = 2,19). “Não está claro ainda, como a pobreza gera alterações psicológicas e comportamentais, mas sabe-se que a renda baixa ocasiona diminuição de escolhas, incapacidade social e perda de poder, aumentando a suscetibilidade às doenças mentais.” (MARAGNO et al., 2006, p.1639-48)

Analisando as perguntas do SRQ-20 (tabela 3) percebeu-se que o grupo de sintomas mais assinalado pelos participantes foi o de humor depressivo e ansiedade. O sintoma mais prevalente foi sentir-se nervoso, tenso e preocupado, presente em 135 dos 180 entrevistados, ou seja, em 75% da amostra estudada. Um estudo realizado com mulheres em Feira de Santana, na Bahia, e publicado em 2005, encontrou resultado muito próximo, mostrando a tendência da alta prevalência populacional de ansiedade e depressão, mesmo em se tratando de comunidades sem relação geográfica e de culturas bastante diferenciadas entre si. (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005) Na sequência dos sintomas mais assinalados, foi observado o grupo de sintomas somáticos – manifestações de doenças orgânicas provocadas por problemas emocionais.

Essas queixas são muito comuns nos serviços de atenção primária, principalmente entre as camadas mais pobres da população. “Grande parte dos médicos não reconhece essa entidade, que acaba onerando os serviços de saúde com a realização excessiva de exames e encaminhamentos para especialidades médicas.”

(GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008b, p.2043-2053) Nesse grupo, a maioria apresentou dispepsia (interrogado como sendo sensações desagradáveis no estômago), seguido por insônia e cefaleia. Na USF Santa Helena percebeu-se que uma parcela importante dos usuários fazia uso do medicamento Omeprazol (inibidor de bomba de prótons), devido às queixas gástricas, sintomatologia essa prevalente em 47,2% dos entrevistados. Os quesitos com menor proporção de respostas afirmativas foram: sentir-se uma pessoa inútil e sem valor, e ser incapaz de ter um papel útil na vida, em 11,7% e 13,9% dos participantes, respectivamente.

Conclui-se que os transtornos mentais comuns apresentam etiologia multifatorial que ultrapassam os limites da assistência à saúde, devendo-se implementar várias estratégias para intervenção nas condições socioeconômicas das comunidades visando, assim, obter resultados positivos no enfrentamento dessa situação.

Limitações do estudo

Durante a pesquisa foram encontradas dificuldades em relação ao trabalho de campo, particularmente, na coleta de dados. O sorteio das pessoas que seriam entrevistadas foi feito a partir do número do prontuário na USF e pelos nomes constantes na respectiva ficha desse documento. Durante a saída a campo, descobriu-se que vários prontuários estavam com os dados desatualizados, ou seja, havia famílias que possuíam cadastro e não residiam mais no bairro, outras que tinham mudado de endereço e permaneciam com o endereço antigo, pessoas que haviam falecido e que permaneciam com o nome na ficha. Foram, portanto, necessários repetidos sorteios de participantes. Outra dificuldade foi encontrar os homens em casa, pois muitos trabalhavam no horário das visitas e, às vezes, não

eram localizados nos finais de semana. Vários deles eram caminhoneiros que não retornavam para seus lares durante várias semanas, de modo que não participaram da pesquisa. Tal fato pode, aliás, explicar a discrepância das prevalências entre homens e mulheres (36,7% e 63,3%). É sabido também que a proporção de gênero no município de Lages é de 48,45% de homens e 51,55% de mulheres, segundo dados demográficos do DATASUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Assim, apesar de a análise univariada ter possibilitado inferir sobre a associação de determinadas variáveis sociodemográficas com TMC, deve-se ter cautela com a interpretação dos resultados, pois não foi realizada a análise multivariada para averiguar a independência e as interações entre as variáveis descritas.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.
- ANDRADE, L.H.S.G. et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São Paulo, Brasil. In: **Rev. Psiq. Clín.** [s.l.], n.26, n.5. 1999.
- ARAÚJO, T.M. et al. Trabalho docente e sofrimento psíquico: um estudo entre professores de escolas particulares de Salvador, BA. In: **Rev. Faeeba**. Bahia, n.20, p.485-95. 2003
- ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; ALMEIDA, M.M.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. In: **Rev Bras Saúde Matern Infant**. Recife, v.5, n.3, p.337-348. jul./set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS [internet]. **Informações de Saúde. Demográficas e socioeconômicas. População residente:** Censos (1980, 1991 e 2000), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2009), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popSC.def>>. Acesso em: 27 nov. 2009.

COSTA, A.G.; LUDERMIR, A.B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**. [s.l.], n.21, p.73-9. 2005.

COSTA, J.S.D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. In: **Rev. Bras. Epidemiol.** [s.l.], n.5, p.164-73. 2002.

FONSECA, M.L.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. In: **Rev. APS**. [s.l.], v.11, n.3, p.285-294. jul./set. 2008.

GOLDBERG, D.P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**. [s.l.], v.24, n.9, p.2043-2053. set. 2008.

_____. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. In: **Cad. Saúde Pública**. [s.l.], n.24, p.1641-50. 2008.

GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. In: **Cad. Saúde Pública**. [s.l.], n.24, p.380-90. 2008.

LIMA, M.S. Epidemiologia e impacto social. In: **Rev. Bras. Psiquiatr.** [s.l.], v.21 (Suppl.), n.1, p.1-5. 1999.

LIMA, M.S. et al. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. In: **Int. J. Psychiatry Med**. [s.l.], n.26, p.211-22. 1996.

LOPES, S.C.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. In: **Cad. Saúde Pública**. [s.l.], n.19, p.1713-20. 2003.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. In: **Rev. Saúde Pública**. [s.l.], n.36, p.213-21. 2002.

LUIZ, R.R. Associação estatística em Epidemiologia. In: MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia: teoria e prática**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p.309-34.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**. [s.l.], n.22, p.1639-48. 2006.

MARI, J.J.; JORGE, M.R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. In: **Psychiatry On-line Brazil**. n.2. 1997. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2009.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U.; BARROS, A.J. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. In: **Rev. Saúde Pública**. [s.l.], v.37, n.3, p.372-8. 2003.

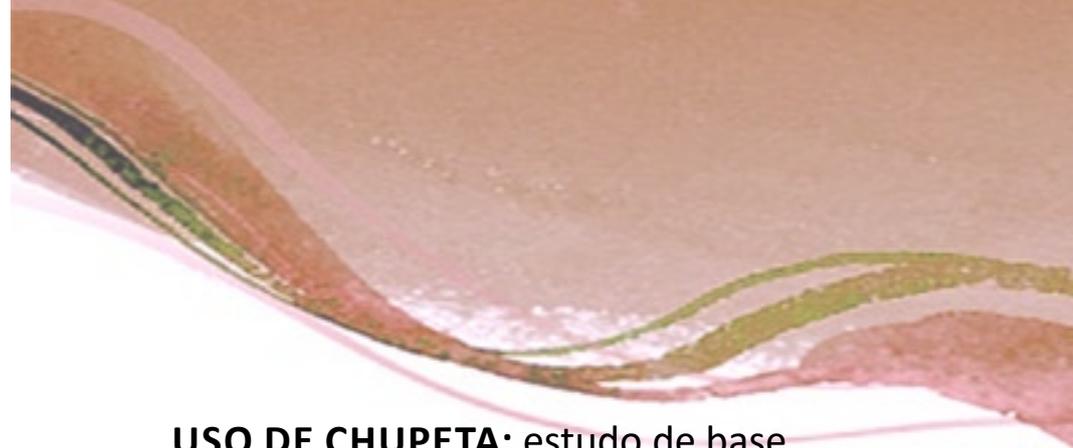
MENEZES, P.R. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: ALMEIDA, O.P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R.(Orgs.). **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.43-55.

PEREIRA, M.G. Indicadores de saúde. In: _____ (Org.). **Epidemiologia: teoria e prática**. 5.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001. p.49-73.

SANTOS, M.E.S.B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire**. Geneva: World Health Organization, 1993.

_____. **The World Health Report 2001**. Mental health new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.



USO DE CHUPETA: estudo de base populacional em um município de médio porte no sul do Brasil^{1,2}

*Gisela Ana Cislaghi
Antônio Fernando Boing
Giana Zarbato Longo
Karen Glazer Peres
Izabella Barison Matos*

Introdução

Este estudo aborda a prevalência do uso de chupeta e a associação entre diversos fatores, em crianças de zero a 12 anos, em um município de médio porte no Sul do Brasil.

O interesse provém de observação empírica sobre a prática odontológica, bem como das controvérsias geradas em torno do uso de chupeta, as quais provocam discussões e questionamentos, além de ser tema de vários estudos, não só entre cirurgiões-dentistas, mas também entre médicos, enfermeiros e fonoaudiólogos. (LUTAIF, 1999; LAMOUNIER,

¹ Pesquisa financiada pelo Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento da Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

² Artigo baseado na Dissertação de Mestrado de Gisela Ana Cislaghi, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado, UNIPLAC, Lages/SC, 2008.

2003; MACIEL; LEITE, 2005; SERTÓRIO; SILVA, 2005; NETO et al., 2006)

Destaca-se ainda, o fato de haver estudos sobre esse tema, cujo enfoque tem privilegiado aspectos fisiológicos e anatômicos daí decorrentes. Dentre eles, o fato de apresentar alta prevalência; de interferir negativamente na amamentação, podendo favorecer o desmame precoce; prejudicar o desenvolvimento da fala; provocar alterações oclusais e até mesmo deformidades faciais.

As chupetas ou bicos, como são comumente conhecidas, são largamente utilizadas em vários países, dentre eles, o Brasil, constituindo importante hábito cultural e prática social, sendo poucas as crianças que não fizeram ou fazem uso desse objeto. (LAMOUNIER, 2003) Nesse estudo foi adotado o termo chupeta, considerando-se bico como *parte da mamadeira pela qual a criança suciona o alimento ou líquido*. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Embora a chupeta seja amplamente usada, há certa dificuldade para encontrar registros sobre sua origem. Alguns achados em sítios arqueológicos do Egito antigo mostram recipientes e vasilhas, similares às mamadeiras, enterrados junto às crianças. (BADINTER, 1980) Também há vestígios da existência de chupetas da época de 100 anos a.C. Essas foram encontradas junto à sepulturas de crianças romanas, tinham formato que imitava o seio materno e eram feitas de argila. Mais tarde, os bicos foram sendo confeccionados de outros materiais como a prata e o marfim. (GORELICK, 1955)

Apesar de a origem da chupeta ser ainda incerta, com o advento da industrialização, ela tornou-se um objeto mundialmente conhecido e o seu uso, um hábito infantil muito difundido em nossa sociedade. Esse pequeno objeto, comumente “carregado” por tantas crianças, parece estar relacionado a fatores sociais e culturais que influenciam a

sua introdução, utilização e abandono durante a infância. (TOMASI et al., 1994; KATZ; COLARES, 2002)

Socialmente, a chupeta é aceita nos primeiros anos de vida e percebida como um hábito natural, estando presente já como uma peça do enxoval do bebê. (TOMASI, et al., 1994; KATZ; COLARES, 2002) A relação entre chupeta e bebê remete a um passado recente, no qual ainda era permitida a veiculação de imagens associando-os, imagens estas que, no conjunto, representavam a ideia de criança feliz, saudável e tranquila. Atualmente, a Lei n.º 11.265 proíbe a promoção comercial (divulgação por meios audiovisuais e visuais, por exemplo) de chupeta e de outros produtos usados por lactentes e crianças na primeira infância, no Brasil, como forma de coibir o desmame precoce. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2006)

Essas alterações da legislação refletem as mudanças epidemiológicas e demográficas das últimas décadas no país, que sugerem a necessidade de investigações acerca das condições de saúde da população, com foco nas doenças e agravos crônicos, bem como nos comportamentos e nas condições socioeconômicas a elas associadas. (MONTEIRO et. al., 2000) Nesse sentido, os estudos epidemiológicos, especialmente os de prevalência, contribuem para conhecer como determinada doença ou agravo apresenta-se em uma população, identificando os casos e detectando os grupos de risco; informações importantes para o planejamento de políticas sociais e de saúde.

A literatura sobre a prevalência do uso de chupeta indica que há vários fatores que concorrem para explicá-lo. Autores concluem que, em países industrializados, é comum o hábito de sucção da chupeta em até 95% das crianças. Essa alta prevalência sugere que o uso desse objeto é influenciado pelas distintas maneiras de cuidado infantil, que diferem de uma população para outra. Autores

mostram que crianças de países mais industrializados têm menos contato com as mães e parecem compensar essa ausência adquirindo hábitos alternativos, como o uso de chupeta. (FARSI et al., 1997)

Entretanto, em partes da África (Tanzânia, Zimbábue) e da Ásia, Ilhas Gregas (Euboea) e em populações muito particulares, como os esquimós, esse comportamento pode ser raro ou mesmo desconhecido. (MOORE, 1996; LEVINE, 1999) No Brasil, um estudo realizado com crianças de uma comunidade negra e outra indígena não acusou a existência de hábitos de sucção de objetos, entre eles, a chupeta. (LEITE; TOLENDAL, 2006)

Na Inglaterra, pesquisa realizada junto a 10.006 mães, de bebês de 18 meses de idade, mostrou uma maior probabilidade de uso de chupeta entre as mais jovens, com baixa escolaridade e que passaram por grande dificuldade financeira. (STONE et al., 2000)

Cotrin et al. (2002), analisando as informações do banco de dados do projeto “Amamentação dos municípios” do Estado de São Paulo, referentes a 22.180 bebês de zero a quatro meses, encontraram prevalência de uso de chupeta de 61,3% nos onze municípios estudados. Soares et al. (2003), em um estudo de coorte com 250 bebês no município gaúcho de Porto Alegre, verificaram que ao final do primeiro mês, 61,6% das crianças já utilizavam a chupeta. A maioria delas, desde a primeira semana de vida. Peres e Tomita (2006), em trabalho de revisão de literatura, que avaliou a associação entre hábitos de sucção não nutritiva e a presença de diferentes tipos de oclusopatias, encontraram uma prevalência de uso de chupeta, que variava de 18,2% a 86%. Em um estudo de base populacional, aninhado a uma coorte de nascidos vivos em Pelotas, pesquisadores apontaram 60% de prevalência de uso regular da chupeta, entre um e quatro anos de idade. (PERES et al., 2007)

Uma investigação que analisou a associação do uso de chupeta com variáveis socioeconômicas, junto a 354 crianças gaúchas, menores de dois anos de idade, identificou associação entre o uso de chupeta e variáveis, tais como: ordem de nascimento (maior uso entre os primogênitos), escolaridade da mãe (associação inversa, ou seja, quanto maior o grau de escolaridade materna, menor a prevalência encontrada) e amamentação. Essa última foi a variável que apresentou a mais forte associação e quase metade das amamentadas não usava a chupeta, contra apenas 7% das demais. (TOMASI et al., 1994)

Estudos realizados desde a década de 90 evidenciam uma forte associação entre o uso de chupeta e um menor tempo de amamentação, a consequentes prejuízos à saúde infantil, envolvendo diferentes aspectos (VICTORA et al., 1993; VICTORA et al., 1997; TOMASI et al., 1994; LONGO et al., 2005), dentre outros: desnutrição infantil (HORTA et al., 1996), diarreia (VICTORA et al., 1998) e alterações no sistema estomatognático, como as oclusopatias (LEITE, TOLLENDAL, 2006; TOMITA et al., 2000; PERES et al., 2007) associadas ao uso direto ou indireto de chupeta.

Alguns determinantes socioeconômicos como, por exemplo, uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho e a ocupação da pessoa de maior renda no domicílio, também estão relacionados a uma maior prevalência de hábitos bucais, dentre eles, o uso de chupeta. (TOMITA et al., 2000)

A ausência de unanimidade em relação à necessidade do uso de chupeta e os possíveis efeitos em diversos aspectos fisiológicos, anatômicos e até psicológicos na vida das crianças, merecem maior aprofundamento. As opiniões referentes à sua oferta ou proibição variam entre diferentes profissionais, entre eles, dentistas, médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e psicólogos. Tal interesse multiprofissional

sugere que o assunto está na pauta da saúde infantil e merece mais atenção, tanto por parte de pesquisadores como de profissionais da área.

Métodos

Este estudo é parte de um inquérito de base populacional que investigou diferentes aspectos socioeconômicos e de saúde autorreferida da população da zona urbana de Lages, e os fatores associados a essas condições. Caracteriza-se como um estudo epidemiológico observacional, transversal e exploratório. No caso do presente estudo, centrou-se o foco na pretensão de descrever o padrão de ocorrência do *uso de chupeta*, em relação às variáveis ligadas ao indivíduo e complementá-lo com informações sobre os fatores associados, porém, de modo não dirigido à comprovação de hipóteses específicas. (MEDRONHO, 2004; PERES; ANTUNES, 2006) Assim, o inquérito de base populacional proporcionou o estudo do desfecho *uso de chupeta* e a análise dos fatores associados.

A amostra para o inquérito foi composta por adultos, de 20 a 59 anos de idade (completos no momento da pesquisa), de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município de Lages nos meses entre maio e outubro de 2007. Essa faixa etária compreende aproximadamente 52% da população total do município (n=86.998). (IBGE, 2006) No presente estudo, analisou-se uma sub-amostra do inquérito, composta por mães da faixa etária estudada e que tinham filhos entre zero e 12 anos de idade (n= 43.070 mulheres), segundo a mesma fonte de informação. (IBGE, 2006) Três critérios foram definidores da faixa etária escolhida: o período que caracteriza a infância de zero a 12 anos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002);

crianças nessa faixa etária que utilizam chupeta, fruto de observações sistemáticas no cotidiano profissional, e, por último, estudos já realizados que focalizam a análise do uso de chupeta na infância (Quadro 1).

O tamanho da amostra analisada para este estudo foi suficiente para estimar uma prevalência do desfecho (uso de chupeta) igual a 50%, considerando-se um erro de 5 pontos percentuais e um efeito do desenho igual a 1,2, ao qual somaram-se 10% referentes à perdas e recusas, e mais 20% para o controle de fatores de confusão. O cálculo da amostra foi realizado através do programa Epi-Info versão 6.04, de domínio público (DEAN et al., 1994), obtendo-se uma amostra final igual a 604 mães com filhos entre zero a 12 anos de idade.

Com base nas informações da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) foram selecionados por sorteio casual simples, sem reposição, 60 setores censitários para o estudo propriamente dito, e mais três setores reservas, dentre os 186 setores existentes na zona urbana de Lages. Esse número foi considerado adequado para o porte do município estudado e para se atingir o tamanho da amostra do estudo maior. (BARROS; VICTORA, 1998) Após o sorteio de 60 setores censitários, quarteirões de cada setor foram identificados e numerados. Em seguida, foi sorteado o quarteirão e, posteriormente, no sentido horário, a esquina onde seria iniciado o trabalho de campo.

Um questionário estruturado foi construído para o inquérito, contendo 186 questões, dentre elas, nove específicas ao uso de chupeta. O questionário aplicado foi pré-testado, seguido da realização do estudo piloto. Os domicílios foram visitados de maio a outubro de 2007, por entrevistadores devidamente capacitados e calibrados.

A variável dependente investigada foi uso de chupeta, obtida através da pergunta: *Seu(s) filho(s) usa(m) ou usou(aram) chupeta?*, com opções de resposta: *sim* (para quem usa ou usou a chupeta por qualquer período) e *não* (para quem nunca usou chupeta).

Foram consideradas como variáveis independentes a idade e escolaridade materna, a renda *per capita*, a aglomeração e o número de filhos. A idade foi obtida em anos completos e categorizada em faixas etárias (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos). A escolaridade foi coletada como variável contínua (anos de estudos completos) e dividida em categorias (0 a 4, 5 a 8, 9 a 11 e 12 ou mais anos de estudo). A renda *per capita* (em reais) foi calculada dividindo-se a renda familiar do último mês anterior à entrevista pelo número de habitantes do domicílio e categorizada segundo quartis de salários mínimos. A aglomeração foi definida como o número de pessoas residentes no domicílio dividido pelo número de cômodos usados para dormir, e posteriormente, categorizada em quartis (0,2-1,33; 1,34-1,5; 1,51-2,4; 2,5-11). O número de filhos foi registrado a partir da informação fornecida pelas entrevistadas e categorizado em 1, 2, 3 ou mais filhos.

Os dados foram digitados por dois digitadores independentes, no *software* estatístico Epi Info, versão 6.04. Foi utilizado o pacote estatístico *Stata*, versão 9.0, para análise e consistência do banco de dados. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados e, posteriormente, a associação entre o uso de chupeta e cada variável independente com proporções e intervalos de confiança (95%), considerando-se valor de $p < 0,05$.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNIPLAC (protocolo do CEP nº 001-07), tendo sido solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada um dos participantes da pesquisa.

Resultados

Participaram do estudo 557 mulheres com filhos entre zero e 12 anos, o que equivale a uma taxa de resposta de 93,6%. Dessas, 71,7% encontravam-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos de idade; 41,9% tinham 11 ou mais anos de estudo e 67% apresentavam renda *per capita* de menos de um salário mínimo. A maioria (63,8%) tinha apenas um filho na faixa etária estudada.

Das entrevistadas, 387 informaram que usam ou usaram a chupeta em seus filhos, evidenciando uma prevalência igual a 69,7% (IC95% 65,8-73,6). A tabela 1 apresenta a distribuição da amostra, de acordo com as categorias das variáveis independentes.

A maior prevalência do desfecho foi verificada entre as mães que se encontravam na faixa etária dos 50 aos 59 anos de idade (75%), com menos de quatro anos de estudo (80,0%) e renda *per capita* de 0,5 até 0,88 salários mínimos mensais (72,1%). No entanto, essas diferenças não foram estatisticamente significativas (tabela 1).

Com relação ao número de filhos, a prevalência de uso de chupeta foi de 64,6% entre mães que possuem um filho na faixa etária de zero a 12 anos e de mais de 80% entre as mães com três ou mais filhos nessa faixa. A variável número de filhos foi a única associada ao uso de chupeta, observando-se uma tendência linear positiva ($p < 0,001$) (tabela 1). Porém, observa-se pelos intervalos de confiança, que a diferença é significativa somente do primeiro filho em relação ao segundo.

Com relação à idade de introdução de chupeta, verificou-se que a maioria das crianças começou a usá-la logo nos primeiros dias de vida, inclusive no período em que ainda encontravam-se na maternidade ou no hospital (gráfico 1).

Discussão

Esse é um estudo de base populacional realizado em um município de médio porte no Sul do país. Estudos com essa abrangência são raros no Brasil, devido ao alto custo e necessidade de equipe numerosa. No caso em estudo, o perfil das mães que responderam ao questionário conforma um grupo de mulheres, cuja maioria tem de 20 a 39 anos, apresenta renda *per capita* de menos de um salário mínimo, sendo que quase a metade informou ter doze ou mais anos de estudo. Essa última informação surpreende, pois é considerada alta para os padrões regionais, que detêm os mais altos índices de analfabetismo (IBGE, 2006) do Estado de Santa Catarina.

Na introdução deste artigo, mencionou-se que, empiricamente, na prática profissional cotidiana, observa-se uma alta frequência do uso de chupeta por crianças nas diversas idades. Essa constatação observacional, fato até então sem sustentação científica, no referido município, comprovou-se através do presente estudo, com uma prevalência de quase 70%, percentual que está de acordo com a literatura consultada. Um desses estudos, realizado em Pelotas (RS), mostrou uma prevalência para o uso de chupeta de 80% para bebês com três meses. (VICTORA et al., 1993) Outro estudo, realizado na mesma cidade com crianças de zero a dois anos, mostrou uma prevalência ainda maior. Do total, 70% das crianças já estavam usando chupeta com uma semana de vida e essa proporção aumenta para 85% com crianças de um mês. (VICTORA et al., 1997) Cotrin et al. (2002), analisando as informações de 22.180 bebês de zero a quatro meses, do projeto “Amamentação dos Municípios”, do estado de São Paulo, encontrou uma prevalência de uso de chupeta de 61,3%. Outros estudos também tiveram resultados semelhantes. (TOMASI et

al., 1994; COLETTI; BARTHOLOMEU, 1998; STONE et al., 2000; COTRIN et al., 2002; SOARES et al., 2003; SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006; PERES et al., 2007) Peres e Tomita (2006), numa revisão de estudos nacionais e internacionais sobre a associação entre hábitos de sucção não nutritiva e oclusopatias na dentição decídua, encontraram uma prevalência que variava de 18,2% a 86%.

Apesar das elevadas taxas de prevalência de uso de chupeta, verificadas na literatura, há limitações para a comparação entre elas, devido às diferentes metodologias empregadas. Da mesma forma, não será possível, em relação à prevalência, estabelecer análises comparativas entre o presente estudo e os citados. A essa limitação, adiciona-se outra, relativa à faixa etária estudada. Ou seja, trabalhou-se com desfecho (uso de chupeta) até a idade de 12 anos; ao contrário da maioria dos estudos que privilegia a faixa etária de zero a, no máximo, sete anos. Registre-se, também, que no caso do estudo em pauta, como a faixa etária das crianças estendeu-se até 12 anos, pode-se ter possibilitado maior esquecimento, por parte das mães, do uso de chupeta e conseqüente subestimação do fenômeno.

O aumento da prevalência do uso de chupeta, à medida que aumenta o número de filhos, foi evidenciado neste estudo. Provavelmente, quanto maior o número de filhos, maior tem que ser o empenho da mãe no sentido de atender a todos, mas somente estudos longitudinais poderiam contribuir para a elucidação dessa tendência.

A possibilidade de o uso de chupeta estar relacionado às variáveis idade e escolaridade materna, renda *per capita* e número de indivíduos por cômodo-dormitório, não foi verificada na presente investigação, apesar de algumas dessas associações terem sido constatadas em outros estudos.

Em relação ao uso de chupeta e a variável idade, foram localizados dois estudos que também se propuseram a fazer essa associação: o de Tomasi et al. (1994), que obteve resultado semelhante, e o de Stone et al. (2000), no qual essa associação foi altamente significativa ($p < 0,0001$), ou seja, quase metade das crianças que usava chupeta eram filhas de mães com até 24 anos de idade.

Também, diferentemente deste estudo, autores como Victora et al. (1993) e Tomasi et al. (1994), detectaram associação entre a baixa escolaridade materna e o maior uso de chupeta. Nesses dois estudos, os autores atribuem as diferenças encontradas às características socioculturais. Argumentam que, de um modo geral, as mensagens de que a chupeta pode ser prejudicial à criança, por seus efeitos à conformação dentária e para o desenvolvimento da fala, estão razoavelmente divulgadas e disseminadas na sociedade. Considerando-se que a baixa escolaridade, segundo os autores, é um dos fatores que limita o acesso à informação, evidencia-se a determinação social sobre os diferentes aspectos da saúde infantil. Os resultados do presente estudo não demonstraram esta associação, estando em acordo com outros estudos (TOMITA, 2000; SOARES et al., 2003), pois é sabido que a veiculação de informações educativas e preventivas não é garantia de adesão. Outras questões como características culturais e de estilo de vida podem estar influenciando a decisão das mães.

Nesta pesquisa também, não foi verificada associação entre renda *per capita* e uso de chupeta, assim com em outros encontrados na literatura (TOMASI, 1994; TOMITA, 2000a; SOARES et al., 2003; FARSI; SALAMA, 1997), diferentemente do de Victora et al. (1993), em que quanto maior a renda per capita, menor o uso de chupeta.

A realização de inquéritos constitui um importante passo para a definição e o redirecionamento de políticas públicas na área materno-infantil. Os resultados desse estudo confirmam que o uso de chupeta é alto nessa população e com valores de prevalências diferentes de acordo com o aumento do número de filhos. A partir desses resultados pode-se pensar em propor uma abordagem diferente aos profissionais que atuam na área da saúde materno-infantil.

Referências

- BADINTER E. **L'Amour en plus**. Paris: Flamarion, 1980.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. **Epidemiologia da Saúde Infantil. Um manual para diagnósticos comunitários**. São Paulo: Hucitec/UNICEF, 1998.
- COLETTI, J.M.; BARTHOLOMEU, J.A.L. Hábitos nocivos de sucção de dedo e/ou chupeta: etiologia e remoção do hábito. In: **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**. n.1, p.57-73. 1998.
- COTRIM, L.C.; VENANCIO, S.I.; ESCUDER, M.M.L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. In: **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant.** [s.l.], n.2, p.245-252. 2002.
- DEAN, A.G. et al. **Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE BRASÍLIA. **Lei n.º 11.265, de 3 de janeiro de 2006.** Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura e correlatos. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei%2011265%20.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2007.

FARSI, N.M.; SALAMA, F.S. Sucking habits in children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. In: **Pediatr. Dent.** [s.l.], n.19, p.28-33. 1997.

HORTA, B.L. et al. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. In: **Cad. Saúde Pública.** [s.l.], n.12, (suppl.1), p.43-48. 1996.

GORELICK, L. On the use of pacifiers in prevention malocclusions. In: **NY State Dent J.** [s.l.], n.21, p.3-10. 1955.

LAMOUNIER, J.A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. In: **J. Pediatr.** [s.l.], n.79, p.284-286. 2003.

LEVINE, R.S. Briefing paper: oral aspects of dummy and digital sucking. In: **Br. Dent. J.** [s.l.], n.186, p.108. 1999.

KATZ, C.R.T.; COLARES, V. Panorama sociocultural do uso de chupeta em nossa sociedade. In: **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê.** [s.l.], n.5, p.119-123. 2002.

LEITE, I.C.G.; TOLLENDAL, M.E. **A expressão sociocultural do uso de chupeta.** Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=40>>. Acesso em 2 jul. 2006.

LONGO, G.Z. et al. Crescimento de crianças até seis meses de idade, segundo categorias de aleitamento. In: **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [s.l.], n.5, p.109-118. 2005.

LUTAIF, N.A. Chupeta: Uso indiscriminado? In: **Revista CEFAC.** [s.l.], n.1, p.8-15. 1999.

MACIEL, C.T.V.M.; LEITE, I.C.G. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. In: **Pró-Fono R. Atual. Cient.** [s.l.], n.17, p.292-303. 2005.

MEDRONHO, R.A. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília. **Norma Brasileira de Comercialização de:** Alimentos para Lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras, de 5 de agosto de 2002. Disponível em: <<http://legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1244&word=#>>. Acesso em: 23 mar. 2007.

MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde do Brasil. A evolução do país e de suas doenças.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOORE, M.B. Digits, dummies and malocclusions. In: **Dent. Update.** [s.l.], n.23, p.415-22. 1996.

NETO, J.B.L. et al. Fatores de risco para otite média aguda recorrente: onde podemos intervir? Uma revisão sistemática da literatura. In: **J. Pediatr.** [s.l.], n.82, p.87-96. 2006.

PERES, K.G.; TOMITA, N.E. Oclusopatias. In: ANTUNES, J.A.F.; PERES, M.A. **Epidemiologia da saúde bucal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.83-101.

PERES, K.G. et al. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. In: **Rev. Saúde Públ.** [s.l.], n.41, p.343-50. 2007.

SILVEIRA, F.J.F.; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios da região do alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública.** [s.l.], n.22, p.69-____. 2006.

SOARES, M.E. M. et al. Uso de chupeta e sua relação com desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. In: **J. Pediatr.** [s.l.], n.79, p.309-316. 2003.

SERTORIO, S.C.M.; SILVA, I.A. As faces simbólica e utilitária de chupeta na visão de mães. In: **Rev. Saúde Públ.** [s.l.], n.39, p.156-162. 2005.

STONE, K.N.; FLEMING, P.; GOLDING, G. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. In: **Early Human Development.** [s.l.], n.60, p.137-48. 2000.

TOMASI, E.; VICTORA, C.G.; OLINTO, M.T.A. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. In: **J. Pediatr.** [s.l.], n.70, p.167-171. 1994.

TOMITA, N.E.; BIJELLA, V.T.; FRANCO, L.J. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. In: **Rev. Saúde Públ.** [s.l.], n.34, p.299-303. 2000.

_____. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. In: **Pesq. Odont. Bras.** [s.l.], n.14, p.169-175. 2000.

VICTORA, C.G. et al. Use of pacifiers and breastfeeding duration. In: **Lancet.** [s.l.], n.341, p.403-404. 1993.

VICTORA, C.G. et al. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? In: **Pediatrics.** [s.l.], n.99, p.445-453. 1997.

VICTORA, C.G. et al. Breast-feeding and growth in Brazilian infants. In: **J. Clin. Nutr.** [s.l.], n. 67, p.452-8. 1998.

Quadro 1 – Demonstrativo dos estudos sobre uso de chupeta – abordagem epidemiológica

(continua)

Autores (ano) e local	Delineamento	Local de coleta, idade e nº da amostra	Forma de coleta	Prevalência (%)	Variáveis estudadas (listadas somente as variáveis de interesse deste estudo)
VICTORA et al. (1993) Brasil	Coorte	Domicílio 0 a 24 meses 354	Entrevista	80 (aos 3 meses)	- amamentação - nível socioeconômico
TOMASI et al. (1994) Brasil	Transversal	Domicílio 0 a 2 anos 354	Entrevistas e observações pontuais	79	- sexo, cor, idade da mãe - escolaridade da mãe - tipo de parto, peso ao nascer - ordem de nascimento - amamentação
FARSI e SALAMA (1997) Arábia Saudita	Transversal	Escola 3 a 5 anos 583	Questionário e exame clínico	NI*	- educação de pai e mãe - gênero - ordem de nascimento - renda familiar
VICTORA et al. (1997) Brasil	Coorte	Domicílio 0 a 6 meses 450	Entrevista	85 (1 mês)	- amamentação
COLETTI e BARTHOLOMEU (1998) Brasil	Transversal	Enviado ao domicílio pela escola 3 a 6 anos 94	Questionário**	74,3	- estrutura familiar - gravidez planejada - ordem de nascimento - mamadeira - amamentação

Quadro 1 – Demonstrativo dos estudos sobre uso de chupeta – abordagem epidemiológica

(continua)

Autores (ano) e local	Delineamento	Local de coleta, idade e nº da amostra	Forma de coleta	Prevalência (%)	Variáveis estudadas (listadas somente as variáveis de interesse deste estudo)
STONE et al. (2000) Inglaterra	Transversal	Dados de estudo Longitudinal 15 meses 10.006	Questionário	36,3	- idade da mãe - escolaridade da mãe
TOMITA et al. (2000) Brasil	Transversal	Escola e enviado ao domicílio pela escola 3 a 5 anos 2139	Exame clínico, medidas antropométricas e questionário** (subamostra n=618)	NI*	- escolaridade da mãe - trabalho materno - ocupação da pessoa de maior renda - renda familiar
COTRIN, 2002 Brasil	Transversal	Banco de dados do Projeto “Amamentação e Municípios” de 1999 0 a 4 meses 22.188	Informações do Banco de dados	61,3	- amamentação - uso da mamadeira
SOARES et al. (2003) Brasil	Coorte	Maternidade (ao nascer), domicílio (final 1º e do 6º mês), e telefone (final do 2º e 4º mês). 0 a 6 meses 250	Entrevista	61,6 (final do 1º mês)	- sexo - escolaridade da mãe - desmame precoce

(conclusão)

Autores (ano) e local	Delineamento	Local de coleta, idade e nº da amostra	Forma de coleta	Prevalência (%)	Variáveis estudadas (listadas somente as variáveis de interesse deste estudo)
HERINGER et al. (2005) Brasil	Transversal	Escola e enviado aos pais pela escola 3 a 7 anos 200	Questionário	6	- amamentação
LEITE e TOLENDAL (2006) Brasil	Transversal	Domicílio 3 a 7 anos 143	Questionário	0 (indígena) NI* (branca e negra)	- etnia (branca, negra e indígena)
SILVEIRA e LAMOUNIER (2006) Brasil	Transversal	Unidade de saúde, domicílios, escolas 0 a 24 meses 450	Entrevista	50,3	- amamentação
PERES et al. (2007) Brasil	Tranversal (Base populacional) aninhado em uma coorte	Domicílios 6 anos 359	Exame odontológico Entrevista	60,4 (1 a 4 anos)	- amamentação - maloclusão

*Não informado. ** Apresenta modelo do questionário.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Tabela 1 – Uso de chupeta (%) em crianças até 12 anos de idade e com mães entre 20 a 59 anos de idade (n=557), segundo as variáveis do estudo, valores de p e intervalos de confiança (IC95%). Lages, SC, Brasil, 2007.

(continua)

Variável	N	Uso de chupeta	IC95%	p valor*
Uso de chupeta				
Sim	387	69,7	65,8 - 73,6	
Não	170	30,3	26,4 - 34,1	
Faixa etária em anos (n=557)				
20 a 29	197	67,5	60,9 – 74,1	
30 a 39	202	71,8	65,5 – 78,0	0,550
40 a 49	142	69,3	61,5 – 77,0	
50 a 59	16	75,0	51,2 – 98,8	
Escolaridade em anos de estudo (n=544)				
0 - 4	121	69,1	62,6 – 77,1	
4 - 8	112	65,1	64,9 – 80,7	
8 - 11	69	67,6	59,6 – 72,0	
12 +				
Renda per capita** (n=549)				
0,026-0,5	209	70,5	64,2 – 76,7	
até 0,88	159	72,1	65,1 – 79,2	0,300
até 1,58	114	68,1	59,4 - 76,8	
1,59-19,74	67	63,6	51,7 – 75,5	

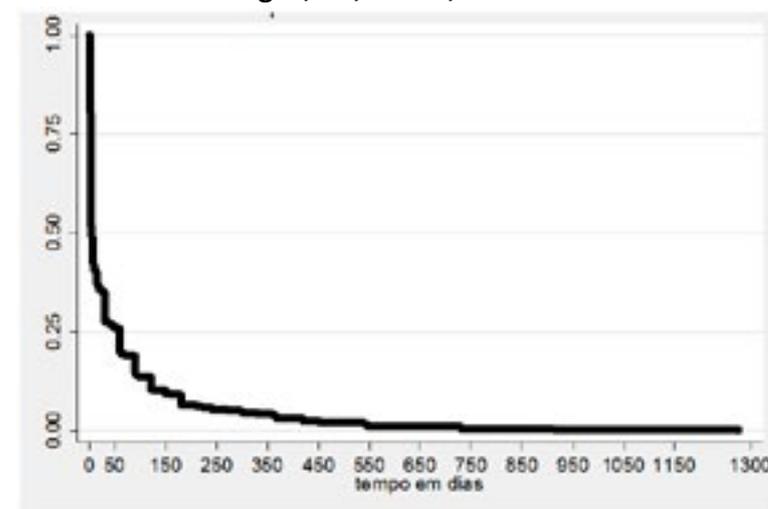
(conclusão)

Aglomeración por cômodos usados para dormir (n=555)				
0,2-1,33	117	68,4	59,8 – 76,9	0,600
1,34-1,5,	115	73,4	65,2 – 81,7	
1,51-2,4	174	71,3	64,5 – 78,0	
2,5 - 11	149	66,4	58,8 – 74,1	
Número de filhos (n=555)				
1	354	64,6	59,6 – 69,6	0,001
2	144	77,1	70,1 – 84,0	
3 ou mais	57	82,4	72,3 - 92,6	

*tendência linear / ** em salários mínimos (R\$ 380,00)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Gráfico 1 – Prevalência do uso de chupeta segundo idade em dias. Lages, SC, Brasil, 2007





CAPÍTULO II

**PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA
RESIDÊNCIA**

**DIÁLOGOS SOBRE CIDADÃOS E EQUIPES
DE SAÚDE**



CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA COMUNIDADE DA SERRA CATARINENSE

*Janaina Carla Santana Lima
Anelise Viapiana Masiero
Silvia Cardoso Bittencourt*

Introdução

Todas as pessoas estão suscetíveis a tensões emocionais, ansiedade e insônia, que fazem parte do cotidiano da vida moderna. Em geral, essas ocasiões são de curta duração e leves, não havendo necessidade do uso de medicações.

A prescrição de benzodiazepínicos (BZD) tem sido realizada quando os sintomas de ansiedade são intoleráveis, interferindo nas atividades diárias do indivíduo, e outras medidas como o aconselhamento, a psicoterapia, ou outras medidas comportamentais não são suficientes para amenizar os sintomas. São fármacos introduzidos na década de 60, também indicados para produzir estado de tranquilidade, sedação e relaxamento muscular, em situações como a preparação cirúrgica; para insônia; como

anticonvulsivante, entre outras indicações. (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006; LONGO; JOHNSON, 2000; WHO, 1996)

Desde os anos 70 tem sido apontado o risco de dependência desses fármacos, tal como evidenciado seu uso abusivo. (DAILEY, 2004; LONGO; JOHNSON, 2000; WHO, 1996) Nessa mesma década, os BZD eram a preferência das prescrições no tratamento dos transtornos ansiosos, considerados uma opção segura e de baixa toxicidade. Ao final da década, porém, detectou-se o potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários dessas substâncias. (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008; LONGO; JOHNSON, 2000; WHO, 1996; WHO, 1983) Dentre os efeitos colaterais destacam-se: sonolência excessiva diurna; piora da coordenação motora fina; piora da memória (amnésia anterógrada); tonteira e zumbidos; quedas e fraturas; reação paradoxal (excitação, agressividade e desinibição); risco de acidentes no trânsito; indiferença afetiva a eventos da vida; risco de dependência e tolerância. Em idosos há maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo, aumentando a incidência de quedas e resultando em fraturas. (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008; CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006)

De acordo com o “II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil”, realizado em 2005, os benzodiazepínicos estão em terceiro lugar em termos de uso na vida, ficando atrás somente da maconha e do solvente. Os dados do estudo mostram que do total de entrevistados, 5,6% já fez uso de BZD e que destes, 0,5% relataram dependência, o que deixa esses fármacos ocupando o quarto lugar entre as drogas que mais causam dependência, sendo precedidos pelo álcool, tabaco e maconha. (CARLINI et al., 2006)

A literatura é bem clara ao referenciar o risco de dependência e os sintomas da abstinência dos BZD (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008; ORLANDI; NOTO, 2005; DAILEY, 2004) com o uso não esporádico ou agudo. (LONGO; JOHNSON, 2000; WHO, 1996) Huf et al. (2000, p.354) definiram como uso prolongado “a utilização diária de pelo menos um comprimido por um período maior ou igual a 12 meses.” Auchewski *et al.* (2004, p.30) citam que “um tempo de uso de 3 meses apresenta chance quase nula de desenvolver dependência, entre 3 e 12 meses essa chance aumenta de 10 a 15% e com mais de 12 meses a porcentagem está em torno de 25 a 40%.” Outros autores consideraram usuário crônico o “indivíduo que utilizou doses diárias por mais de 6 meses.” (CRUZ et al., 2006, p.261)

Vale lembrar que dependência não implica abuso ou adição, embora isso possa acontecer. Em especial, a dependência física é caracterizada por um estado que se desenvolve por adaptação do organismo ao uso repetido de uma droga e com isso, o organismo necessita constantemente dela para manter suas funções. Nesses casos, a retirada abrupta da droga provoca sintomas que caracterizam uma “crise de abstinência” da substância. (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006, p.479) Devido ao desenvolvimento da dependência, os pacientes apresentam resistência em parar o uso da medicação. O estudo de Orlandi e Noto (2005) reporta falas dos entrevistados que evidenciam essa resistência, relatando que sem a medicação os sintomas tornam-se insuportáveis e que são capazes de simular algumas queixas para convencer o médico a prescrever o medicamento.

Quanto ao perfil do usuário, um estudo comparando os dados obtidos em dois diferentes anos – 1994 e 2003 – demonstrou que o consumo de psicofármacos foi

significativamente maior no sexo feminino nos dois anos analisados, e que o consumo de psicofármacos aumentou conforme a idade (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006) Mendonça et al. (2008) reportaram, após análise de 1.336 prontuários de pacientes do Núcleo de Saúde Mental, que 63,4% eram mulheres. Destas, 20% tinham idade igual ou superior a 60 anos, das quais 42,3% do total de mulheres, com idade acima ou igual a 60 anos, consumiam BZD há mais de um ano. Mura et al. (2013), avaliando 969 sujeitos que usaram de forma crônica BZD, sugerem que esses usuários diminuíram seu nível cognitivo, mas sem relação com o aumento da idade.

Considerando o uso excessivo e crônico desses medicamentos, o aumento do risco de quedas e de interações medicamentosas adversas, e a ausência de estudos dessa natureza no município, justifica-se a realização do presente estudo com o intuito de caracterizar os usuários de BZD em uma Unidade de Saúde de um município de médio porte da Serra Catarinense.

Material e métodos

O estudo foi realizado em uma área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF), delimitada segundo critérios da Estratégia em Saúde da Família, que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde¹ no Brasil. Cada área tem um médico responsável, sendo dois especialistas em Medicina de Família e Comunidade, e dois residentes nessa mesma área. Foram analisados, inicialmente, todos os prontuários dos pacientes usuários de benzodiazepínicos, maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, independentemente da escolaridade, atendidos

¹ A saber: <<http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>>.

na USF, a partir da implementação da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, ocorrida em fevereiro de 2008. Os pacientes usuários de benzodiazepínico (BZD) com diagnóstico de patologia psiquiátrica foram excluídos, pois eram acompanhados no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e recebiam as receitas naquele local. Após revisão dos prontuários, observando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 30 usuários.

A pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sob o protocolo número 120-08.

Foi realizada entrevista com questionário contendo uma pergunta semiestruturada e 20 perguntas fechadas, elaborado a partir da leitura de outras pesquisas. (CARLINI et al., 2006; AUCHEWSKI et al., 2004) Os questionários foram aplicados por um único entrevistador. Previamente foi realizado teste piloto (com 4 questionários) para verificar a aplicabilidade do instrumento.

Considerando-se as características sociodemográficas dos usuários avaliou-se gênero, idade, renda familiar, escolaridade, estado conjugal, núcleo familiar e atividade profissional. Nas questões relativas ao uso de BZD investigou-se: nome da medicação e dose, motivo do início do BZD, tempo de uso e frequência, tentativas de parar de usar o medicamento, categoria de assistência médica, especialidade do médico prescritor, orientações médicas a respeito do tempo de uso. É pertinente destacar que o questionário não contemplou questões relativas à avaliação de patologias psiquiátricas.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos pacientes, via prévio comunicado. O entrevistador explicava o objetivo da pesquisa, fazia a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e estando o paciente de acordo, assinava o documento, em duas

vias, de igual teor, antes da aplicação do questionário. O TCLE continha os objetivos principais da pesquisa, métodos, descrição de riscos e benefícios, assegurando a confidencialidade dos dados. Caso o sujeito da pesquisa fosse analfabeto, deixava a impressão de sua digital no TCLE.

Esta pesquisa pode ser caracterizada como um Estudo de Caso, no qual procura-se apreender características de um caso concreto e explorar suas particularidades. Ainda que não seja possível fazer generalizações a partir dos resultados, uma das suas contribuições pode ser a comparação com outros estudos de caso que abordam o mesmo tema. (GOLDENBERG, 2011)

Resultados

Considerando-se a população estudada, pode-se inferir que o perfil prevalente do usuário de BZD constitui-se de indivíduos: do sexo feminino, acima de 30 anos, com predominância de uso na 4ª e 5ª décadas de vida. Em relação à renda familiar, dos 30 entrevistados, 27 ganham até 2 salários mínimos e 23 não estudaram ou não completaram o primeiro grau. No que tange ao núcleo familiar, a maioria vive com companheiro e familiares e são profissionalmente ativos (tabela 1). Os dados relativos ao uso de BZD encontram-se descritos na tabela 2. Os mais utilizados foram o Diazepam e o Clonazepam, nas doses prescritas na receita médica.

Quando indagados sobre o motivo que os levou a iniciar o uso de BZD, 18 entrevistados relataram que a prescrição ocorreu para tratar insônia, 13 tiveram prescrição para tratar depressão, dois para ansiedade e um entrevistado referiu que a causa da prescrição foi para dor.

Dos 30 pacientes, quatro relataram o uso da droga para mais de um motivo: dois deles para depressão e insônia, um para ansiedade e insônia e um para dor e insônia.

Considerando a frequência de uso, 29 pacientes usam há mais de 1 ano, sendo que 26 usam de forma contínua.

Muitas vezes, as receitas de medicamentos psicoativos são refeitas pelo médico da unidade de saúde. No entanto, observou-se que o primeiro prescritor não foi esse médico, mas um especialista consultado anteriormente. Considerando os 30 casos, em 11 o medicamento foi prescrito por Psiquiatra, em 8 por Neurologista, em 5 por Cardiologista, em 4 por Clínico Geral e 1 pelo Gastroenterologista.

Quando questionados no que tange às recomendações médicas sobre o tempo de uso, 23 pacientes relataram que o médico orientou que seria “enquanto necessário” e 5 referiram que “pela vida toda”. Apenas 1 médico orientou o uso por um período menor de 6 meses, e outro, segundo o paciente, não deu nenhuma informação.

Em relação a outras orientações médicas, 21 profissionais orientaram os pacientes a não consumirem bebidas alcoólicas e apenas 4 alertaram para o cuidado em operar máquinas e dirigir. Segundo relato dos pacientes, 6 deles não deram orientações.

A periodicidade de consultas, para o acompanhamento do uso da medicação, com 13 pacientes ocorre mensalmente, anual com 8, trimestral em 6 e semestral com 3 deles.

Quando questionados sobre a tentativa de parar o uso da medicação, 23 pacientes reportam que tentaram. No entanto, deste total, 18 o fizeram sem orientação médica. Dentre as justificativas para essa tentativa destacam-se: a dependência, os efeitos colaterais e diminuição da quantidade de medicamentos ingeridos.

Discussão

O presente estudo identificou uma prevalência maior do uso de benzodiazepínicos em mulheres, corroborando com a literatura. (ALVARENGA et al. 2008; CRUZ et al. 2006) Na busca de entender o motivo dessa prevalência, Mendoza-Sassi e Béria (2007, p.829), reportam que “as mulheres procuram mais os serviços de saúde”. Em complemento, parece haver uma percepção médica distinta para os gêneros, sendo abordados diferentemente os sintomas de ansiedade e depressão, além de prescritos ansiolíticos em maior quantidade para as mulheres (MARKEZ et al. 2004; MORENO et al. 2000). Ainda, é pertinente destacar que o papel assumido pelas mulheres nas últimas décadas, agregando as atribuições familiares à vida profissional, aliadas às necessidades socioeconômicas, poderiam contribuir para o “surgimento de sintomas como insônia, tristeza, ansiedade, que nem sempre são percebidos pelo profissional médico.” (MENDONÇA et al., 2008, p.100)

Alguns estudos avaliam o uso de BZD em idosos, acima de 60 anos, considerando que o processo de envelhecimento está associado com a prevalência de distúrbios mentais e afetivos. (KOENING; BLAZER, 1992; CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000) A negação do envelhecimento, pelas mulheres, pode ser justificativa indutora do uso de calmantes. (MENDONÇA et al., 2008) No entanto, outras investigações com população mais jovem mostraram não haver diferença entre as faixas etárias, embora seja intensificado o uso de serviços de saúde mental por mulheres acima de 40 anos (GALLEGUILLOS et al., 2003), corroborando os resultados da presente pesquisa. Há um estudo que contrapõe essa informação, realizado em Taiwan, onde os homens com idade inferior a 30 anos utilizam mais os BZD. (FANG et al., 2009)

Na análise do uso de benzodiazepínicos, observou-se que a maioria dos pacientes utilizam o Diazepam, assim como os achados de Nordon et al. (2009), e de Orlandi e Noto (2005), os quais relatam ser um dos fatores que favorece a essa prevalência, o preço, ou por serem “distribuídos gratuitamente pelas farmácias das Secretarias Municipais de Saúde.” (MENDONÇA; CARVALHO, 2005, p.1210) Entretanto, o estudo de Huf, Lopes e Rozenfeld (2000), identificaram maior prevalência para o uso do Bromazepam, que neste estudo foi o menos utilizado. Porém, o presente estudo teve como população alvo uma população de níveis de renda e escolaridade relativamente elevados no que se refere à população geral. O que é confirmado em outra análise, que verificou qual medicamento é mais adquirido em farmácias, mostrando que “quando a população adquire a medicação, o mais comercializado é o Bromazepam.” (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004, p.476)

Os motivos autorreferidos para iniciar o uso dos benzodiazepínicos citados pelos entrevistados convergem para o que a literatura reporta como sendo as principais queixas: distúrbios do sono, depressão e ansiedade. (NORDON et al., 2009; MENDONÇA; CARVALHO, 2005; ORLANDO; NOTO, 2005)

Considerando o tempo de uso da medicação, a maioria utilizava o medicamento no extrato de 1 até 5 anos, confirmando outros resultados. (ALVARENGA et al., 2007) No entanto, o que chamou a atenção foi o fato de que 3 usuários relataram utilizar a medicação por períodos de 20, 25 e 30 anos. Ao considerar-se outros itens do questionário, verifica-se que a maioria dos usuários referiu ter sido orientada, na primeira prescrição, a utilizar a medicação enquanto julgasse necessário, 5 responderam que teriam que tomar pela vida toda e um deles não foi orientado. A maior parte dos entrevistados utilizou os benzodiazepínicos

de forma contínua, fato constatado também em outros estudos. (ALVARENGA et al., 2007; CRUZ et al., 2006)

Vale lembrar que o uso por um período prolongado pode estar relacionado à “despreocupação dos médicos com o aconselhamento ao paciente.” (AUCHEWSKI et al., 2004, p.30) A falta, seja de preocupação quanto aos efeitos colaterais do uso crônico, seja de avaliação da real necessidade do uso prolongado, podem levar o médico a simplesmente repetir prescrições anteriores, dando lugar ao medicamento em detrimento a relação médico – paciente. (MENDONÇA et al. 2008; CRUZ et al., 2006)

O aumento no risco de fraturas graves por quedas em idosos que usam BZDs deve ser considerado pelos profissionais que prescrevem esses medicamentos. Deve-se avaliar criteriosamente os riscos e benefícios do uso desses fármacos em tais pacientes, e caso sejam prescritos, orientar também os familiares sobre como evitar acidentes. (COUTINHO; SILVA, 2002)

Dentre as orientações, a mais citada foi “não consumir bebidas alcoólicas”. Talvez esse seja um fator cultural, do saber popular e médico, da incompatibilidade de várias drogas com consumo de álcool. Desconhecem ou ignoram os riscos em operar máquinas, em dirigir, em usar por períodos prolongados e acreditam que podem usar a medicação enquanto sentirem necessidade. Neste estudo de caso, observou-se que o psiquiatra foi a especialidade que mais prescreveu BZD, seguido do neurologista. Ribeiro et al. (2007, p.272) citam como maior prescritor o clínico geral, seguido do psiquiatra, do cardiologista e do neurologista, e relatam que “mais de 50% dos pacientes não receberam qualquer tipo de orientação em relação ao medicamento.”

No entanto, os pacientes parecem preocupados com a dependência que o BZD pode causar, afinal, a maioria reportou a tentativa de parar de usar mesmo sem

orientação médica. Além da dependência, justificaram que pararam de tomar a medicação para testar se os sintomas iniciais retornavam e 3 responderam que interromperam o uso devido aos efeitos colaterais. Como essa era uma pergunta aberta não foi verificado o entendimento desses usuários a respeito de quais são os efeitos colaterais, sendo consideradas apenas as respostas conforme relataram os entrevistados. Deve-se ressaltar que nenhuma tentativa de parar foi exitosa, provavelmente por medo do retorno da doença. (AUCHEWSKI et al., 2004) “Na verdade, o uso prolongado parece causar uma dependência mais psicológica do que física.” (MARKEZ et al., 2004, p.51)

Considerações finais

A análise dos dados obtidos permitiu evidenciar que a maioria dos usuários de benzodiazepínicos adscritos na área analisada iniciou o uso da medicação antes da implantação da Residência em Medicina de Família e Comunidade. As mulheres apareceram em maior número, pertencentes às classes sociais mais baixas, com pouca escolaridade. Apesar das medicações serem prescritas por especialistas, o que pressupõe maior qualidade nas orientações, não foi encontrado maior conhecimento desses pacientes a respeito do tempo de uso e demais orientações. Os resultados permitem refletir sobre como os profissionais de saúde estão orientando seus pacientes em queixas que, muitas vezes, poderiam ser controladas com ações psicossociais, por exemplo. Assim, este trabalho contribui para o entendimento das características da população atendida no serviço primário de saúde e alerta para as consequências do uso prolongado de BZD, evidenciando a necessidade da orientação e formação continuada dos profissionais de saúde.

Referências

ALVARENGA, J.M. et al. Prevalência e características sociodemográficas associadas ao uso de benzodiazepínicos por idosos residentes na comunidade: Projeto Bambuí. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n.1, p. 7-11, 2007.

ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotropicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev Bras Cienc Farm**, v. 40, n.4, p. 471-479, 2004.

AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n.1, p. 24-31, 2004.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005** -- São Paulo:CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo,2006.

CHARNEY, D.S.; MIHIC, J.; HARRIS, R.A. Hypnotics and sedatives. In: HARDMAN, J.G.; LIMBIRD, L.E.; GILMAN, A.G (Edit.Assoc.). **Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics**. 11 ed.,USA: McGraw-Hill Companies, 2006. p. 447-484.

COUTINHO, E.S.F.; SILVA, S.D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n.5, p. 1359-1366, 2002.

CRUZ, A.V. et al. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 27, n.3, p. 259-267, 2006.

DAILEY, J.W. Fármacos sedativo-hipnóticos e ansiolíticos. In: Craig CR, Stitzel RE. **Farmacologia Moderna com aplicações clínicas**. 6ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P334-338.

FANG, S.Y. et al. Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: A population- based study. **Drug and Alcohol Dependence**, v.104, p. 140-146, 2009.

GALLEGUILLOS, T. et al. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Rev. Med. Chil.**, Santiago, v. 131,n.5, p. 535-540, 2003

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 12ª edição. Rio de Janeiro: Record. 2011.107 p.

HUF, G.; LOPES, C.S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cad. de Saúde Pública**, v. 16, n.2, p. 351-62, 2000.

KOENIG, H.G; BLAZER, D.G. Epidemiology of geriatric affective disorders. **Clin Geriatr Med**, v. 8, p. 235-251, 1992.

LONGO, L.P.; JOHNSON, B. Addiction: Part I - benzodiazepines, side effects, Abuse risk and alternatives. **American Family Physician**, v. 61, n.7, p. 2121-2128, 2000. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2000/0401/p2121.html?printable=afp> acesso em 19 agosto 2014.

MARKEZ I et al. Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, n. 91, p. 37-61, 2004.

MENDONÇA, R.T. et al. Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes. **Saúde Socied**, v.17, n. 2, p.95-106, 2008.

MENDONÇA, R.T.; CARVALHO, A.C.D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Rev LatinoAm Enfermagem**, v. 13, número especial, p. 1207-12, 2005.

MENDONÇA-SASSI R.; BÉRIA, J.U. Utilização dos serviços de saúde: uma revisão sistemática sobre os fatores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n.4, p. 819-832, 2001.

MORENO M.E.L. et al. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depressivos. **Aten Primaria**, v. 26, n.8, p. 554-8, 2000.

MURA, T. et al. Chronic use of benzodiazepines and latente cognitive decline in the elderly: Results from the Three-city study. **Euro Neuropsychopharm**, v. 23, n.3, p. 212-23, 2013.

NASTASY H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. **Projeto Diretrizes Associação Brasileira de Psiquiatria** 2008. 10p. Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf. Acesso em 03 set 2014.

NORDON, D.G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr RS**, v. 31, n.3, p. 152-158, 2009.

ORLANDI P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes- chave no município de São Paulo. **Rev LatinoAm Enfermagem**. v.13, número especial, p. 896-902, 2005.

RIBEIRO, C.S. et al. Uso crônico de diazepam em unidades básicas de saúde: perfil dos usuários e padrão de uso. **São Paulo Med. J.** v.125, n.5, p.270-4, 2007.

RODRIGUES, M.A.P.; FACCHINI, L.A.; LIMA, M.S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n.1, p. 107-114, 2006.

SILVEIRA, M. L. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Use and abuse of benzodiazepines. **Bulletin of the World Health Organization**, v.61, n.4, p. 551 - 562 , 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rational use of benzodiazepines. **Programme on Substance Abuse**. WHO/PSA/96,11. 1996.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários de benzodiazepínicos entrevistados

Variáveis	N
(continua)	
Gênerº	
Homens	7
Mulheres	23
Renda familiar (em salários mínimos)	
≤ 1 salários	15
>1 e ≤ 2 salários	12
> 2 salários	3

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários de benzodiazepínicos entrevistados

(conclusão)

(continua)

Variáveis	N
Escolaridade - anos	
Analfabeto	5
1º grau incompleto	18
1º grau completo	2
2º grau incompleto	1
2º grau completo	3
3º grau incompleto	1
Idade - anos	
30-39	05
40-49	09
50-59	09
60-69	06
Acima de 70	01
Estado conjugal	
Com companheiro(a)	18
Sem companheiro(a)	12
Com quem vive	
Sozinho	4
Com companheiro	5
Com familiares	21

Atividade Atual

Aposentado	8
Desempregado	2
Outros	20

Profissão

Costureira	1
Cuidador	1
Diarista	1
Dona de casa	10
Pensionista	2
Rural/Servente	1
Serviços Gerais	2

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Tabela 2 – Informações relativas ao uso da medicação e ao atendimento médico

(continua)

Variáveis	n
Atendimento Médico^o	
SUS	30
Particular	03
Convênio	01
Benzodiazepínico utilizado	
Diazepam	17

Tabela 2 – Informações relativas ao uso da medicação e ao atendimento médico

(continua)	
Variáveis	n
Clonazepam	12
Bromazepam	1
Dose Correta	21
Sim	9
Não	
Motivo	
Depressão	13
Dor	1
Insônia	18
Ansiedade	2
Especialidade do primeiro prescritor	
Cardiologista	5
Gastroenterologista	1
Neurologista	8
Clínico Geral	4
Psiquiatra	11
Não lembra	01

(continua)

Variáveis	n
Há quanto tempo faz uso de BZD (em anos)	
<1	1
1 a 5	18
6 a 10	6
11 a 20	3
21 a 30	2
Frequência do uso	
Contínuo	26
Intermitente	4
Por quanto tempo o médico indicou o uso	
Por 6 meses	1
Pela vida toda	5
Enquanto necessário	23
Não orientou	1
Orientações	
Não dirigir	4
Não operar máquinas	4
Não consumir bebidas alcoólicas	21
Não usar por período prolongado	0
Não deu nenhuma orientação	6

Tabela 2 – Informações relativas ao uso da medicação e ao atendimento médico

Variáveis	(conclusão) n
Periodicidade de consultas para acompanhamento do uso de BZD	
Mensal	13
Trimestral	6
Semestral	3
Anual	8
Tentativa de parar de usar	
Sim	23
Não	7
Tentativa com orientação médica	
Sim	5
Não	18

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

PREVALÊNCIA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO BRASIL¹

*Caroline Colla Viana
Maria Conceição de Oliveira*

Introdução

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte no Brasil e no mundo. Estima-se que nos primeiros anos do século XXI, ocorriam em torno de cinco milhões de óbitos anuais por doenças cerebrovasculares (Acidente Vascular Cerebral – AVC) em todo o mundo, representando pouco mais de 9% do total de mortes ocorridas. (BEAGLEHOLE; SARACCI; PANICO, 2001) Além da alta mortalidade, são descritas na literatura, a substancial incidência do agravo e a severa perda na qualidade de vida de pacientes que sobrevivem ao AVC. (TOBIAS; TURLEY, 2005)

Como reflexo das altas taxas de morbimortalidade de AVC, há sério impacto econômico nas sociedades, em particular nos países de média e baixa renda. As perdas

¹ Trabalho realizado na Universidade do Planalto Catarinense, Lages, SC.

de Produto Interno Bruto (PIB) decorrentes de AVC, diabetes e doenças cardíacas, apenas em 23 desses países, equivaleram em 2006 a 84 bilhões de dólares. No Brasil, o montante estimado foi de 330 milhões de dólares, valor que deve aumentar em 150% até 2015 e corresponder, no somatório dessa década, a uma perda de 4,2 bilhões de dólares no PIB brasileiro. (ABEGUNDE et al., 2007)

Há uma confluência complexa de diversos fatores de risco para o AVC, dentro os quais se destacam: hipertensão arterial sistêmica, alto nível de colesterol no sangue, tabagismo, *diabetes mellitus* (DM), sedentarismo e obesidade. (WOO et al., 2002)

No Brasil, são escassos os estudos de base populacional que descrevem a prevalência de AVC e os fatores associados ao mesmo. O objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência do AVC autorreferido e seus fatores associados na população adulta de um município de médio porte do sul do Brasil.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal de base populacional. A coleta de dados aconteceu entre maio e outubro de 2007 no município de Lages, Santa Catarina, Brasil. Lages situa-se na região serrana de Santa Catarina, a 176,5 km da capital do estado, Florianópolis. A população do município no ano de 2005 era de 166.733 habitantes, localizando-se 97,4% deles na zona urbana (162.397 habitantes).

A população de referência do estudo foi constituída por adultos da faixa etária entre 20 e 59 anos de idade completos no momento da pesquisa, de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município. Essa faixa

etária compreendia, em 2005, aproximadamente 52% da população total do município. Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se população de referência igual a 86.998 adultos, nível de confiança de 95%, prevalência esperada do fenômeno desconhecida (50%), erro amostral de 3,5 pontos percentuais e efeito do desenho do estudo (amostra por conglomerados em dois estágios – setores censitários e domicílios) igual a dois. Por fim, adicionaram-se 10% para compensar recusas e perdas e 20% considerando a presença de variáveis de confusão. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado através do programa Epi-Info.

A amostra final foi de 2.051 adultos. A prevalência de 50% foi utilizada em decorrência de o presente estudo estar inserido em um grande projeto de pesquisa onde foram analisados outros desfechos e fatores associados, muitos com prevalências desconhecidas, tais como: doenças autorreferidas, hábitos de vida, pressão arterial, atividade física, saúde bucal, escolaridade, renda, fatores demográficos, entre outros.

Com base nas informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram selecionados, por amostragem casual simples sem reposição, 60 setores censitários e aproximadamente 30 domicílios por setor. Para o início da coleta de dados, em cada um dos setores foi sorteada uma quadra e, nesta, uma esquina a partir da qual foram visitados todos os domicílios até que fosse completado o número de 30 pessoas, em cada setor.

Todas as pessoas do domicílio eram potencialmente elegíveis para participar do estudo. Foram consideradas como perdas, pessoas não encontradas nos domicílios visitados pelo menos quatro vezes – incluídas visitas em finais de semana e no período noturno –, ou caso houvesse recusa em participar.

A autorreferência de AVC (variável de desfecho) foi obtida através da pergunta: “Alguma vez na vida o médico disse que o Sr.(a) teve derrame ou AVC (Acidente Vascular Cerebral)?”. As variáveis independentes foram: (i) demográficas e socioeconômicas: idade em anos completos (20-39 e 40-59); cor da pele autorreferida (brancos e negros, sendo que esta última categoria somou-se os pardos também); renda mensal *per capita* em salários mínimos estratificada por mediana (0,89-19,74; 0,02-0,88); e escolaridade em anos de estudo completos (0-4 e 5 ou mais anos de estudo). Quanto aos hábitos relacionados à saúde (ii), o tabagismo foi categorizado em: nunca fumou, ex-fumante e fumante atual, e a atividade física mensurada através do instrumento IPAQ, categorizando os indivíduos em suficientemente ativos e insuficientemente ativos. A situação de saúde (iii) compreendeu o DM autorreferido (não, sim); níveis pressóricos (normais, elevados); estado nutricional (eutrófico, sobrepeso/obeso); e autoavaliação de saúde estratificada em positiva (combinação das categorias excelente, muito bom e bom) e negativa (combinação das categorias regular e ruim).

Os dados foram digitados, independentemente, por dois digitadores no programa Epi-Info 6.04. A consistência e análise dos dados foram realizadas no pacote estatístico Stata 9. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva das variáveis. Testaram-se as associações entre a prevalência de AVC e as variáveis exploratórias, através da regressão logística bivariada e múltipla, obtendo-se como medida de efeito o Odds Ratio (OR). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), sob o protocolo nº 01/2007, tendo sido devidamente aprovado.

Resultados

Foram entrevistados 2.022 indivíduos, equivalendo a uma taxa de resposta de 98,6%. Em relação à distribuição da amostra, segundo as variáveis exploratórias, 61,5% das pessoas eram mulheres, a maior parte dos indivíduos (52,9%) tinha entre 20 e 39 anos, apresentava de 5 ou mais anos de estudo (52,9%) e referiu renda familiar menor do que 1,5 salário mínimos (54,9%) (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e morbidades. Lages, 2007.

(continua)

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Idade (anos)		
20-39	435 (56,1)	632 (50,9)
40-59	341 (44,0)	610 (49,1)
Cor da Pele		
Branco	492 (63,4)	745 (60,0)
Negros (negros e pardos)	261 (33,6)	459 (37,0)
Renda familiar <i>per capita</i> em salários mínimos		
0,89-19,74	413 (53,9)	569 (46,7)
0,02-0,88	353 (46,0)	649 (53,3)
Escolaridade (anos de estudo)		
5 ou mais	668 (86,5)	970 (79,3)
0-4	104 (13,5)	253 (20,7)

Tabela 1 – Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e morbidades. Lages, 2007.

(conclusão)

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Tabagismo		
Nunca fumou	393 (50,6)	697 (56,3)
Ex-fumante	142 (18,3)	184 (14,8)
Fumante atual	242 (31,1)	358 (28,9)
Atividade física		
Suficientemente ativos	522 (68,6)	846 (71,0)
Insuficientemente ativos	239 (31,4)	345 (29,0)
Diabetes mellitus		
Não	618 (79,3)	925 (74,4)
Sim	161 (20,7)	318 (25,6)
Níveis pressóricos		
Normais	510 (65,6)	949 (76,5)
Elevados	268 (34,4)	292 (23,5)
Estado nutricional		
Eutrófico	318 (41,4)	517 (43,1)
Sobrepeso/ obeso	450 (58,6)	684 (56,9)
Autoavaliação de saúde		
Positiva	640 (82,2)	832 (66,9)
Negativa	139 (17,8)	411 (33,1)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

A prevalência de tabagismo foi bastante expressiva (31,1%), bem como de indivíduos suficientemente ativos (71% para o sexo feminino). Em relação às comorbidades, observaram-se prevalências de 25,6% para o DM e 34,4% para níveis pressóricos elevados. A saúde foi referida como negativa por 17,8% dos homens e 33,1% das mulheres.

Quanto ao AVC autorreferido, a prevalência global foi de 2,1% (IC_{95%}: 0,9%-2,0%), sendo mais elevado entre as mulheres (1,5%; IC_{95%}: 1,3%-2,6%), em relação aos homens (0,6%; IC_{95%}: 0,2%-1,3%). A distribuição de AVC, segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, de hábitos de vida e morbidades está descrita na tabela 2.

Tabela 2 - Prevalência de Acidente Vascular Cerebral autorreferido, segundo variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e morbidades. Lages, 2007.

(continua)

Variáveis	Prevalência	OR _{bruto} (IC _{95%})	p _{bruto}	OR _{ajustado} (IC _{95%})**	P _{ajustado}
Sexo (n=974)			0,061	*	*
Masculino	0,6	1,00			
Feminino	1,5	2,36 (0,96-5,80)			
Idade (anos) (n=1974)			0,002		0,024
20-39	0,3	1,00		1,00	
40-59	2,7	8,34 (2,29-30,3)		4,91 (1,23-19,52)	
Cor da pele (n=1911)			0,496	*	*
Branco	1,1	1			
Negros (negros e pardos)	1,5	1,33 (0,58-3,04)			
Escolaridade (anos de estudo) (n=1947)			0,002	*	*
5 ou mais	0,7	1,00			
0-4	3,1	4,25 (1,78-10,16)			

Tabela 2 - Prevalência de Acidente Vascular Cerebral autorreferido, segundo variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e morbidades. Lages, 2007.

(continua)

Variáveis	Prevalência	OR _{bruto} (IC _{95%})	P _{bruto}	OR _{ajustado} (IC _{95%})**	P _{ajustado}
Renda (salários mínimos per capita) (n=1936) 0,89-19,74 0,02-0,88			0,118	*	*
	0,8	1,00			
	1,5	1,95 (0,83-4,52)			
Atividade física (n=1919) Suficientemente ativos Insuficientemente ativos			0,008		0,010
	0,9	1,00		1,00	
	2,1	2,38 (1,26-4,49)		2,19 (1,21- 3,98)	
Tabagismo (n=1968) Nunca fumou Ex-fumante Fumante atual			0,024	*	*
	0,6	1,00			
	2,1	3,16 (1,26-7,94)			
	1,8	2,64 (1,05-6,64)			
Diabetes mellitus (n=1964) Não Sim			<0,001		0,008
	0,9	1,00		1,00	
	6,2	7,16 (3,54-14,47)		3,25 (1,38- 7,68)	

(conclusão)

Níveis pressóricos elevados (n=1971) Normais Elevados			0,082	*	*
	0,9	1,00			
	2,0	2,11 (0,90-4,95)			
Estado nutricional (n=1922) Eutrófico Sobrepeso/ obesidade			0,121	*	*
	0,8	1,00			
	1,4	1,84 (0,84-4,00)			
Avaliação de saúde (n=1974) Positiva Negativa			<0,001		<0,001
	0,4	1,00		1,00	
	3,5	7,94 (3,72-16,94)		4,79 (2,18-10,52)	

*Removido da análise devido à perda de significância estatística na análise ajustada.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2015.

Verificou-se associação positiva de AVC com a idade, sendo identificada a maior prevalência na faixa etária de 40-59 anos, visto que indivíduos que se encontravam nessa faixa tiveram oito vezes mais chance de ter o AVC. Além dessa variável, a autoavaliação de saúde também se mostrou fortemente associada a essa doença ($p < 0,001$). Aqueles que relataram sua saúde como negativa apresentaram uma prevalência de AVC igual a 3,5% ($P_{ajustado} < 0,001$).

Quanto às variáveis sociodemográficas, aqueles com menor escolaridade apresentaram maior prevalência do agravo ($P_{\text{bruto}}=0,002$). O AVC também foi associado ao tabagismo (ex-fumantes e fumantes atuais apresentaram maior prevalência de AVC em relação aos não fumantes), aos insuficientemente ativos ($p=0,01$) e ao DM ($p=0,008$).

Discussão

Em razão da fácil aplicação, rapidez, baixo custo e boa confiabilidade das informações, a autorreferência de morbidades tem sido extensamente utilizada nos inquéritos epidemiológicos de base populacional para estimar prevalências de condições de saúde. (SANTOS et al., 2007) No presente estudo, a prevalência de AVC autorreferido entre os adultos entrevistados (1,5%) foi inferior à encontrada no Chile (4,4%) e no município de São Paulo (3,3%), mas equivalente à prevalência observada no México (1,7%). Comparações, no entanto, devem ser realizadas com cautela, pois nesses outros locais citados consideraram-se apenas indivíduos adultos com idade maior ou igual a 40 anos. (MENEZES; VICTORA, 2008)

Foi identificada maior prevalência de AVC nas faixas etárias de 40-49 anos (0,6% para homens e 2% para as mulheres) e 50-59 anos (2,5% para homens e 5,7% para mulheres), resultado semelhante ao reportado por outros estudos que também indicaram o AVC como mais comum nas idades mais avançadas. (FALCÃO et al., 2004; FEIGIN et al., 2002) Em estudo com pessoas com idade inferior a 50 anos, Zétola et al. (2003) demonstraram que entre os homens houve uma diminuição de casos de AVC na faixa etária de 15 a 30 anos, tendência que inverte-se posteriormente, havendo aumento gradativo de acordo com o avanço da

idade. Já entre as mulheres, foi verificado um aumento de casos de AVC desde a faixa etária mais jovem. Tal padrão está associado às alterações metabólicas e cardiovasculares, e com o acréscimo concomitante de hipercolesterolemia, fibrilação atrial e doenças das coronárias, mais comuns em pessoas com idades mais elevadas. (LAVADOS et al., 2007)

O presente estudo evidenciou que a baixa escolaridade esteve associada com o AVC entre as mulheres. Através da revisão de trabalhos conduzidos em 26 países da América Latina e Caribe, Lavados et al. (2007) identificaram que, nas últimas décadas, houve aumento da frequência e mortalidade por AVC em grupos com nível socioeconômico mais baixo. De maneira similar, Chang et al. (2002), em estudo conduzido em 17 países da Europa, América Latina, Ásia e África, verificaram que a baixa escolaridade esteve associada com maior chance de AVC. Nos Estados Unidos, em estudo de base populacional, descreveu-se aumento de casos de infarto do miocárdio e de AVC fatal em pessoas com nível de escolaridade inferior a 12 anos. (WOO et al., 2002) As razões da desigualdade socioeconômica na incidência, mortalidade e sobrevida relacionadas ao AVC ainda não são claras, mas tal fenômeno vem sendo parcialmente atribuído às diferenças no uso dos serviços de saúde; nos aspectos psicossociais (stress e suporte social); na possibilidade econômica e ambiental de adoção de estilos de vida saudáveis; e às exposições na infância, como desnutrição. (COX et al., 2006)

O DM configura-se como um fator de risco modificável para o AVC. (BERNAL-PACHECO; ROMÁN, 2007) Sua atuação manifesta-se diretamente na parede endotelial, promovendo aterosclerose, que, conjuntamente com a hipertensão arterial sistêmica, com alterações assintomáticas das artérias carótidas ou hiperlipidemia, podem provocar o AVC. (KARAPANAYIOTIDES et al., 2004) Pires et al. (2004),

num estudo de base hospitalar no município de São Paulo, envolvendo 262 pacientes com AVC isquêmico e idade igual ou acima de 60 anos, identificaram que 19,9% desses pacientes também apresentavam DM. Kanters et al. (1999), destacaram que tal alteração metabólica pode aumentar em até quatro vezes a chance de indivíduos terem AVC em relação aos não diabéticos. Em estudo realizado na Alemanha, avaliando-se pacientes diagnosticados com AVC entre os anos de 1983 e 2002, identificou-se prevalência de 3% desse desfecho entre os diabéticos, valor semelhante entre os sexos. (KARAPANAYIOTIDES et al., 2004) Embora o presente estudo não tenha discriminado os casos severos de AVC, encontrou-se resultado semelhante no sexo feminino (3,8%).

O tabagismo é um dos principais fatores associados para o aparecimento de doenças cardiovasculares e AVC. (BERNAL-PACHECO; ROMÁN, 2007) Estima-se que o consumo desse produto foi responsável por 18% das mortes por AVC e doenças cardíacas na Nova Zelândia em 1997. (TOBIAS; TURLEY, 2005) O tabaco pode aumentar o risco de AVC em duas vezes e, mesmo quando o indivíduo abandona o hábito antes do primeiro episódio de AVC, ele ainda apresenta maior chance de apresentar o agravo em relação aos não fumantes. (SBDCV, 2001) Este fato é condizente com o achado nesta pesquisa, pois a prevalência de AVC foi mais elevada em mulheres fumantes e ex-fumantes (3,8%). Nos homens, a mesma tendência foi observada, porém, as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Quanto à atividade física, a prática de exercícios diminui o risco de mortes por doenças isquêmicas do coração, AVC, câncer e DM tipo II, além de ajudar a prevenir e diminuir os riscos da hipertensão arterial (WHO, 2008). Estudos verificaram que o sedentarismo está associado a uma maior carga de mortalidade por AVC. (LOBELO et al., 2006; TOBIAS; TURLEY, 2005)

A presente pesquisa identificou maior prevalência de AVC entre as mulheres insuficientemente ativas (3,5%). Estimativa realizada na Inglaterra mostrou que 40% das mulheres não possuem tempo para a prática de exercícios e 20% sentem-se desmotivadas para tal. Essa exposição, aliada ao uso de anticoncepcional oral, reposição hormonal e síndrome do ovário policístico, possivelmente presentes entre as mulheres, estão associadas às doenças cardiovasculares e AVC. (MACKAY; MENSAH, 2004) Além disso, as sequelas possivelmente limitantes do AVC podem dispor as pessoas a menor nível de atividade física.

Entre os resultados do presente estudo, que contrariam outros trabalhos, está a ausência de associação entre AVC e níveis pressóricos elevados, que estão entre os principais fatores associados ao AVC e presentes em cerca de 70% dos casos desta morbidade. (BERNAL-PACHECO; ROMÁN, 2007; FALCÃO et al., 2004; NOBLAT et al., 2004; REID; THRIFT, 2005) O consumo de bebidas alcoólicas também tem relação direta com as doenças circulatórias e mortalidade. O álcool, quando consumido de forma abusiva, pode ocasionar problemas de saúde tais como cirrose e hipertensão arterial. (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004) Tal associação foi evidenciada também em países da América Latina e Caribe, sendo que essa exposição esteve presente em cerca de 18,8% a 21,7% dos casos de AVC. (LAVADOS et al., 2007) Neste trabalho, apesar disso, não se constatou tal associação. O estado nutricional é indicado como outro fator fortemente associado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, AVC, síndrome metabólica, diabetes, osteoartrite e câncer endometrial. (BERNAL-PACHECO; ROMÁN, 2007) Na presente pesquisa, verificaram-se altas prevalências de sobrepeso e obesidade em ambos os sexos, contudo, essa variável não demonstrou-se associada ao AVC.

Noblat et al. (2004) relataram a associação entre raça/etnia e AVC, sendo que a prevalência do agravo foi maior em mulatos/negros do que em brancos. Outros estudos indicam associação no mesmo sentido, porém, as razões para essa distribuição ainda não são claras. Esta pesquisa também identificou prevalências mais elevadas entre pardos e pretos, contudo, as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Conclusões

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório, principalmente as doenças cerebrovasculares, está decrescendo nos últimos anos, conforme estudos realizados no Brasil. Porém, essas doenças ainda constituem importantes causas de internação hospitalar, custos assistenciais, morbidade e mortalidade, além de impactarem fortemente na qualidade de vida dos pacientes. Por este motivo, estudos autorreferidos possuem grande potencialidade para melhor compreensão dos fatores associados que, na sua maioria, são modificáveis. Faz-se necessária a implantação de políticas adequadas às necessidades de saúde da população, visando à educação em saúde e a prevenção, para proporcionar uma redução na morbimortalidade por esse agravo, e também, poder contribuir para uma prática clínica mais eficaz.

Referências

- ABEGUNDE, D.O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. In: **Lancet**. [s.l.], v.370, n.9603, p.1929-38. 2007.
- BEAGLEHOLE, R.; SARACCI, R.; PANICO, S. Cardiovascular diseases: causes, surveillance and prevention. In: **Int. J. Epidemiol.** [s.l.], v.30, Suppl 1, p.1-4. 2001.
- BERNAL-PACHECO, O.; ROMÁN, G.C. Environmental vascular risk factors: new perspectives for stroke prevention. In: **J. Neurol. Sci.** [s.l.], v.262, p.60-70. 2007.
- CHANG, C.L. et al. The influence of economic development on the association between education and the risk of acute myocardial infarction and stroke. In: **J. Clin. Epidemiol.** [s.l.], v.55, n.8, p.741-7. aug. 2002.
- COX, A.M. et al. Socioeconomic status and stroke. In: **Lancet Neurol.** [s.l.], v.5, n.2, p.181-8. 2006.
- FALCÃO, I.V. et al. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. In: **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [s.l.], v.4, n.1, p.95-102. 2004.
- FEIGIN, V.L. et al. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. In: **Lancet Neurol.** [s.l.], v.2, n.1, p.43-53. 2003.
- KANTERS, S.D. et al. Incidence and determinants of mortality and cardiovascular events in diabetes mellitus: a meta-analysis. In: **Vasc. Med.** [s.l.], v.4, n.2, p.67-75. 1999.
- KARAPANAYIOTIDES, T. et al. Stroke patterns, etiology, and prognosis in patients with diabetes mellitus. In: **Neurology** [s.l.], v.62, n.9, p.1558-62. may. 2004.

LAVADOS, P.M. et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin American and the Caribbean. In: **Lancet Neurol.** [s.l.], v.6, n.4, p.362-72. apr. 2007.

LOBELO, F. et al. Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá. In: **Rev. Salud Public.** [s.l.], v.8, Supl.2, p.28-41. 2006.

MACKAY, J.; MENSAH, G. **The Atlas of Heart Disease and Stroke.** 2004. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>. Acesso em: 15 ago. 2014.

MENEZES, A.M.B.; VICTORA, C.G. **Platino:** Proyecto Latinoamericano de Investigacion en Obstruccion Pulmonar. 2003-2005. Disponível em: <<http://www.platino-alat.org/>>. Acesso em: 18 mar. 2008.

NOBLAT, A.C.B. et al. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. In: **Arq. Bras. Cardiol.** [s.l.], v.83, n.4, p.308-13. 2004.

PIRES, S.L.; GAGLIARDI, R.J.; GORZONI, M.L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. In: **Arq. Neuropsiquiatr.** [s.l.], v.62, n.3-B, p.844-51. 2004.

REID, C.M.; THRIFT, A.G. Hypertension 2020: Confronting tomorrow's problem today. **Clin Exp Pharmacol Physiol.**, v. 32, n. 5-6, p. 374-6, May-Jun 2005.

SANTOS, S.M. et al. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. In: **Cad. Saúde Pública.** [s.l.], v.23, n.11, p.2533-54, 2007.

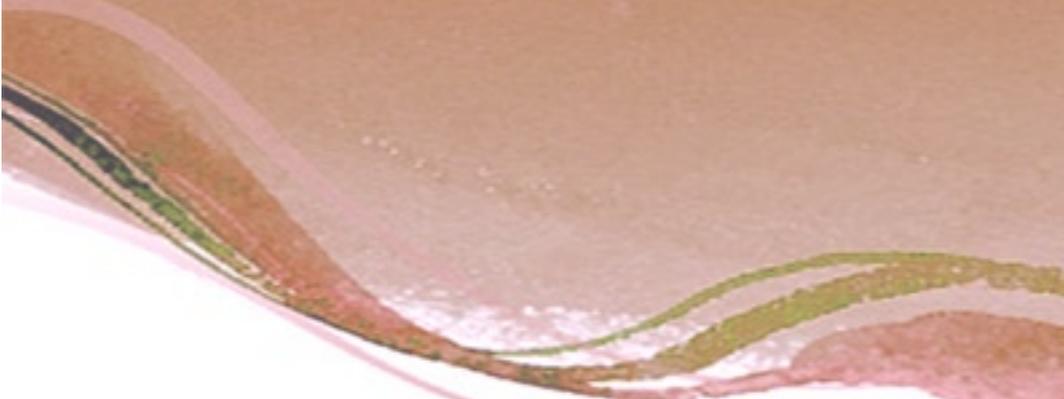
SBDCV. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares. Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. In: **Arq. Neuropsiquiatr.** [s.l.], v.59, n.4, p.972-80. 2001.

TOBIAS, M.; TURLEY, M. Causes of death classified by risk and condition. New Zealand, 1997. In: **Aust. N. Z. J. Public Health.** [s.l.], v.29, n.1, p.5-12. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on diet, physical activity and health. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_pa.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.

WOO, D. et al. Genetic and environmental risk factors for intracerebral hemorrhage: preliminary results of a population-based study. In: **Stroke.** [s.l.], v.33, p.1190-6. 2002.

ZETOLA, V.H.F. et al. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. In: **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v.59, n.3B. sept. 2001.



**ATUAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE:** entre a percepção de
usuários de uma unidade de saúde da
família e a legislação da especialidade:
estudo na serra catarinense

*Priscila Bacchetti Cezar
Izabella Barison Matos*

**Medicina de Família e Comunidade, uma especialidade
médica:** nem novidade, nem retorno ao velho médico
de família

Embora não seja muito conhecida, por médicos e outros profissionais de saúde, bem como por boa parte da população, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) não é uma especialidade nova. (FALK, 2005; GUSSO, 2009) Apesar do seu longo histórico, essa especialidade só começou a ganhar visibilidade, no Brasil, em 1994 com a implantação, pelo Ministério da Saúde, do Programa Saúde da Família (PSF), recentemente denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Gusso (2009) salienta que, provavelmente em função disso, percebe-se certa confusão entre MFC e PSF, uma vez que ambas as práticas apresentam características

comuns: primeiro contato com o paciente e realização de atendimento integral.

Surgida na década de 60, nos EUA, no formato de pós-graduação, como alternativa ao modelo médico hegemônico-hospitalocêntrico, centrado no indivíduo e na doença, na superespecialização e no aspecto curativo (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001); em 1969, a MFC foi reconhecida naquele país como especialidade e expandiu-se para outros continentes. (CAPOZZOLO, 2003; CAMPOS, 2005) No Brasil, essa especialidade existe desde 1976, tendo sido oficializada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) em 1981, com a denominação de Medicina Geral Comunitária, porém, a partir de 2003, passou a ser designada oficialmente de Medicina de Família e Comunidade (MFC), pelos órgãos de classe/associações/conselhos profissionais. (FALK, 2005; ROMANO, 2008)

Em 1988, ocorreu a aprovação da nova Carta Constitucional do Brasil e das Leis Orgânicas da Saúde que, em 1990, garantiram legal e normativamente o Sistema Único de Saúde (SUS), com características de equidade, integralidade, universalidade, hierarquização da assistência e controle social. Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), com princípios de: territorialização, vinculação com a população, integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar e multiprofissional, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais, e de estímulo à participação da comunidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996)

As equipes do PSF, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenvolvem ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de todas as famílias do território, sob sua responsabilidade, bem como realizam atendimentos focados na atenção integral, contínua e de

qualidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) Com a consolidação da ESF, verificou-se a necessidade de médicos especialistas em Atenção Primária, com habilidades para o trabalho voltado à comunidade, na promoção e prevenção à saúde, além do trabalho em equipe. (PIRES, 2006) No entanto, constatam-se dificuldades em encontrar médicos capacitados para atuar nesse modelo de atenção, uma vez que a formação de profissionais da saúde com esse perfil, no país, é iniciativa recente. (HADDAD et al., 2006)

Existe um consenso, tanto entre as corporações nacionais quanto as internacionais, de que a Atenção Primária – termo adotado pelos organismos brasileiros, correspondente à APS (GUSSO, 2009) – é o campo específico do trabalho desse especialista. (CAMPOS, 2005) Embora este autor saliente que o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS) tenha motivado o crescimento do interesse pela especialidade Medicina de Família e Comunidade, segundo Gérvas e Fernández (2006), a falta de especialização do médico para o trabalho na APS ainda é um dos fatores que dificulta o impacto dessa estratégia nos indicadores de saúde da população.

Ao contrário do que se pensa, a Residência em MFC não deve suprir deficiências e inexistência de conhecimentos em APS durante a graduação. Pesquisadores têm insistido em ressaltar que a MFC deve recusar-se a assumir o papel de simples prestadora de serviços, submetendo-se aos interesses mercadológicos ou de “projetos reducionistas (...) de medicina pobre para pobre.” (ANDERSON et al. 2005, p.65) Nesta direção, alguns estudos têm evidenciado conflitos identitários da formação médica, além de constatarem a existência de embates entre o ideal da profissão médica, difundido pela corporação e pela sociedade (CECCIM et al.; 2008), e a transgressão deste ideal, que é personificada pela atuação do médico especialista em MFC, por exemplo.

Este médico vem sendo definido pelo que não faz: não trabalha, a maior parte do tempo, em hospital, não detém alta tecnologia em termos de equipamentos para diagnósticos e encontra-se “diante da comunidade.” (ROMANO, 2008, p.19) A cultura profissional difundida valoriza mais a tecnificação do ato médico – em detrimento de seu diagnóstico (MATOS, 2006) –, “o foco na doença, o ambiente hospitalar como *locus* privilegiado de prática médica em oposição às USF, chamadas pejorativamente de postinhos, que poucos querem.” (FEUERWERKER, 2002, p.7)

A esse respeito é preciso destacar a convivência conflituosa de dois paradigmas na prática de políticas de saúde, os quais reverberam a atuação médica. Para Carvalho e Luz (2009), o clássico modelo biomédico reproduz a dicotomia corpo/mente/sujeito, cujo conhecimento é compartimentalizado e no qual a saúde é focada na terapêutica; o novo, o da vitalidade, é direcionado à integralidade/totalidade e valoriza os resultados das práticas humanizadas. Autores abordam a questão sob a perspectiva da recorrência dessa discussão e da dificuldade em superá-la:

Não foi abandonada a perspectiva flexneriana, embora reduzida a perspectiva biologicista pela humanização; não foi abandonada a perspectiva médico-centrada, embora acentuada a co-responsabilização; não foi suprimida a perspectiva hospitalocêntrica, embora introduzida a saúde da família; não foi suprimida a noção de verdade contida nos exames e medicamentos, embora a conversa sobre a constituição de sujeito tornando, portanto, as práticas de saúde mais humanizadas. (CECCIM et al., 2008, p.1569)

A incorporação de novos conhecimentos necessários à atuação da MFC não parece ser contraditória à medicina hegemônica (biomedicina); no entanto, “transgridem seu escopo de conceitos, habilidades e valores.” (ROMANO, 2008, p.20) Além disso, a MFC valoriza “o vínculo e a humanização da relação médico-paciente [...]. O foco no cuidado [...] em detrimento do foco na doença [...]. As habilidades relacionais são [...] valores de máximo grau.” (ROMANO, 2008, p.19) Segundo Falk (2005, p.11), essa especialidade encontra-se “em franco desenvolvimento quantitativo e qualitativo” no Brasil.

Porém, estudo recente sobre o interesse de graduandos em medicina pela MFC revela que, embora tenha havido incremento de vagas nessa área, constata-se grande ociosidade. Entre os motivos alegados pelos autores, elencam-se: “o pouco prestígio, os baixos salários, a pouca vivência em atenção primária durante a graduação e os elevados custos com a universidade.” (NETO et al., 2009, p.202) Além desses, são identificadas algumas variáveis que interferem na baixa densidade candidato/vaga às residências em MFC: o apelo tecnológico e científico das outras especialidades, que detêm maior prestígio; e o alto capital econômico dos estudantes de medicina que lhes confere uma posição social e *status* privilegiado. A visão da MFC como produtora de um médico “desmotivado e frustrado, a amplitude do conhecimento necessária para exercer a especialidade (...) a idéia equivocada de que a MFC é fácil demais para o estudante motivado.” (NETO et al., 2009, p. 202), também são ressaltadas.

Historicamente, pode-se dizer que, a partir da década de noventa, a World Organization of National Colleges Academies (WONCA) dedica-se à formação de um consenso europeu sobre uma definição da especialidade. Em 1994 foi produzido um documento preliminar que, após

consultas aos países membros, teve a versão final definida e adotada em março de 1998. Ratificado, em 2002, como documento oficial, contém os princípios norteadores da especialidade, que servem de base para a Medicina de Família e Comunidade. (CAMPOS, 2005)

Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), as dificuldades de acesso aos Programas de Residência Médica, principalmente por suas características e exigências, provocam investimentos em outras formas de capacitação, que não a Residência, favorecendo inclusive a possibilidade de titulação na Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. (SBMFC, 2005) Trata-se de uma especialidade médica da integralidade com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), como “estratégia na formação dos sistemas de saúde” (CARVALHO; LUZ, 2009, p.62), caracterizada por proporcionar o “primeiro e fácil acesso, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde das pessoas, considerando seu contexto familiar e comunitário.” (ANDERSON et al., p.62)

No Brasil, a realização de concurso para a obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC, reconhecido pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), tem sido uma prática recente. Estudo de Falk (2005) relata, de forma detalhada, o processo histórico que vem dando resultados muito positivos. Trata-se de uma forma de atestar e avaliar a qualificação inicial exigida para o médico da APS no Brasil, que não aquela específica dos Programas de Residência Médica em MFC. Num primeiro momento, em 2004, foi realizado um concurso por proficiência e, logo após, implantou-se um “concurso ordinário com prova e currículo.” (FALK, 2005, p.120-121) Vale ressaltar que, apesar de a obtenção do certificado de conclusão de Curso de Especialização não

conferir ao médico o título de especialista – reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) – essa formação prévia tem contribuído para a obtenção do título, por meio de pontuação diferenciada no referido concurso.

Assim, a residência em MFC é um dos pré-requisitos, mas não uma condição exclusiva, uma vez que os egressos dos programas de residência também são incentivados a submeterem-se ao concurso/prova de título reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), visto que é diferente daquele outorgado pela residência (SBMFC, 2005) e detentor de legitimidade profissional perante a categoria médica.

Metodologia

Metodologicamente, trata-se de um estudo qualitativo que utiliza o método de análise hermenêutico-dialético (MINAYO, 2006), o qual oportunizou uma abordagem compreensiva e em profundidade. O material analisado foi a fala dos sujeitos da pesquisa, que expressaram as percepções por meio da linguagem. A percepção, neste estudo, é entendida como construção social; portanto, não é natural aos sujeitos e sim, fruto de várias interações. (BOLTANSKI, 1984) Por meio delas, os sujeitos buscam atribuir sentido às coisas (MAUSS, 1981) e às práticas, as quais são permeadas de significados, crenças e valores ligados a processos sociais. (HERZLICH, 1991)

A amostra foi limitada no tempo e na quantidade (GIL, 1999), sendo considerados os critérios de inclusão, que permitissem uma aproximação com a realidade. (SANTOS et al., 2007) Foram entrevistados 12 sujeitos, mulheres e homens, com idades entre 40 e 71 anos, usuários dos serviços médicos de uma Unidade de Saúde da Família

(USF), em Lages (SC). Esses indivíduos apresentavam os seguintes critérios de inclusão: ter consultado com o médico de família e comunidade da USF; morar em áreas/espços geográficos diferentes, ou seja, ser de uma das quatro áreas de abrangência da USF estudada, mas ainda não representada; não pertencer à família de outro entrevistado; destacar-se como referência/liderança na comunidade; e concordar em ser entrevistado. Para tanto, foi solicitada a indicação dos usuários às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que usaram como referência a seleção dos que mais aproximavam-se dos critérios citados.

Merece destaque a colaboração das ACS que, nesta pesquisa, atuaram como mediadoras sociais, “elos entre as políticas públicas/de Estado e os estilos de vida da comunidade.” (NOGUEIRA et al., 2009, p.10) As entrevistas foram realizadas por uma aluna bolsista, cujo trabalho foi supervisionado pela médica residente, sob orientação de professora docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIPLAC, sob os protocolos nº 266812 e nº 279466, sendo o Termo de Avaliação e Aprovação desse Comitê datado de 24 de abril de 2009.

Foi realizada também observação de campo pela médica residente em Medicina de Família e Comunidade, nos locais de sua atuação: USF, Pronto Atendimento, hospitais e demais espaços/cenários de aprendizagem.

A USF, território no qual foi realizada a pesquisa, apresenta quatro equipes ESF, uma delas têm médico com residência em MFC, desde 2003; outra equipe conta com médico com residência em MFC desde 2007. As outras duas equipes contam com duas médicas residentes do 2º ano do PRM-MFC. Lages, distante cerca de 200 km da capital do Estado, é município-polo da Serra Catarinense, a qual, historicamente, detém os mais altos índices de

analfabetismo, desemprego e *déficit* habitacional, além do menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado. (PNUD, 2003) Tal quadro parece ser um legado do latifúndio, que foi a forma de ocupação territorial predominante por cerca de 200 anos; impregnando a vida social, cultural e política (LÖCKS, 1998; MUNARIM, 2000; PEIXER, 2002), com implicações na saúde da população.

Com 167.805 habitantes (IBGE, 2009), a economia de Lages tem sua base nas atividades agropecuárias, no comércio e no turismo rural. (ROSSETTO et al., 2008) Na saúde, conta com 28 UBS, 32 ESF, 4 PACS e 267 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atendem 135.674 pessoas, distribuídas em 84 bairros, com cobertura populacional de 70%. Há três hospitais, sendo um público estadual e dois filantrópicos, além de um pronto-atendimento (PA). As etapas de realização da pesquisa – capacitação, testagem, trabalho efetivo de campo – ocorreram entre agosto e outubro de 2009.

Dados atuais indicam que há por volta de 80 programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, e cerca de mil médicos, no país, detêm a titulação de especialistas em MFC, conferida pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (SBMFC, 2009) O estado de Santa Catarina conta com cinco desses programas, nos municípios de Florianópolis, Blumenau, Joinville, Tubarão e Lages. (SBMFC, 2009) O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC, 2005) iniciou em fevereiro de 2008; no entanto, algumas Unidades de Saúde da Família (USF) já contavam com médicos especialistas em MFC desde 2003. (UNIPLAC, 2008)

Resultados e discussão

Quem são os entrevistados? Mulheres e homens, adultos ou idosos, com baixo capital escolar e econômico e alto capital social, casados e que vivem com a família

O conjunto das falas dos sujeitos permitiu construir um quadro de opiniões e modos de sentir dos atores, que reflete suas percepções. (CARVALHO; LUZ, 2009) Dito isso, seguem-se as falas dos doze entrevistados, sendo eles, oito mulheres e quatro homens com idades entre 40 e 71 anos, os quais detêm baixo capital escolar e econômico, porém alto capital social. Este representado por meio de intensa inserção comunitária com vinculações diversas: membros de Associação de Moradores, de Conselho de Segurança Pública e/ou organizações religiosas (católica ou evangélica); líderes da comunidade/bairro; voluntários em creches e/ou Pastoral da Criança; participantes assíduos nas programações da USF em pauta.

Dos doze, onze têm companheiro(a)/esposo(a) e uma é viúva; praticamente todos compartilham a residência com familiares, com exceção de um deles. Em termos de atividade profissional/ocupacional, cinco são aposentados/pensionistas, três referiram trabalhar (motorista, autônomo e auxiliar de igreja), três não trabalham e um recebe auxílio-doença. Dos doze, quatro apontaram *coluna* como problema de saúde; distúrbios gastrointestinais e hipertensão arterial receberam duas indicações cada um; tendinite, cardiopatia, Mal de Parkinson, depressão, artrite/artrose, diabetes e tireoideopatia foram citadas apenas uma vez e dois dos entrevistados afirmaram não apresentar nenhum problema de saúde.

Médico de família e comunidade: Produtor de cuidado? Aquele que aconselha e pratica a promoção? Um transgressor? Um médico diferente?

A World Organization of National Colleges Academies (WONCA) define o médico de família e comunidade como “generalista que aceita todas as pessoas que o procuram, enquanto outros prestadores de cuidados de saúde limitam o acesso aos seus serviços com base na idade, sexo ou diagnóstico.” (WONCA, 2002, p.2) De forma detalhada, preconiza que a MFC deve:

Ser [...] o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão; Utilizar [...] os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades; [...] Desenvolver [...] abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade; Ter um processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva; Ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente; Possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade; Gerir simultaneamente os problemas [...] dos pacientes individuais; Gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada

[...]; Promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas; Ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade; Lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial. (WONCA, 2002, p.6)

É importante ressaltar que a SBMF incorpora e legitima tais características e objetivos nas legislações e normatizações respectivas à especialidade. No Brasil, o Ministério da Saúde confere atribuições, mas não conceitua o médico de família e comunidade; limita-se a dizer que faz parte das equipes da ESF e atende os membros de uma família seja qual for a idade “desenvolvendo, com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.” (SBMFC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2005, p.6)

Estudo recente que trata da identidade do médico desta especialidade, salienta que “deve saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em que está inserido.” (ROMANO, 2008, p.14) Nesta direção, a autora faz uso de uma metáfora sobre a “existência” de uma valise tecnológica, na qual se encontram diversos instrumentos ou ferramentas para a atuação do médico, a fim de produzir o cuidado. Adaptando esta analogia ao tema em estudo, pode-se visualizar uma “valise” na qual cabem três ferramentas: um compartimento denominado de tecnologia dura estaria vinculado “à sua mão [...], o estetoscópio”; outro com tecnologia leve-dura, estando localizado “na sua cabeça [...] saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia”; por último, a valise traz um compartimento de tecnologias leves,

que se caracteriza pelo “espaço relacional entre médico-paciente/usuário traduzido na produção destas relações.” (ROMANO, 2008, p.15)

Contemporaneamente, médicos de família e comunidade encontram-se em pleno processo de construção da sua identidade profissional. (ROMANO, 2008) Esta autora salienta que a convivência entre o ideal de profissão e a necessidade real da prática médica exige muita criatividade do médico. Nesta direção, estudo sobre expectativas relacionadas ao exercício profissional na área da saúde, entre eles, o do médico, aponta que “o imaginário profissional liberal e privatista está espalhado em todo o campo da saúde” (CECCIM et al., 2008, p.1570), sendo a atuação na rede pública de serviços uma opção contingencial e temporária.

Durante a pesquisa, a observação atenta revelou que, entre os próprios médicos que atuam no curso de graduação em Medicina, a especialidade MFC é desconhecida, porém, desvalorizada. Além disso, estudantes do curso de Medicina compartilham da visão desqualificativa da Residência em MFC. Nesta direção, exemplos retirados da observação de campo, especificamente, comentários dirigidos à aluna residente-observadora são reveladores: “– Vocês estão fazendo essa Residência, pois não passaram em outra melhor!” (estudante); “– Vocês têm certeza que querem passar a vida toda de vocês atendendo em postinho? Depois dessa Residência vocês pretendem fazer outra, né?” (médico-docente). Assim, em que pese o fato de ser normatizada como especialidade parece carecer do reconhecimento social e da legitimidade da corporação médica.

Médico de Família e Comunidade: para a legislação um especialista em integralidade, para a população um médico dedicado

A pesquisa documental que embasou este estudo apresenta o médico de Família e Comunidade como especialista focado/voltado à Atenção Primária à Saúde (CNRM, 2006); que apresenta uma abordagem biopsicossocial do processo saúde/adoecimento (CNRM, 2006); que prioriza a prática centrada na pessoa (WONCA, 2002; CNRM, 2006); a relação médico-paciente (WONCA, 2002; CNRM, 2006); o cuidado em saúde (CNRM, 2006); a continuidade da atenção (CNRM, 2006); ou contatos repetidos gerando conhecimento e confiança (WONCA, 2002); que é resolutivo em 85% dos casos (CNRM, 2006); apto à resoluções de problemas (WONCA, 2002); que atende diferentes pessoas, independentemente do gênero, da idade (CNRM, 2006); que dispensa cuidados abrangentes a todas as pessoas que o procuram (WONCA, 2002); que encaminha a serviços especializados (CNRM, 2006), coordenando cuidados por meio da interface com outros especialistas. (WONCA, 2002)

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade assume as características da especialidade preconizadas pela WONCA (2002) e pelo CNRM (2006), pois conforme dito, ainda não há uma definição brasileira para MFC. Iniciativa recente, durante o X Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, realizado no início de dezembro de 2009, na Oficina *Definição Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, tratou-se de discutir a formulação e o futuro/perspectivas da especialidade. Um dos pontos levantados referiu-se à dificuldade em definir o ponto: quem é o médico de família para a população, para os médicos e para os demais profissionais de saúde? A Oficina contou com a participação de médicos de família

e comunidade que ocupam posições de destaque e representam a especialidade.

Voltando ao presente estudo, seguem-se as perguntas e respostas obtidas. Sobre o tempo que consultam na USF, dos doze entrevistados dez informaram que são atendidos pelos médicos da USF há mais de cinco anos. Segundo a WONCA (2002), a MFC apresenta um processo singular de condução da consulta, uma relação longitudinal que pressupõe comunicação efetiva entre médico-paciente. Estes contatos frequentes proporcionam conhecimento e confiança ao usuário. Em relação à especialidade médica, ao ser perguntado qual era a especialidade do médico da USF, sete responderam *Clínico Geral*. Os demais citaram atributos, tais como: “*atender bem a comunidade [...]; ver como está a saúde do povo; médicos muito bons e muito atenciosos [...]; vem na porta da minha casa; cuidar bem; e, médico para doença normal.*”

Autores salientam que a empatia não se resume a uma boa relação, pressupõe a continuidade do relacionamento humano e profissional. (SANTOS et al., 2007) Assim, as características da especialidade, apontadas por pessoas consideradas porta-vozes comunitárias, são: “*cuidar bem, ser atencioso, ser muito bom, atender bem*”, características identificadas pelos sujeitos, verbalizadas na citação do *Clínico Geral*. Ao avaliarem o atendimento médico, todos alegaram estar satisfeitos por meio das seguintes expressões: “*excelente, ótimo, legal, maravilhoso*”. É, pois, como praticantes de uma Medicina de Família e Comunidade que os médicos desta especialidade poderão construir-la “numa espécie de realimentação contínua de sentido e significados.” (CARVALHO; LUA, 2009, p.1234) Para Starfield (2005), embora a satisfação com os serviços por si só não seja uma forma de verificar a qualidade da atenção pode, de forma indireta, relacionar-se a ela refletindo-se na

“busca de determinados tipos de serviços que influenciam o estado de saúde.” (STARFIELD, 2005, p.420)

Na pergunta sobre se o médico explica os motivos dos exames e orienta como tomar os remédios, todos foram unânimes em afirmar que sim, segundo um dos entrevistados: *“explica bem explicadinho”*. Sobre a indagação se o usuário entende as explicações do médico, dos doze, onze afirmaram que sim, sendo que um deles referiu-se da seguinte forma: *“Eles tão bem mais humildes”*. Um disse que entendia *“mais ou menos”*. A orientação de cuidados à saúde, conforme declarado por todos, é feita pelo médico, contudo, um dos entrevistados salientou que recebe as informações *“mas não que eu siga”*. Documentos legais sobre a especialidade (CNRM, 2006) preconizam que o médico de família e comunidade deve atuar na Atenção Primária com ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde em nível individual e coletivo.

Em relação ao que mais gostam e menos gostam quando do atendimento médico na USF, os doze usuários valeram-se de expressões como: *“atenção”, o “carinho”, a “orientação”, a “amizade”, a “conversa”, se sentir “bem aceito/bem recebido”, ter “liberdade de expressão”, a “educação”, o “atendimento”, o “jeito”* que é tratado e o fato de o médico: *“examinar, olhar no olho, na boca, no ouvido, pressão, coração, braços, pernas”*. Pode-se dizer que este profissional é percebido com um médico dedicado. Por outro lado, entre o que menos gostam, citaram: o *“atendimento da enfermagem”* ou da *“recepção”* da USF; a *“demora/espera”*; as *“regras”, os “horários”*; quando o médico *“não pede exame”* ou *“não dá atestado”*. Uma disse não gostar de fazer preventivo de câncer de colo de útero na USF, outra citou o fato de as orientações restringirem seu estilo de vida *“quando eles falam (...) o que não fazer”*.

As respostas à pergunta: *“Outras pessoas da família procuram o atendimento médico na USF?”* foram, pela ordem de citações, os filhos – de dois meses a 52 anos – com 12 indicações; o cônjuge – entre 29 e 60 anos – com 7; cunhados, noras, genros, mães, neto e sobrinho. O médico de família e comunidade, segundo o CNRM (2006) e o WONCA (2002), deve prestar atendimento a diferentes grupos etários, facilitando/propiciando o acesso, e tratar com todas as pessoas que o procurarem qualquer que seja o seu problema de saúde. Essas entidades referem como atribuição do médico de família e comunidade os cuidados de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas – respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes, promovendo a saúde, prevenindo a doença, e desenvolvendo uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, sua família e comunidade.

Ao serem indagados sobre a procura de médicos fora da USF, quatro entrevistados disseram procurar sob orientação do médico da USF; outros procuram independentemente, ortopedista, ginecologista, atendimento conveniado, emergência, ou *“quando necessário”*. Quatro não procuram. Ao ser perguntado se retornam à USF para informar o médico sobre esse tipo de iniciativa, quatro não responderam, já que não procuram outros médicos.

A partir das observações de campo e da literatura, pode-se dizer que a Medicina de Família e Comunidade é uma especialização recentemente (2003) reconhecida pelos órgãos/conselhos e instituições que legislam e normatizam o exercício profissional e a titulação da categoria – Comissão Nacional de Residência Médica, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

No entanto, embora tenha reconhecimento legal e normativo, a MFC não goza de prestígio profissional e de reconhecimento dos pares. Além disso, grande

parte dos profissionais de saúde, dentre eles os médicos, desconhecem que se trata de uma especialidade médica. Tal situação ocorre, entre outros motivos, pelo fato de ser confundida, principalmente, com a atuação do clínico geral; e, também, por ter seu maior campo de trabalho atrelado à políticas públicas e de Estado, comumente um vínculo desqualificado e desconsiderado para ascensão profissional, embora seja usado por muitos em início de carreira.

Por outro lado, analisando as falas dos sujeitos da pesquisa e os documentos normativos, é possível afirmar que, para a legislação, o médico de família e comunidade é um especialista em integralidade; enquanto, para a população, é visto como um médico dedicado. As percepções reveladas pelo estudo coincidem com a literatura sobre a especialidade e sugerem a necessidade de realização de outras pesquisas, inclusive junto aos médicos e demais profissionais de saúde, a fim de proporcionar mais visibilidade à MFC e contribuir para a conquista de maior prestígio profissional.

Referências

ANDERSON, M.T.P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E.D. Medicina de família e comunidade: especialistas em integralidade. In: **Rev. APS**. [s.l.], v.8, n.1, p.61-67. jan./jun., 2005.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil hoje: Considerações, Princípios e Estratégias**. SBMFC, maio de 2005. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

CAMPOS, C.E.A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. In: **História, Ciências, Saúde**. Mangueiras (RJ), v.14, n.3, p.877-906. jul./set. 2007.

_____. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: **Rev. APS**. [s.l.], v.8, n.2, p.181-190. jul./dez. 2005.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. In: **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** [s.l.], n.9, p.133 a 141. ago. 2001.

CAPOZZOLO, A.A. **No olho do furacão – Trabalho médico e o Programa Saúde da Família**. [Tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. In: **Interface – Comunicação e Saúde**. [s.l.], v.13, n.29, p.313-26. abr./jun. 2009.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução CNRM nº 02/2006**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/glossario_ms.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2008.

FALK, J.W. **A especialidade medicina de família e comunidade no Brasil**: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais. Sua entidade nacional: histórico e perspectivas. [Tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: HUCITEC, 2002.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M.P. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. In: **Rev. Bras. Epidemiol.** [s.l.], v.9, n.3, p. 384-400. 2006.

GIL, A.C. **Metodologias e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas. 1999.

GUSSO, G.D.F. Terminologia da atenção primária à saúde. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br>>. Acesso em: 30 nov. 2009.

HADDAD, A.E. et al. **A trajetória dos cursos de graduação na saúde**: 1991-2004. Brasília (DF): Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da saúde. In: **Physis Rev. Saúde Colet.** [s.l.], n.1, p.23-36. 1991.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 22 set. 2008.

_____. **Estimativas da População 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 dez. 2009.

LÖCKS, G.A. **Identificação dos agricultores familiares de São José do Cerrito, SC**. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

MATOS, I.B. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UNIPLAC: avanços, recuos e esperanças. In: HADDAD, A.E. et al. (Org). **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, p.320-331. 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livroresidenciamultiprofissional.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2008.

MAUSS, M. Algumas formas primitivas de classificação: contribuição para o estudo das representações coletivas. In: _____. **Ensaio de sociologia**. São Paulo: Perspectiva, 1981. p.399-455.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MUNARIM, A. **Educação e esfera pública na Serra Catarinense**. Florianópolis: NUP, 2000.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis**: o Agente Comunitário de Saúde. Texto para discussão, n.735. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ub/td/td_000/td0735.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2009.

PEIXER, Z.I. **A cidade e seus tempos: o processo de constituição do espaço urbano em Lages**. Lages: Editora: UNIPLAC, 2002.

PIRES, T.M.S. **Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**: Um compromisso com a consolidação do SUS. [Dissertação de mestrado]. Vale do Itajaí – SV: Centro de Educação em Ciências da Saúde do Vale do Itajaí, 2006.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Brasília: PNUD, 2003.

ROMANO, V.F. A busca de uma identidade para o médico de família. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.18, n.910, p.13-25. 2008.

ROSSETO, A.M.R. et al. Instituições democráticas, políticas públicas e desenvolvimento regional: o caso de Santa Catarina. In: ROSSETTO, A.M.R.; FILLIPIM, E.S. (Org.). **Políticas Públicas, Federalismo e Redes de articulação para o desenvolvimento**. Joaçaba: Editora UNOESC, 2008. p.25-60.

SANTOS, T. et al. Qualidade da consulta de Medicina Geral e Familiar: conseguem os médicos julgar corretamente a qualidade sentida pelos doentes? In: **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.** Rio de Janeiro. v.3, n.9. abr./jun. 2007.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Bases para Expansão e Desenvolvimento Adequado de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade. SBMFC, junho de 2005. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/>>. Acesso em: 22 nov.2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC. **Projeto do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade**. UNIPLAC: Lages, 2005.

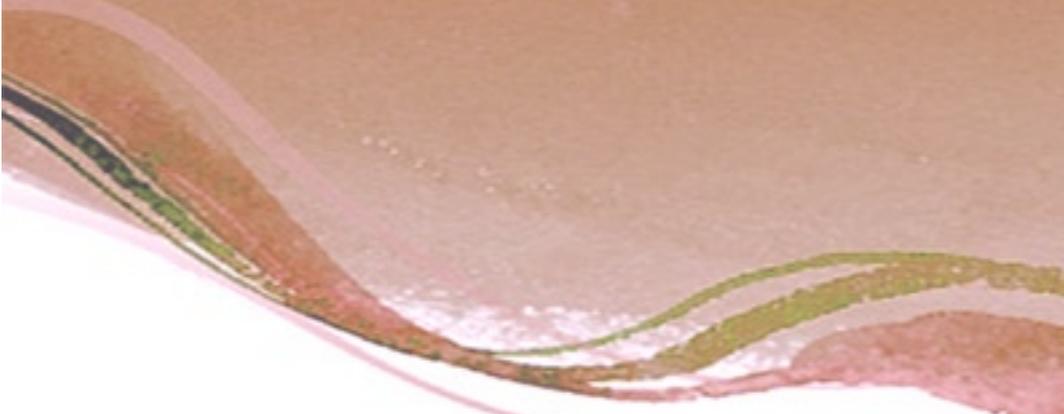
UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC. **Projeto do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade – Turma 2008-2010**. UNIPLAC: Lages, 2008.

WONCA. **A definição europeia de medicina geral e familiar**. Barcelona: Wonca Europa, OMS, 2002. Disponível em: <<http://www.woncaeurope.org>>. Acesso em: 22 nov. de 2008.



CAPÍTULO III

**RELAÇÕES TERRITORIAIS, COMPLEXIDADE
DE PROBLEMAS AMBIENTAIS E SAÚDE DO
TRABALHADOR**



EDUCAÇÃO AMBIENTAL E USO DO SOLO EM ÁREAS DE AFLORAMENTO DO AQUÍFERO GUARANI¹

*Lucia Ceccato de Lima
Maria Sueli Heberle Mafra
Tássio Dresch Rech*

Neste capítulo destacam-se dois aspectos: a Educação Ambiental e os impactos percebidos pela ação e ocupação humana nas áreas de afloramento do Aquífero Guarani/Serra Geral.

A recente exploração, em larga escala, das águas subterrâneas tem conferido aos aquíferos confinados, um recurso natural não renovável, importância ímpar, visto que apresentam, em média, boa qualidade da água e possuem relativa independência das condições climáticas de superfície. Assim, as águas subterrâneas não são vulneráveis, pelo menos em curto prazo, às condições de

¹ Trabalho desenvolvido como parte das atividades da Meta 5 do projeto Rede Guarani Serra Geral, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Agência Nacional de Águas, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) e Caixa Econômica Federal (CEF).

estiação prolongada e, desta forma, permitem atender às demandas de consumo mesmo em períodos climáticos desfavoráveis. (SCHEIBE, 2006)

Neste sentido, a Agência Nacional das Águas (ANA) busca a promoção, através de agenda de ações, da gestão integrada de águas subterrâneas e superficiais, conforme previsto no Programa Nacional de Águas Subterrâneas (PNAS-PNRH), o que requer a ampliação do conhecimento hidrogeológico nacional; a promoção da aplicação dos instrumentos da Política Nacional de apoio à gestão compartilhada dos aquíferos interestaduais e transfronteiriços; além de capacitação técnica específica.

Para que ocorra a gestão compartilhada, faz-se necessária a discussão sobre o uso e a proteção dos recursos hídricos nas águas subterrâneas localmente. Discutir, pois, o uso e proteção de aquífero do porte do Guarani exige a participação de profissionais com diferentes formações acadêmicas e de diferentes instituições de ensino, pesquisa e extensão, dada a complexidade que envolve o tema. Os problemas ambientais antrópicos originados a partir do uso e ocupação do solo; as emergências originadas em adversidades climáticas somadas à urgências de resposta política potencializadas pela incapacidade ou desinteresse no planejamento e gestão de longo prazo; o desconhecimento, até mesmo, da existência do referido aquífero por dirigentes e pela população em geral; e a consequente falta de políticas públicas de proteção e conservação dessas áreas coloca em risco um dos mais importantes mananciais de água do planeta.

A pergunta que se faz é: como fazer para o conhecimento gerado chegar até a população catarinense e, principalmente, tornar-se ação prática? Neste sentido, a educação ambiental emerge como estratégia de transposição

didática dos conhecimentos produzidos pela pesquisa técnico-científica em conhecimento socioambiental ao alcance de crianças, professores, agricultores, associações de moradores e representantes do setor público e privado. A esquematização da Figura 1 mostra a importância da Educação Ambiental na formação profissional e cidadã.

Figura 1 – Esquematização das ações no projeto Rede Guarani/Serra Geral, tendo a Educação Ambiental como eixo central.



Fonte: Elaboração dos autores.

A educação ambiental deve ser entendida como um processo mediador, que possibilita a construção coletiva do processo de desenvolvimento sustentável para os setores produtivos, com uma proposta metodológica aberta, cujo modelo é gerar soluções a partir da participação social. Essa educação, formal ou não formal, precisa ser entendida como

um processo de práxis educativa, que tem por finalidade a construção de valores, atitudes, conceitos, habilidades, normas, saberes e práticas partilhadas para que se efetive na construção de um estilo de pensamento e contribua para a Cidadania Ambiental. (LIMA, 2007) O conceito de proposta metodológica aberta implica a ideia de abertura de modelos, ou seja, o modelo é não ter modelo.

Para construir um estilo de pensamento que contribua para a cidadania ambiental, os processos de educação abertos fazem a acolhida e a escuta do outro, a fim de que no coletivo seja construída a educação ambiental que permita discutir as emergências do lócus. A complexidade para a ligação entre essas dimensões é mediada pelos pressupostos teórico-metodológicos propostos pelo Modelo Aberto de Educação Ambiental. (LIMA, 2007)

Para cumprir o disposto na Lei nº 9.795/99, que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Ambiental, iniciativa privada e poder público abriram espaço para a educação ambiental, geralmente, sem critério e com referencial teórico frágil. Assim, a educação ambiental, muitas vezes, é um espaço prescritivo, sem significado, por não constituir-se como referência na vida dos participantes.

O conhecimento do ambiente em que se vive é de fundamental importância para uma conduta sustentável. Entretanto, ambientes e espécies vistosas, de constante presença em trabalhos internacionais e na literatura, acabam por povoar mais o currículo e imaginário da população do que a realidade local. Por esse motivo, o Amazonas e o Pantanal, a baleia azul e o urso polar, mais conhecidos e presentes na mídia, provavelmente sejam lembrados com maior frequência pela população de Lages e região como ambientes e espécies ameaçadas de extinção do que os campos-de-cima-da-serra ou coxilhas e as matas de galeria, o leão baio e a gralha azul – em que

pese a constante presença figurativa da ave na Festa do Pinhão. Quanto mais do aquífero Guarani, coberto pela rocha escura dos derrames de basalto em quase toda sua extensão, quem vai lembrar-se dele?

Neste sentido, a realização de um projeto construído em rede para o desenvolvimento de ações interdisciplinares em torno do Sistema Aquífero Guarani/Serra Geral, com diferentes pesquisadores e instituições foi um grande desafio, assim como, a necessidade de fazer a transposição didática do conhecimento produzido pelas diversas ações realizadas em tal rede, nesse período.

Essa experiência permitiu a formação permanente dos envolvidos e a articulação de instituições de ensino e de pesquisa, dando visibilidade local às instituições e seus pesquisadores, tornando-os referência na região, no que concerne ao Sistema Aquífero Integrado Guarani/Serra Geral (SAIG/SG) e à Bacia Hidrográfica Rio Canoas. Estratégia essa que pode garantir a continuidade da discussão a respeito das águas sejam elas superficiais ou subterrâneas, colocando as instituições de Ensino Superior, como a Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, na vanguarda para discutir a gestão integrada dos recursos hídricos em Santa Catarina. Tendo em vista essas ações, o mais desafiador deve ser transformar esse conhecimento em linguagem pedagógica e em métodos didáticos para a educação ambiental, bem como trabalhar de modo intensivo a formação permanente dos professores, visto que são eles os potenciais disseminadores do conhecimento produzido, principalmente, nas áreas vulneráveis do Aquífero Guarani.

Caracterização do Aquífero Guarani

O Sistema Aquífero Guarani (SAG), como definido por Rocha (1997), é constituído predominantemente por arenitos que se depositaram na Bacia do Paraná ao longo do mesozoico. O SAG é composto pelas formações Piramboia e Rosário do Sul, no Brasil; Misiones, no Paraguai; e Buena Vista, na Argentina e no Uruguai, além dos arenitos eólicos das Formações Botucatu, no Brasil; Misiones, no Paraguai; e Tacuarembó, na Argentina e no Uruguai. Do total da área do Aquífero Guarani (1.195.500 km²), apenas 12,8% são zonas de afloramento, ou seja, 153 mil km². (ANA, 2001) Desse total, dois terços (104 mil km³) localizam-se no Brasil, pouco menos de um terço no Paraguai e cerca de 2,1% no Uruguai. Em todo o restante de sua área de ocorrência, ou seja, cerca de 1.000.000 de km², encontra-se sotoposto às rochas vulcânicas da Formação Serra Geral.

O volume de água estimado do SAG varia de 37 a 50 mil km³. Esses volumes distintos são decorrentes dos diferentes parâmetros dimensionais (espessura média e área) e coeficientes de porosidade efetiva, adotados pelos autores. A composição química das águas é muito variável, principalmente nas zonas confinadas. (SRACEK; HIRATA, 2002)

A recarga principal do aquífero Guarani ocorre através da pluviometria, principalmente em áreas de afloramento, ou em áreas onde a cobertura de basalto está muito alterada, a topografia é pouco acidentada e há considerável cobertura vegetal (mata nativa). Em termos de potabilidade, as águas dos basaltos relevam uma forte tendência ácida (pH entre 5,5 e 6,5) e mineralização total inferior a 300 mg/L. O SASG é considerado um importante sistema de abastecimento, suprindo mais de 70% dos núcleos urbanos do Estado do Paraná com água de ótima qualidade. (ROCHA, 1997)

A crescente participação do Aquífero Guarani no abastecimento de água para consumo humano, animal e, mais recentemente, na irrigação agrícola, demandam cuidados com a manutenção da qualidade de recarga e gestão integrada com as águas de superfície.

Uso e Manejo do solo em áreas frágeis e implicações na qualidade da água dos Aquíferos Guarani/Serra Geral

Os afloramentos de arenitos expostos pela erosão constituem as zonas de recarga do Aquífero Guarani, espaços onde apresenta sua maior fragilidade no que tange a uma possível contaminação antrópica. Nesses locais, a água da chuva infiltra-se através do solo ou diretamente nos afloramentos, momento em que pode ocorrer a contaminação, cujas principais formas são: uso intenso de agrotóxicos e/ou adubos químicos altamente solúveis nas plantações; resíduos da avicultura e dejetos suínos depositados na fertilização agrícola; e disposição inadequada de resíduos urbanos e industriais. Além dessas, as formas de uso inadequadas ou não conservacionistas da terra, tais como: supressão de vegetação ripária/ciliar e a substituição de florestas nativas pelo monocultivo de espécies exóticas em áreas com restrição para essas práticas, especialmente em topos de morros, encostas com declividade acentuada e nas margens de rio, nascentes e demais corpos de água de superfície.

A legislação atual disciplina o uso e proteção dos recursos hídricos, logo, de acordo com a Resolução do CONAMA nº 302, de 20/03/2002, e a Lei nº 12.651, a área de preservação permanente (APP) tem a “função ambiental de preservar os recursos hídricos, a paisagem,

a estabilidade geológica, a biodiversidade, o fluxo gênico de fauna e flora, proteger o solo e assegurar o bem estar das populações humanas”. A APP é constituída pela flora – florestas e demais formas de vegetação – fauna, solo, ar e águas. Porém, o uso do solo, em especial nas áreas mais frágeis, muitas vezes não ocorre de acordo com a legislação ambiental.

O artigo 235 do Código Estadual do Meio Ambiente de Santa Catarina – Lei nº 14.675, de 13 de abril de 2009 – estabelece que é de competência do Poder Público Estadual manter programas permanentes de proteção das águas subterrâneas, visando o aproveitamento sustentável dessas e a adoção de medidas preventivas em todas as situações de risco à qualidade desse imprescindível recurso hídrico. No parágrafo 2º, determina que a vulnerabilidade dos aquíferos seja prioritariamente considerada na escolha da melhor alternativa de localização de atividade/empreendimento de qualquer natureza. Ainda, no parágrafo 3º, estabelece que os programas permanentes de proteção das águas subterrâneas devem, onde houver planos de bacia hidrográfica, constituir subprogramas destes, considerando o ciclo hidrológico na sua integralidade.

O Código Estadual de Meio Ambiente de Santa Catarina, no artigo 236, estabelece que nas ocupações em área de ocorrência de aquífero poroso deve ser exigido o tratamento do esgoto, de forma que não sejam comprometidas a qualidade e as medidas de preservação do nível do aquífero, sem prejuízo da incidência das normas dos sistemas de recursos hídricos. Nesse sentido, entende-se por medidas de preservação do nível do aquífero, aquelas de captação e armazenamento ou infiltração da água da chuva, em volume relacionado com a água consumida ou com a área da superfície impermeabilizada; a recirculação de águas; ou, ainda, a utilização de técnicas

tendentes à diminuição da impermeabilização, sempre que for tecnicamente viável.

Apesar de todo aparato legal, o cumprimento das leis pela sociedade ainda parece ser utópico e distante da realidade. Os principais fatores do uso e manejo inadequados dos ecossistemas em áreas frágeis - que contemplam a faixa de recarga do Aquífero Guarani –, do ponto de vista ambiental, parecem ser: carência de pesquisas para estabelecer critérios de uso do solo em áreas frágeis, conforme estabelece o Código Estadual do Meio Ambiente do estado de Santa Catarina (Lei nº 14.675); ausência de carta atualizada de aptidão e limites para o uso do solo, de acordo com a vulnerabilidade, no que se refere a contaminantes; carência de profissionais capacitados para orientar a população, especialmente os agricultores; e, falta de informação dos produtores quanto à práticas menos impactantes. (GOMES et al., 2008)

Na região de Lages, estudos de Mazzolli e Herhardt-Brocardo (2013) observaram que parte da APP das nascentes do Rio Carahá encontra-se ocupada por casas que lançam seus efluentes diretamente nos corpos d'água. Foi também diagnosticada parcial ou total impermeabilização da rocha porosa e potencial de contaminação de lençóis subterrâneos por águas servidas. Embora tenha havido um planejamento habitacional para essas áreas, fica evidenciado o avanço da ocupação irregular das margens pela instalação de residências individuais. A ocupação sobre a APP em áreas não planejadas indica que a forma de uso e ocupação deste solo é a principal fonte de poluição hídrica.

Em análises realizadas na água de abastecimento de Lages, proveniente do Rio Caveiras, foram encontradas concentrações de elementos orgânicos e inorgânicos acima das desejáveis para o consumo humano. Os parâmetros

de DBO, coliformes totais e termotolerantes foram os que apresentaram maiores alterações. Os pontos localizados após a influência da região urbana são os mais degradados em razão do deságue da cidade de Lages, sendo ela, a maior responsável pela poluição evidenciada no Rio Caveiras. Inclusive em seu afluente, o Rio Carahá, algumas nascentes e cabeceiras também estão comprometidas com o resíduo orgânico. (MAZZOLLI; EHRHARDT- BROCARD, 2013)

Em outro estudo conduzido por Martins (2009), sobre o impacto ambiental causado pelo efluente da indústria de polpa de celulose tipo Kraft – por meio da exposição crônica da espécie *Oreochromis niloticus* (tilápia), in situ – no Rio Canoas, na região do município de Correia Pinto (SC), foram observadas alterações dos parâmetros biológicos utilizados como biomarcadores (enzimas e metabólitos), compatíveis com danos de exposição crônica, indicando a existência de condições ambientais adversas no trecho do Rio Canoas. (MARTINS, 2009) A degradação da qualidade da água resulta em altos custos com a saúde pública e em longo prazo pode comprometer a saúde e a vida das próximas gerações.

O conhecimento dos processos de inter-relação entre os componentes ambientais em bacias hidrográficas é de grande importância na gestão dos recursos hídricos, sendo necessária a avaliação quantitativa e qualitativa dos elementos físicos que as compõem, como solos, rede de drenagem, balanço hídrico e cobertura vegetal.

As diversas ações voltadas para a sustentabilidade de áreas frágeis ou de alta vulnerabilidade natural devem considerar o uso e manejo do solo, integrando as informações relativas a solos; relevo; aptidão; cobertura vegetal; vulnerabilidade natural da área; qualificação e quantificação dos agrotóxicos de maior risco para a água subterrânea; bem como identificação do perfil socioeconômico e cultural dos produtores, especialmente

os localizados nas áreas de recarga do Aquífero Guarani. (GOMES; PEREIRA, 2008)

Um componente importante na área da bacia hidrográfica são os locais de infiltração máxima de água das chuvas, em função da natureza do solo e do substrato geológico e, ainda, da morfologia do terreno. Esses locais possuem condições favoráveis à infiltração da água da chuva, que vão alimentar o lençol freático, mas podem também ser áreas vulneráveis à contaminação da água subterrânea em bacia hidrográfica. (KEMERICH et al., 2013)

O solo, como integrante do ciclo hidrológico, regula os cursos de água superficiais, as fontes naturais de disponibilização de água doce e a recarga dos Aquíferos. O uso agrícola do solo, em conformidade com sua respectiva aptidão ecológica, aliado à consideração dos aspectos agroclimáticos, é importante na implantação de sistemas agrícolas mais produtivos e ambientalmente mais equilibrados. Além disso, previne o processo de exaustão que pode comprometer a produtividade agrícola a médio e longo prazo. (ZAMPIERI et al., 1997) Porém, as cartas de aptidão agrícola não estabelecem critérios suficientes para prevenir a contaminação das águas subterrâneas, principalmente, tendo em vista o zoneamento das áreas de recarga dos aquíferos.

Uso do solo

A identificação das áreas com maior potencial de recarga do SAG e maior vulnerabilidade à contaminação é importante para implementar unidades de conservação, com o objetivo de proteger o mecanismo de recarga e a qualidade da água do Aquífero Guarani, inclusive para estabelecer critérios visando o uso sustentável

e o manejo do solo a ser empregado nessas áreas. Em geral, os Latossolos são mais vulneráveis, seguidos pelos Cambissolos, de textura média; Argisolos e Neossolos de textura média; Neossolos de textura argilosa; Cambissolo argiloso a muito argiloso e Gleissolos. (ALMEIDA; SILVA, 2011)

O potencial de recarga das áreas é classificado pela topografia, de modo que solos bem drenados e áreas que estão diretamente relacionadas aos arenitos da Formação Botucatu – em regiões de relevo plano a suave ondulado – constituem-se em locais considerados com alto potencial de recarga. Já as áreas com potencial moderado estão relacionadas com a presença da Formação Serra Geral – em regiões também de relevo plano a suave ondulado e em solos bem drenados – enquanto as áreas com baixo potencial de recarga estão relacionadas com declividades superiores a 8% e solos mal drenados sobre as rochas vulcânicas da Formação Serra Geral. (ALMEIDA; SILVA, 2011)

A aptidão dos solos aliada às características das áreas de preservação permanente, cujos conceitos estão contidos no novo Código Florestal Brasileiro (Lei nº 12.651, de 25 de maio de 2012), possibilita estabelecer dentro das propriedades os diferentes usos da terra, observando as premissas das boas práticas de manejo e o ordenamento agroambiental das áreas de afloramento do Aquífero Guarani, a exemplo de algumas regiões que desenvolveram iniciativas para as áreas de recarga desse mesmo Aquífero no estado de São Paulo. A proposta de Ordenamento Agroambiental para as áreas de recarga do Aquífero Guarani tem por objetivo dar subsídios a diversas ações voltadas para a sustentabilidade de áreas frágeis ou de alta vulnerabilidade natural. (CERDEIRA et al., 2012)

Sistemas de produção e manejo do solo

Em geral, os sistemas de produção podem ser classificados como convencionais ou conservacionistas. Eles diferenciam-se principalmente pelo conjunto de operações realizadas com objetivo de propiciar condições favoráveis à sementeira, ao desenvolvimento e à produção das plantas cultivadas, por tempo ilimitado. O tipo de manejo adotado influencia no processo de infiltração e armazenamento da água.

O sistema de produção convencional caracteriza-se por um conjunto de práticas agrícolas intensas que, geralmente, não contribuem para a preservação do meio ambiente tais como: uso de insumos agrícolas, revolvimento do solo e busca por variedades melhoradas, no sentido de maior produção em sistema de monocultura intensiva. Assim, o desenvolvimento e seleção de variedades com foco no potencial produtivo resultaram em perda da biodiversidade agrícola, seja de variedades com propriedades de aspecto ecológico ou de qualidade nutricional, entre outras.

Muitos estudos evidenciam o potencial de contaminação das águas subterrâneas a médio e longo prazo, haja vista a crescente utilização de agrotóxicos na agricultura. O uso intensivo de agroquímicos em áreas vulneráveis pode resultar em processos de lixiviação com percolação de produtos agroquímicos e metais contaminantes até a zona saturada, afetando a qualidade das reservas subsuperficiais de água para lençóis freáticos ou aquíferos profundos. (COUTINHO et al., 2008) Mapas de exposição ao risco de contaminação pelos herbicidas, elaborados por Pessoa et al. (2003), em áreas de recarga do Aquífero Guarani na Microbacia do Córrego do Espriado (Ribeirão Preto/SP), mostraram que a faixa de profundidade do lençol freático entre 5 e 10m, em áreas

de ocorrência do Neossolo Quartzarênico, exibem alto risco de contaminação. Alguns herbicidas como atrazina, diuron e tebuthiuron, por exemplo, deslocaram-se mais no perfil de Neossolo Quartzarênico do que no Latossolo Vermelho, com destaque para o tebuthiuron que atingiu 9,43m para um período simulado de quatro anos. (PESSOA et al., 2003)

O uso intensivo de máquinas agrícolas no sistema convencional para o preparo, condução e colheita causam a compactação, que é o resultado da destruição da estrutura dos agregados e da diminuição da porosidade do solo, fato que dificulta o fluxo vertical e reduz a capacidade de infiltração e armazenamento da água. Em áreas extensas e contínuas, a compactação pode afetar o balanço hídrico do solo, ou seja, a capacidade do solo de armazenar água suficiente para as culturas nos intervalos entre as chuvas, culminando em períodos críticos e pontuais de estiagem, como vem ocorrendo no oeste do estado de Santa Catarina, apesar do volume anual de precipitação próximo de 2000 mm por ano, superior ao da maioria das áreas desse estado. (EPAGRI/CEPA, 2012)

O balanço hídrico da região revela períodos de deficiência hídrica, o que resulta em restrições no abastecimento público de água, tanto nas sedes municipais como em comunidades rurais, muitas delas abastecidas a partir de águas subterrâneas, extraídas por poços tubulares profundos. A demanda por água subterrânea é crescente, uma vez que as águas de superfície exigem custos elevados de tratamento para o consumo humano. (EPAGRI/CEPA, 2012)

Dados do Relatório de Estiagem no oeste catarinense, elaborado pela Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (Epagri) em 2011 e 2012, mostram que 84 (oitenta e quatro) municípios do Oeste Catarinense e 1 (um) do Planalto Serrano são fortemente

afetados pela estiagem. Nessa região estavam localizados, à época, 36% dos 193 mil estabelecimentos agropecuários, cujos prejuízos ultrapassaram a soma de R\$ 510,6 milhões. As culturas de milho, soja, feijão e a produção de leite concentram as maiores perdas. (EPAGRI/CEPA, 2012)

Na região do extremo oeste de Santa Catarina, em 2002, existiam mais de 2.700 poços tubulares cadastrados, com profundidade média de 117m e vazão média de 7,7 m³/h. (PROESC apud FREITAS, 2002) Em novo levantamento, efetuado em 2005, na mesma área, foram cadastrados mais de 5.500 poços tubulares profundos. Estima-se ainda, que haja grande quantidade de poços operados por entidades privadas e pessoas físicas, sem cadastramento eficiente e qualquer controle efetivo, colocando em risco a sustentabilidade desse imprescindível recurso para o abastecimento público. As águas do Sistema Aquífero Integrado Guarani/Serra Geral representam um recurso de extrema importância para essa região, além de uma reserva estratégica, tanto para os usos no abastecimento público – dessedentação de animais, indústria e agricultura – como para o turismo e indústria, por suas características geotermiais.

Os eventos supramencionados também podem ter relação com o uso e manejo equivocado do solo, como a superlotação de animais bovinos nas áreas agrícolas; o uso prolongado do manejo do solo sob plantio direto com utilização de herbicidas e pouco material de cobertura em função do pastejo intensivo de animais; o uso intensivo de insumos fertilizantes solúveis; e a ausência de escarificações periódicas para o rompimento de camadas compactadas, a fim de facilitar a infiltração da água das chuvas. (COLLARES et al., 2011)

Por outro lado, solos bem estruturados, protegidos contra encrostamento superficial e compactação oferecem condições para que a água possa infiltrar-se durante as chuvas. A recuperação dos solos – seja pela compactação, perda da fertilidade, diversidade biológica ou contaminação – pode ser alcançada a partir da adoção de práticas de manejo adequadas ou conservacionistas.

A seguir, encontram-se destacadas algumas práticas de manejo que constituem os sistemas de produção conservacionistas e podem contribuir para melhorar a qualidade do solo, tanto do ponto de vista produtivo como no que concerne à preservação dos recursos naturais.

Sistemas de manejo integrados

▪ **Agroflorestais:** O sistema agroflorestal pode ser definido como um sistema agropecuário diferenciado por ter um componente arbóreo ou lenhoso, o qual tem um papel fundamental na sua estrutura e função. Caracteriza-se estruturalmente por um desenho físico que contempla diferentes cultivos, arbóreos e agrícolas, no espaço e no tempo. Funcionalmente, é uma unidade que processa entradas, tais como: água, luz, nutrientes; e produz saídas como alimentos, fibras e outros. O sistema agroflorestal promove a ciclagem de nutrientes e de água através da redistribuição favorecida pelos diferentes sistemas radiculares das plantas. A ciclagem de nutrientes pode em alguns casos dispensar a adubação química de origem diversa do ambiente, evitando assim, a adição de metais pesados contidos nos fertilizantes e que podem ser percolados através do solo, atingindo e contaminando as águas subterrâneas.

▪ **Integração Lavoura-Pecuária-Floresta:** Quando a presença de animais, especialmente bovinos, é denominada Integração Lavoura-Pecuária-Floresta (ILPF). Porém, é necessário que essa determinada Integração seja conduzida de acordo com as técnicas que visam à sustentabilidade do sistema produzido, evitando a superlotação do pastejo e pisoteio pelos animais; a redução drástica do material vegetal, que resulta em redução da matéria orgânica do solo; e a lotação em períodos excessivamente úmidos, para evitar a compactação do solo e a degradação em geral.

Produção Orgânica

O sistema de produção orgânica ou com base ecológica, praticado em conformidade com a capacidade de uso dos solos e a adoção de práticas adequadas, relacionadas ao controle de processos erosivos, constituem passos fundamentais para a conservação, proteção e valorização dos recursos naturais: solo e água. Esse sistema de produção integra várias linhas ideológicas, sendo que as principais são: agricultura orgânica, biodinâmica, permacultura e natural. Tem origem na Inglaterra, Europa, Austrália e Japão, respectivamente.

A produção orgânica é regulamentada pela Lei nº 10.831, de 23 de dezembro de 2003. De modo geral, a agricultura orgânica busca promover qualidade de vida com proteção ao meio ambiente. Sua principal característica é a não utilização de agrotóxicos, adubos químicos ou substâncias sintéticas que agridam o meio ambiente. Para ser considerado orgânico, o processo produtivo contempla o uso responsável do solo, da água, do ar e dos demais recursos naturais, respeitando as relações sociais e culturais. (MAPA, 2014)

Para apoiar a transição dos atuais modelos de desenvolvimento rural e de agricultura convencionais para estilos de desenvolvimento rural e de agricultura sustentáveis, surgiu a agroecologia como enfoque científico, teórico e metodológico que, lançando mão de diversas disciplinas científicas, pretende estudar a atividade agrária sob uma perspectiva ecológica. Assim, a agroecologia proporciona as bases científicas a partir de um enfoque sistêmico, adotando o agroecossistema como unidade de análise. (CAPORAL; COSTABEBER, 2004)

Plantio Direto

O plantio direto possui como principais características a ausência ou a diminuição do revolvimento do solo, o uso mínimo de maquinário agrícola e a manutenção de cobertura vegetal na superfície do solo, seja proveniente dos restos culturais ou de cultura produzida na forma de adubo verde. A produção agrícola sob plantio direto contribui para o aumento da matéria orgânica do solo, aumenta a taxa de infiltração de água e diminui as perdas de solo e água (LUCIANO et al., 2010), especialmente quando manejado de forma ecológica, com o uso de adubação verde diversificada e abundante, rotação de culturas e uso de roçada ou rolo-faca no manejo da vegetação no lugar dos dessecantes utilizados no sistema convencional. A cobertura do solo reduz o impacto da chuva sobre ele, prevenindo-o contra o selamento superficial, desse modo, aumenta a possibilidade de infiltração e armazenamento da água.

Escarificação, Terraceamento em nível e Lagoas de Contenção de Água

A escarificação do solo, sem a redução drástica de sua cobertura, pode ser adotada para aumentar a infiltração e diminuir o escoamento superficial da água, assim como o preparo do solo em nível, terraços, abertura de canais e lagoas de contenção. O terraceamento em curvas de nível e o uso de lagoas de contenção de água das chuvas promovem a recarga do lençol freático, proporcionando a elevação do nível de água no interior do solo, conseqüentemente, favorecendo a manutenção de nascentes e a revitalização de mananciais com água de adequada qualidade. (GUERIN; ISERNHAGEN, 2013)

Agro-homeopatia

A agro-homeopatia vem sendo construída como novo caminho para a saúde, preservação do meio ambiente e sustentabilidade. A partir dela é possível aumentar a resistência da planta e sua massa de forma homogênea, bem como efetuar o controle de pragas, contribuindo para que um novo modelo de agricultura surja e desenvolva-se, permitindo o consumo de alimentos saudáveis, a preservação do meio ambiente e a sustentabilidade dos recursos naturais como biodiversidade, solo e água. Em Lages, a agro-homeopatia vem sendo aplicada na formação de profissionais e líderes, nos setores de produção vegetal/animal, saúde pública e educação, para terapêutica não residual e de recuperação dos recursos hídricos na área geográfica de abrangência dos aquíferos integrados Guarani/Serra Geral, através do projeto Rede Guarani/Serra Geral. O projeto em rede é desenvolvido por universidades e entidades de pesquisa e extensão de forma interdisciplinar.

Aumento da Matéria Orgânica do Solo

A condução de sistemas de produção diversificados como a produção agroecológica, os sistemas agroflorestais e agrossilvopastoris, ou a integração lavoura-pecuária-floresta, geralmente dão conta de aumentar os níveis de matéria orgânica do solo. A manutenção de densa e permanente cobertura vegetal, aliada à diversificação de culturas – por meio de consórcio, rotação, intercalação e culturas em faixa – aumentam o teor de matéria orgânica do solo, a qual pode armazenar até 20 vezes o seu peso em água. (SILVA; MENDONÇA, 2007) Além disso, diminuem-se os riscos de contaminação da água por adsorver moléculas de agroquímicos e metais pesados. Matallo et al. (2003) observaram que em Neossolo Quartzarênico Órtico, com teores de matéria orgânica mais baixos, houve maior lixiviação de tebutiuron, um dos herbicidas mais usados no plantio de cana-de-açúcar, em comparação com o Latossolo Vermelho Psamítico, representativo das áreas de recarga do Aquífero Guarani, no Estado de São Paulo. Os solos arenosos quando submetidos a uso intensivo, especialmente nos períodos chuvosos, geralmente são mais suscetíveis aos processos erosivos, que além de provocarem perda de solo, contribuem para a perda substancial de matéria orgânica do mesmo e para o assoreamento dos cursos d'água. (FILIZOLA et al., 2011)

Manejo integrado de pragas e doenças

O manejo integrado de pragas e doenças é uma prática agrícola que visa diminuir o número de aplicações de agroquímicos, haja vista a regulamentação de limites máximos de resíduos (LMR) em alimentos, estabelecidos por órgãos como a ANVISA. A prática tem como base o monitoramento e controle dos níveis de infestações de pragas e doenças, levando-se em consideração o custo de produção e o impacto sobre o ambiente, reduzindo ao máximo o uso de agroquímicos.

Gestão Integrada

O arcabouço legal define regras claras e o conhecimento científico-tecnológico, embora apresente grandes lacunas, dispõe de medidas que são inquestionavelmente suficientes para produzir qualidade de água melhor do que as observadas nos trabalhos de Mazzolli e Herhardt-Brocardo (2013), Oliveira (2012) e Martins (2009). Entretanto, as iniciativas de educação ambiental e os conhecimentos sobre o Aquífero Guarani, mesmo que não estejam sotopostos ao basalto, estão certamente sufocados pelos interesses de estruturas de mercado que determinam comportamentos altamente impactantes. Haja vista o descaso com áreas de proteção ambiental, especialmente no perímetro urbano, cujos planos diretores não consideram a fragilidade dos afloramentos (MAZZOLLI; HERHARDT-BROCARD, 2013), onde os empreendimentos industriais – operando nos limites da lei – causam degradação da água em áreas de recarga. (OLIVEIRA, 2012; MARTINS, 2009)

Somente quando a educação ambiental for entendida e assumida como elemento mediador da construção coletiva do processo de desenvolvimento sustentável para os setores produtivos, a biodiversidade, o Aquífero Guarani e demais recursos ambientais terão perspectiva de reversão do atual quadro de degradação. Entretanto, resta saber se haverá tempo suficiente para que a educação ambiental conscientize a população e forme dirigentes comprometidos com essa problemática antes que as fraturas do basalto, os poços mal lacrados, a sobre-exploração e os menos de 13% de afloramento comprometam o uso desse importante recurso natural.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS. **Relatório de Gestão 2001**. Brasília: ANA, 2002.

ALMEIDA, R.B.G.; SILVA, D.J. **Análise de áreas mais propícias à recarga do Sistema Aquífero Guarani na região Hidrográfica do Planalto de Lages (SC)**: Subsídios para a gestão das águas subterrâneas. XIX Simpósio Brasileiro de Recursos Hídricos, Maceió, 2011.

CAPORAL, F.R.; COSTABEBER, J.A. **Agroecologia: alguns conceitos e princípios**. Brasília: MDA/SAF/DATER-IICA, 2004.

CERDEIRA, A.L. et al. Proposal for Good Agricultural Practices (GAPs) for the Guarani Aquifer recharge areas in Ribeirão Preto, SP. In: GOMES, M.A.F. (Org.). **Agricultural use of the Guarani Aquifer recharge areas in Brazil**: implications for groundwater and proposed agri-environmental schemes. 1.ed. Brasília: Embrapa, 2012, p.260-271.

COLLARES, G.L. et al. Compactação superficial de Latossolos sob integração lavoura – pecuária de leite no noroeste do Rio Grande do Sul. In: **Ciência Rural**. [s.l.], v.41, n.2, fev. 2011.

COUTINHO, H.L. da C. et al. Análise espacial do potencial de lixiviação de herbicidas em áreas de afloramento do aquífero Guarani na Alta Bacia do Rio Taquari, MS. In: GOMES, M.A.F. (Ed.). **Uso agrícola das áreas de afloramento do Aquífero Guarani no Brasil**: implicações para a água subterrânea e propostas de gestão com enfoque agroambiental. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica; Jaguariúna: Embrapa Meio Ambiente, 2008. p.193-214.

EPAGRI/CEPA. **Levantamento Agropecuário de Santa Catarina**. Disponível em: <http://cepa.epagri.sc.gov.br/Dados_do_LAC/tabelas_modulo_4.2.htm>. Acesso em: jul. 2014.

FILIZOLA, H.F. et al. **Controle dos processos erosivos lineares, ravina e voçorocas, em área de solos arenosos**. Jaguariúna: EMBRAPA Meio Ambiente, 2011. (Embrapa Meio Ambiente. Circular técnica, 22).

FREITAS, M.A.; CAVE, B.R.; MACHADO, J.L.F. (Orgs.). **PROESC**: Diagnóstico dos recursos hídricos subterrâneos do oeste do Estado de Santa Catarina. Porto Alegre: CPRM/SDM-SC/SDA-SC/EPAGRI, 2003.

GOMES, M.A.F. **Uso agrícola das áreas de afloramento do Aquífero Guarani no Brasil**: implicações para a água subterrânea e proposta de gestão com enfoque agroambiental. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2008.

GOMES, M.A.F.; PEREIRA, L.C. Ordenamento agroambiental das áreas de afloramento do Aquífero Guarani: estudo de caso nos estados de São Paulo, Goiás e Mato Grosso. In: **Pesticidas. Revista de Eco toxicologia e Meio Ambiente**. Curitiba, n.18, p.59-72. 2008.

GUERIN, N.; ISERNHAGEN, I. **Plantar, Criar e Conservar**: unindo produtividade e meio ambiente. ISA: Embrapa, 2013.

KEMERICH, P.D. da C. et al. Determinação do índice de risco da bacia hidrográfica do rio Vacacaí mirim com o uso de indicadores de perigo e vulnerabilidade. In: **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental – REGET**. [s.l.], n.15, p.2951- 2969. 2013.

LIMA, L.C. Relatórios M5C1 – Educação Ambiental. In: PROJETO REDE GUARANI SERRA GERAL, 2008/2014. [s.l.]: [s.n.], 2014.

_____. **Processo de planejamento e implantação do Parque Natural Municipal de Lages – SC com ênfase na conservação de bacias hidrográficas e na percepção da comunidade do entorno**. 2007. 184f. Tese [Doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Tecnológico. Pós-Graduação em Engenharia Ambiental, Florianópolis, 2007.

LUCIANO, R.V. et al. Propriedades físicas e carbono orgânico do solo sob plantio direto comparados à mata natural, num Cambissolo Háplico. In: **Revista de Ciências Agroveterinárias**. [s.l.], v.9, p.9-19. 2010.

MARTINS, L.H.B. Variações bioquímicas em *Oreochromis niloticus* (tilápia), in situ, em região com despejo de efluente da indústria de polpa de celulose tipo Kraft. In: **Revista Saúde e Ambiente**. v.10, p.29-37. 2009.

MATALLO, M.B. et al. Lixiviação dos herbicidas tebutiuron e diuron em colunas de solo. In: **Pesticidas. Revista de Ecotoxicologia e Meio Ambiente**. [s.l.], v.13, p.83-90. 2003.

MAZZOLLI, M.; EHRHARDT-BROCARDO, N.C.M. Ocupação irregular em áreas de recarga do Aquífero Guarani e vegetação ripária em Lages-SC. In: **Geosul**. [s.l.], v.28, p.163-180. 2013.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO – MAPA. **Integração, Lavoura, Pecuária e Floresta**. Disponível em: <<http://www.agricultura.gov.br/desenvolvimento-sustentavel/integracao-lavoura-pecuaria-silvicultura>>. Acesso em: 07 jul. 2014.

OLIVEIRA, A.C. Análises físico-químicas da água no Rio Caveiras em áreas de afloramento do Aquífero Guarani em Lages/SC. 2012. In: **XVI Mostra de Iniciação à Pesquisa e XV Jornada De Ensino, Pesquisa e Extensão**. Lages: UNIPLAC, 2015. CD.

PESSOA, M.C.P.Y. et al. Identificação de áreas de exposição ao risco de contaminação de águas subterrâneas pelos herbicidas atrazina, diuron e tebutiuron. In: **Pesticidas. Revista de Ecotoxicologia e Meio Ambiente**. [s.l.], v.13, p.111-122. 2003.

ROCHA, G. O grande manancial do Cone Sul. In: **Estudos Avançados**. USP, v.30, p.191-212. 1997.

SCHEIBE, L.F. (Coord.). **Projeto REDE GUARANI/SERRA GERAL**, apresentado pela FUNJAB (Fundação José Arthur Boiteux/UFSC) à FAPESC (Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina) em dezembro de 2006, inédito. Disponível em: <www.rgsg.org.br>. Acesso em: jul. 2014.

SILVA, I.R.; MENDONÇA, E.S. Matéria orgânica do solo. In: NOVAIS, R.F. (Eds.). **Fertilidade do solo**. Viçosa: Sociedade Brasileira de Ciência do Solo, 2007. p.275-374.

SRACEK, O.; HIRATA, R. Geochemical and stable isotopic evolution of the Guarani Aquifer System in the state of São Paulo, Brazil. In: **Hydrogeology Journal**. [s.l.], v.10, p.643-655. 2002.

ZAMPIERI, S.L.; BASIC, I.B.; TASSINARI, G. **Aptidão de uso das terras do Estado de Santa Catarina nas Unidades de Planejamento Regional da Epagri**. (Primeira aproximação). Florianópolis: EPAGRI, 1997.



GARIS, TRABALHO & SATISFAÇÃO: uma relação possível?

*Lilia Aparecida Kanan
Everley Rosane Goetz
Ana Caroline da Silva
Rosemary Alves de Marafigo*

Um ser invisível... É assim que profissionais de limpeza pública definem-se! São escassas, na literatura brasileira, produções que desvelem aspectos relacionados à profissão de gari. No entanto, eles descrevem-se em alguns estudos como pessoas imperceptíveis, o que torna justificável a necessidade de ampliação do conhecimento a respeito dessa profissão, de suas práticas laborais e de seu contexto de trabalho.

Como essa atividade não exige conhecimento técnico ou escolaridade significativa, por vezes, é percebida pela sociedade como um trabalho não qualificado. Assim, é muito provável que os garis, sendo profissionais pouco (ou nada) reconhecidos, sofram com atitudes discriminatórias, com práticas desiguais ou ainda, pelos comportamentos excludentes de parte da sociedade. Decorre disso que tais fenômenos podem, em alguma medida, influenciar ou determinar seu grau de (in)satisfação no trabalho.

Há muitas questões ou reflexões associadas à profissão de gari. É praticamente inegável a participação desse tipo de profissional no cotidiano da vida das pessoas que vivem nas cidades, contudo, muitas vezes, ele nem sequer é percebido por elas. Depreende-se, por tal razão, tratar-se de uma profissão de pouca visibilidade e interação social.

Mas, por que é importante pesquisar sobre o trabalho de garis? Por que há poucas pesquisas ou produções envolvendo essa atividade? Por que a sociedade parece não atentar para essa profissão? Qual a importância do trabalho dos garis para a sociedade? E para eles próprios? É possível haver satisfação no trabalho que os garis realizam? O fato de trabalharem sozinhos influencia a maneira como percebem seu trabalho? É possível pensar no sentido percebido pelos garis em relação ao trabalho que realizam? O que determinou a escolha por este trabalho, já que a desvalorização do mesmo vem de longa data? Quais os sentimentos que esses indivíduos têm em relação à sua profissão? Sentem-se motivados para realizar seu trabalho? Os gestores dispõem esforços para que esses profissionais sintam-se satisfeitos no contexto de seu trabalho? Entre tantos aspectos que requerem investigação, a exemplo dos citados, a presente pesquisa pretendeu buscar resposta à seguinte questão-problema: quais as dimensões envolvidas e seu impacto na satisfação no trabalho de uma equipe de garis trabalhadores da Prefeitura de uma cidade da região serrana de Santa Catarina? Especificamente, pretendeu-se verificar o índice de satisfação dos garis: com os colegas no contexto de trabalho; em relação ao salário percebido; com a chefia imediata; com a natureza do trabalho; e em relação às possibilidades de promoção.

A importância de avaliar a satisfação dos garis no contexto de trabalho reside no fato de ser a presença deles indispensável para a manutenção da limpeza pública. Na

literatura, é possível encontrar esse aspecto da importância da satisfação no trabalho associada ao desempenho e qualidade de vida nesse mesmo meio. (SIQUEIRA, 2008; SPECTOR, 2004; LIMONGI-FRANÇA, 2002) Devido, portanto, à carência de estudos envolvendo garis como sujeitos de pesquisa, o presente estudo pretendeu ampliar o conhecimento a respeito do trabalho realizado por esses agentes de limpeza pública e, assim, proporcionar uma melhor compreensão de seus fazeres.

Por tais razões, considerou-se relevante a possibilidade de desvelar aspectos que determinam a (in) satisfação dos garis no contexto do trabalho, de modo a prover subsídios aos gestores municipais para intervenções ou ações corretivas neste sentido. Promover situações que favoreçam a satisfação no trabalho e que possibilitem o aumento tanto da produtividade do empregado, quanto de seu comprometimento com a organização, resulta, geralmente, em melhoria das relações entre os pares; não adoecimento e conseqüente diminuição do quantitativo de atestados médicos e dos índices de absenteísmo, re-trabalho e rotatividade. É possível pensar, por fim, na ampliação da qualidade de vida desses profissionais.

De modo a cumprir com os objetivos propostos, o presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa aplicada. Em relação à forma de abordagem do problema, optou-se pela qualiquantitativa. No que diz respeito aos procedimentos técnicos, foi adotado o método de levantamento (Survey), ou seja, que consiste na interrogação direta das pessoas cujo comportamento deseja-se avaliar. (SILVA; MENEZES, 2005)

Participaram voluntariamente do estudo 27 dos 33 garis registrados formalmente no quadro de colaboradores da Prefeitura Municipal empregadora. A aplicação dos instrumentos de coleta de dados foi realizada em sala

apropriada para este fim, de acordo com a disponibilidade dos participantes e depois de asseguradas as condições técnicas necessárias.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a Escala de Satisfação no Trabalho (EST), de autoria de Siqueira (1995; 2008). O instrumento foi adaptado pelas pesquisadoras, de acordo com a realidade dos pesquisados. As questões a serem respondidas nessa Escala representam o contentamento dos participantes com seu trabalho: a satisfação com os colegas, com a chefia, com o salário, com as promoções, com a natureza do trabalho e com a estabilidade no emprego. O instrumento é constituído por 25 afirmações que requerem respostas associadas à satisfação ou insatisfação, cujos graus estão distribuídos ao longo de uma escala do tipo Likert de sete pontos. Os procedimentos foram realizados de acordo com as normas éticas do Conselho Nacional da Saúde, Resolução nº 196/96 e suas complementares, bem como aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

De modo a proceder a análise dos dados, foram criadas categorias em conformidade com os objetivos específicos do estudo: (a) satisfação com os colegas (colaboração, amizade, relacionamento, confiança); (b) satisfação com o salário (quantidade de trabalho, capacidade profissional, custo de vida, quantia, esforços); (c) satisfação com a chefia (organização, interesse, entendimento, tratamento, capacidade); (d) satisfação com a natureza do trabalho (interesse e variedade nas tarefas, absorção, precauções); e, (e) satisfação com as promoções (promoção, garantias, formas, oportunidades, tempo).

Autores e articulistas sustentaram o estudo ora apresentado. A seguir, portanto, são apresentados brevemente alguns pressupostos teóricos que nortearam as análises e discussões.

Breves considerações a respeito da importância do trabalho para as pessoas

Tripalium e trábicula são termos latinos associados à tortura e dão origem à palavra trabalho. Ao encontro desses termos, o mito de Sísifo¹ tem sido utilizado para designar o trabalho inútil e alienante. Entretanto, trabalho deve ser necessariamente associado ao sofrimento? Ou, deve-se pensar em trabalho como algo necessário, mas que pode ser satisfatório e trazer benefícios para a vida das pessoas? Qual o sentido ou a dimensão que o trabalho assume na vida das pessoas?

As respostas às questões formuladas ensejam acuradas discussões, principalmente se forem consideradas as teses que advogam o fim do trabalho ou aquelas que defendem a centralidade do trabalho na contemporaneidade. Contudo, resta claro que sentir-se bem no ambiente laboral é imprescindível sob vários aspectos, pois essa condição influencia a vida dos trabalhadores, não apenas em termos profissionais, mas também nos aspectos familiares e pessoais. (ALBUQUERQUE, 2004) Warr (2007) corrobora tal entendimento ao afirmar que o ambiente de trabalho influencia o bem-estar dos indivíduos, em razão de implicar sua saúde mental. Assim, entende o autor, o ambiente deve, necessariamente, produzir experiências positivas para os mesmos.

¹ O Mito de Sísifo tornou-se conhecido por fazer referência à execução de trabalhos rotineiros, repetitivos, cansativos e que envolvem esforços inúteis. Vez que Sísifo, mestre da malícia e dos truques, ofendeu muitos deuses: enganou Tanathos – a morte – por duas vezes; enganou Zeus, o deus dos deuses; enganou Hades, o deus dos mortos; e Ares, o deus da guerra. Como castigo, foi condenado a rolar por toda a eternidade uma grande pedra de mármore com suas mãos até o cume de uma montanha. Sempre que ele estava quase no topo, a pedra rolava montanha abaixo, o que lhe exigia começar sua inútil tarefa repetidamente.

De fato, o modo como cada trabalhador vivencia seu local de trabalho, as relações de poder estabelecidas, as formalidades do contrato, as características da organização (se formal ou informal), a complexidade das tarefas e atividades, o esforço empregado na execução (se físico ou somente intelectual), a remuneração, entre outros aspectos, representam fatores que contribuem para significá-lo. (BORGES; YAMAMOTO, 2004)

Sob este enfoque, é pertinente destacar que para que o trabalho tenha sentido na vida das pessoas, deve propiciar a construção de laços afetivos, ou seja, experiências positivas nas relações humanas. (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007) Além deste, outros fatores que contribuem para que tenha sentido estão associados à conveniência de horários, bons salários, cuidados com a saúde, autonomia e variabilidade das tarefas, desafios em justa medida e oportunidades de aprendizagem. (MORIN, 2002)

Assim, o trabalho, descrito de acordo com a perspectiva psicológica, é atualmente considerado uma categoria central no desenvolvimento do autoconceito e uma fonte de autoestima (ZANELLI, 2010), que alicerça a constituição do sujeito e sua rede de significados. Sato e Schmidt (2004) reforçam este entendimento: como atividade genérica, o trabalho representa possibilidades de relacionamentos com coisas e pessoas e, por esta razão, forma identidades e jeitos de ser e de existir no mundo. Heloani e Capitão (2003, p.106) são ainda mais enfáticos ao afirmar: “o trabalho como regulador social é fundamental para a subjetividade humana, e essa condição mantém a vida do sujeito.” Ou seja, para que a vida seja dotada de sentido, é indispensável que as pessoas encontrem no contexto laboral um espaço de realização. (TOLFO; PICCININI, 2007)

Além de ser referência vinculada à economia dos indivíduos, o trabalho determina os fenômenos

psicológicos, culturais e simbólicos que vivenciam, fato possível de ser verificado junto aqueles que enfrentam situações de desemprego. (CASTEL, 1998) Muchinsky (2004) corrobora tal compreensão ao expressar que o trabalho, do ponto de vista econômico, significa troca de labor por pagamento; porém, sob o viés psicológico, representa um dos pressupostos definidores da identidade do sujeito e de sua união com outros indivíduos, além de caracterizar-se como uma fonte de realização pessoal.

Ainda que haja produção científica suficiente para que se possa afirmar a importância do sentido e significado atribuído ao trabalho, especificamente a respeito do trabalho na vida de garis—objeto deste estudo—há, por parte da sociedade, preconceitos e estereótipos a ele associados. Tal desqualificação social traduz-se em desqualificação do trabalho exercido, o que possibilita a prática da dominação: baixos salários, raros investimentos em saúde e inexistência de capacitação; aspectos esses que originam, mantêm e reforçam a precarização a ele associada. (SANTOS; LIMA; MURTA; MOTTA, 2009)

Contudo, é possível depreender um aspecto que tende a promover a ampliação do sentido do trabalho desses profissionais: a manutenção do trajeto (trecho) de execução da tarefa. Encontram-se em Vasconcelos et al. (2008, p.409), elementos que possibilitam observar a importância atribuída ao conhecimento do trajeto a ser coberto pelos garis e à regulação coletiva do trabalho, “fundamentais para que as equipes, chamadas de ‘guarnições’, gerenciem os diversos eventos e imprevistos, ao ponto de denominarem os roteiros de coleta de ‘meu trecho’”. De modo semelhante, Santos (2004) destaca que garis que trabalham há mais tempo nos mesmos trechos dominam melhor as situações de trabalho, constroem vínculos com a população, conseguem exercer controle

sobre suas atividades, o que possibilita a regulação de desgastes tanto físicos, quanto emocionais.

De modo a responder aos objetivos deste estudo, além do sentido e significado do trabalho, outro constructo – a satisfação no trabalho – deve ser explorado.

Satisfação no Trabalho

Ao longo do século XX, satisfação no trabalho constituiu tema estudado por pesquisadores de distintas áreas do conhecimento, como por exemplo, a Psicologia, a Sociologia, a Administração, entre outras. Produções científicas sobre o fenômeno datam de 1920 (STEUER, 1989), embora Klijn (1998) faça referências afirmando que os estudos sistematizados sobre esse constructo tiveram início somente a partir dos anos de 1930. Fato é que o interesse em ver revelados aspectos pertinentes à satisfação permaneceu orientando pesquisadores nas décadas seguintes. Algumas disciplinas, como Psicologia Industrial e Organizacional, Psicologia Social, Comportamento Organizacional e Gerenciamento de Recursos Humanos, ao serem mais acessadas nas universidades, passaram a dar importantes contribuições para a produção de conhecimentos sobre esse conceito. (CRANNY; SMITH; STONE, 1992)

Apesar do interesse de pesquisadores pela temática satisfação no trabalho e das muitas definições encontradas na literatura, alguns autores destacam que não há consenso sobre sua definição conceitual ou as dimensões que a integram (PÉREZ-RAMOS, 1990; CURA, 1994; SIQUEIRA, 1995; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003; SIQUEIRA; GOMIDE JR., 2004; VALLE, 2005; KANAN, 2008); e ainda que o volume de produções sobre o fenômeno tenha sofrido ampliação, esse tema permanece caracterizado como um conceito

em processo de construção. Algumas razões justificam a dificuldade de definição do conceito, a saber: é um fenômeno complexo; trata-se de um estado subjetivo; pode variar de pessoa para pessoa; pode variar de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa; além disso, está sujeito às influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho. (FRASER, 1983)

Locke (1976, p.1300), quando definiu satisfação no trabalho como “um estado de prazer e emoções positivas resultantes de avaliações de um trabalho ou de experiências no trabalho”, contribuiu sobremaneira à compreensão desse conceito. Quarstein, McAfee e Glassman (1992, p.859), de maneira mais direta, caracterizaram a satisfação no trabalho por meio de argumentos dos colaboradores sobre o quanto “gostam e sentem prazer com o que fazem.” Tanto na definição proposta por Locke (1976), quanto na enunciada por Quarstein et al. (1992), a dimensão afetiva dada ao conceito está presente. Outros autores (ORGAN, NEAR, 1985; MILLER, TESSER, 1992 apud BRIEF, WEISS, 2002) descrevem a satisfação no trabalho por meio de dimensões tanto cognitivas quanto afetivas. Por exemplo, para Miller e Tesser (1992 apud BRIEF; WEISS, 2002), ela pode ser analisada de duas maneiras: (a) como um julgamento avaliativo, então, o afeto pode ser antecessor a ela; e (b) como um componente afetivo, assim, o afeto no trabalho pode ser um indicador.

No Brasil, os estudos sobre satisfação no trabalho são de natureza predominantemente quantitativa com enfoque nos aspectos restritivamente cognitivos do constructo. Outros aspectos, porém, caracterizam as pesquisas brasileiras sobre o tema. Nelas há diferentes interpretações sobre a natureza da satisfação no trabalho, tais como: carência de instrumentos atualizados; metodologia por

demais abrangente; ausência de uma delimitação do campo; método predominantemente empírico-quantitativo para o desenvolvimento de estudos; e pouco enfoque sobre o aspecto afetivo do constructo. (VALLE, 2005) De todo modo, é fato a inexistência de consenso entre pesquisadores sobre as dimensões ou a essência psicológica que constituem a satisfação no trabalho (SIQUEIRA, GOMIDE JR., 1995; VALLE, 2005), sendo pertinente a sugestão encontrada na literatura internacional de que devem ser explorados os elementos tanto cognitivos quanto afetivos contidos no constructo. (VALLE, 2005)

É muito provável que a formação dos pesquisadores que investigam esse constructo determine as diferentes perspectivas sobre o fenômeno. Por exemplo, Locke (1976) compreende que os elementos causais da satisfação no trabalho estão relacionados: (a) ao próprio trabalho e ao seu conteúdo; (b) às possibilidades de promoção; (c) ao reconhecimento; (d) às condições e ao ambiente de trabalho; (e) às relações com colegas e subordinados; (f) às características da supervisão e gerenciamento; e (g) às políticas e competências da empresa. Sob a perspectiva de Coda (1986), o grau de satisfação no trabalho pode sofrer influências das características do próprio trabalho, do indivíduo, do ambiente (laboral/organizacional) e do contexto social. A seu modo, Hackman e Oldham (1975) compreendem que é o conteúdo do trabalho que determina a satisfação com esse fenômeno e com seu exercício. Todavia, esses autores reconhecem, nesse processo, a importância de alguns fatores do contexto de trabalho, como a possibilidade de crescimento, a supervisão, a segurança, a compensação financeira e o ambiente social.

A perspectiva de Siqueira (1995, 2008) apresenta semelhança com a de Locke (1976). A autora propõe cinco fatores de análise que integram uma escala multifatorial

desenvolvida para avaliar a satisfação no trabalho: (a) satisfação com os colegas; (b) satisfação com o salário; (c) satisfação com a chefia; (d) satisfação com a natureza do trabalho; e (e) satisfação com a política de promoções.

Com foco no estudo sobre a complexidade do trabalho de garis, os resultados da pesquisa empreendida por Santos et al. (2009) revelam que a gestão da variabilidade correlaciona-se à complexidade do trabalho empreendido. Os autores destacam que a complexidade evidencia-se na constante necessidade de tomar decisões, em curto prazo de tempo, em relação ao próprio lixo, ao trânsito, à catação, entre outros. Com base nestes aspectos, é tanto pertinente quanto atual a necessidade de reflexão sobre a satisfação no trabalho de garis, bem como de outros aspectos que perpassam a qualidade de vida no trabalho desses profissionais.

Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)

O caráter multidimensional do conceito de QVT é perpassado pela compreensão do termo qualidade de vida. Este traduz-se em estar bem, sentir-se bem nos diferentes aspectos de convivência, envolvendo família, ambiente social e trabalho.

No Brasil, os anos de 1990 foram pródigos em produções que associaram o termo qualidade de vida às discussões relacionadas aos trabalhadores e às organizações de trabalho. Bom Sucesso (2002) destaca que a partir dessa década, a expressão QVT passou a ser associada tanto às condições sociais, quanto à saúde física dos trabalhadores. O autor discorre ainda, que embora fazendo parte do cotidiano laboral, os parâmetros para a definição da qualidade de vida dependem das características e interesses

de cada trabalhador. Portanto, parece ser impossível estruturar programas de QVT sem que seja considerada a dimensão individual presente no constructo.

Além dos aspectos pessoais, a análise do ambiente possibilita a compreensão do bem-estar no trabalho. As pessoas, em sua maioria, passam um terço do seu tempo no espaço laboral. Se o contexto de trabalho é agradável, a tendência é resultar em benefícios tanto para o trabalho como para o trabalhador. (MIRANDA, 2006)

O tema é complexo e esse caráter está associado há muitos fatores que se relacionam às dimensões biológica, psicológica, social e organizacional que o constructo totaliza. Fato é que discutir QVT requer uma visão holística das questões que a envolvem e que a caracterizam. (LIMONGI-FRANÇA, 2010) Ribeiro e Campos (2009) manifestam que abrangência, subjetividade e complexidade tornam difícil a tarefa de conceituar QVT. As autoras destacam ainda, que esse constructo sofre influência de fatores intrínsecos e extrínsecos, os quais se alteram conforme a pessoa, entre eles: o cotidiano do trabalhador, o espaço onde ele vive e seu modo de viver, além de seus hábitos, sendo que tais aspectos independem das políticas organizacionais adotadas.

A QVT, segundo Rodrigues (2008), é um fenômeno que supõe a interação entre as necessidades, expectativas, crenças e valores do trabalhador e a tecnologia, o sistema de recompensa, o ambiente de trabalho e o estado geral da economia. Limongi-França e Arellano (2002) acrescentam ao conceito, as ações de uma organização voltadas para a implantação de melhorias e inovações gerenciais, de tecnologia e na estrutura do ambiente de trabalho.

Algumas melhorias organizacionais ensejam prevenção do estresse laboral e, conseqüentemente, prenunciam ações voltadas à QVT. Nesse sentido, a

atenção aos horários de trabalho, à participação/controle, à carga de trabalho, ao conteúdo do trabalho, aos papéis desempenhados e ao planejamento do futuro (LENNART, 2010) são alguns exemplos a serem citados.

Nessa perspectiva, o alinhamento de novas formas de gestão de pessoas, que valorizam e preconizam o bem-estar com competência e habilidades complexas (LIMONGI-FRANÇA, 2010), somadas ao que pressupõe, na atualidade, a QVT, torna possível a humanização das situações e relações de trabalho, de modo a serem privilegiados os interesses dos trabalhadores. (RODRIGUES, 2008) Portanto, QVT pode vir a ser um “indicador da qualidade da experiência humana no ambiente de trabalho” (RIBEIRO; CAMPOS, 2009, p.36); ou seja, reflexo de ações que relacionam a satisfação dos trabalhadores, sua capacidade produtiva, um ambiente seguro onde prevaleça o respeito, acréscimo de possibilidades de capacitação e aprendizagem, bem como de recursos adequados ao desempenho das funções.

Destarte, a importância de investimentos em programas de QVT é reforçada pelo entendimento de que “a saúde e a qualidade de vida são recursos estratégicos para a produtividade e para o desenvolvimento sustentável.” (CAÑETE, 2010, p.01) Cañete (2010) assevera ser consenso geral que contempladas a saúde física, mental e certo equilíbrio espiritual, somados ao sentimento de felicidade, à oportunidade de trabalho e à plena vivência, decorrem disto, qualidade, riqueza e progresso; e, neste viés, de acordo com a autora, é impossível existir qualidade total sem que haja qualidade de vida. Talvez por esta razão, com frequência, a QVT tem integrado a agenda de pesquisa no Brasil.

Visando trazer a QVT ao tema deste estudo – trabalho de garis –, é pertinente considerar que a importância da atividade de limpeza urbana para o meio ambiente e para

saúde da população já é algo consensado pela sociedade. Contudo, tal percepção não tem sido traduzida em ações efetivas, em termos de mudanças voltadas à segurança e saúde dos trabalhadores da limpeza pública. (OLIVEIRA; SANTOS, 2005)

Trabalhar no “tempo”, sob circunstâncias inseguras e geradoras de riscos à saúde, representa o contexto de trabalho desses profissionais. Manusear objetos cortantes ou perfurocortantes, dejetos; estar suscetível ao ataque de cães, a acidentes de trânsito, à exposição a riscos químicos e à intoxicação, além da má postura no manuseio dos instrumentos de trabalho são alguns exemplos de fatores que podem promover o adoecimento dos profissionais da limpeza urbana. Por tais razões, representam uma categoria profissional significativamente suscetível às questões ambientais, ao adoecimento e, conseqüentemente, à redução da qualidade de vida no trabalho.

A Limpeza Pública e o Trabalho dos Garis

Segundo o dicionário Aurélio, gari significa varredor de ruas e empregado da limpeza urbana. De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (2010), em todas as cidades esse profissional tem como função ou principais atividades: (a) varrer ruas, praças e vias públicas; (b) recolher dejetos jogados; (c) trabalhar em equipe para realizar a limpeza da cidade; (d) chamar uma equipe de limpeza mais pesada quando necessário; (e) percorrer um caminho pré-determinado, recolhendo o lixo jogado; (f) levar o lixo recolhido para o caminhão, que o deposita em lugares preparados para receber esse lixo; (g) participar de projetos e ações sociais de limpeza urbana; e (h) participar de projetos de reciclagem.

A par dessa descrição de funções dos garis, é significativo considerar, conforme explicitam Santos e Silva (2009), que alguns estudos² conduzem ao entendimento de que o manuseio do lixo está associado a uma série de questões que implicam a saúde do trabalhador e as condições do ambiente. Contudo, é inquestionável a importância dos garis para a sociedade, uma vez que em razão de seu labor são evitados muitos dos problemas ambientais e de saúde pública decorrentes da acumulação do lixo urbano. Os autores destacam que o trabalho desenvolvido por esses profissionais: “evita que o acúmulo de lixo na cidade traga a proliferação de vetores de doenças, a exalação de odores desagradáveis e a produção de chorume; que causa a contaminação do solo e dos recursos hídricos.” (SANTOS; SILVA, 2009, p.691)

Silveira, Robazzi e Luis (1998) empreenderam estudo com o objetivo de analisar acidentes de trabalho sofridos por varredores de rua. Em suas considerações, referem a insalubridade e as diversas agressões que esses profissionais sofrem cotidianamente. Por exemplo, o fato de estarem submetidos a fatores climáticos (radiação solar, umidade ou clima seco), ao contato direto com resíduos, ao trânsito existente no horário de trabalho, ao ataque de animais soltos nas ruas, às variações de temperatura, ao ruído provocado pelo barulho dos carros, à poeira, dentre outros.

Nestes mesmos estudos, Oliveira e Santos (2005) caracterizam os garis como uma população significativamente exposta a riscos, pois em suas atividades laborais encontram-se necessariamente envolvidos com os processos de manuseio, transporte e destinação final de resíduos. Além das agressões já referidas por Silveira, Robazzi e Luis (1998), esses autores identificam outros fatores que incidem sobre

² Catapreta e Heller (1999); Anjos e Ferreira (2000); Santos e Rigotto (2008); e Ferreira (2002).

as condições de trabalho do gari: a ausência de treinamento, a falta de condições adequadas de trabalho e a escassez de tecnologia.

Depreende-se que tais condições laborais tendem a promover a ocorrência de doenças e acidentes de trabalho. Consequentemente, é inevitável não conjecturar a respeito dos prejuízos à saúde física e mental dos garis. De modo a ratificar o exposto, é pertinente destacar que a Norma Regulamentadora nº 15, que trata da insalubridade associada às profissões (BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2012), explicita parâmetros que possibilitam identificar a atividade de gari como insalubre em grau máximo, em razão do contato diário com agentes químicos e biológicos, além da exposição a ruídos, ao frio, ao calor, à umidade e poeiras.

Vasconcelos et al. (2008) consideram que o crescimento populacional das cidades faz aumentar a carga de trabalho dos garis, que se vêem forçados a responder a objetivos diversos por parte da empresa contratante, da comunidade onde trabalham e os seus próprios objetivos. Os autores citam que a consecução de tais propósitos requer que lidem com diferentes exigências de tempo, de qualidade e de segurança, e que, para tanto, necessitam desenvolver estratégias e regulações, ou seja, certa “margem de manobra”, de modo a manter sua carga de trabalho em nível aceitável.

Ainda que o mercado de trabalho para os garis esteja expandindo-se amplamente dada a maciça produção de resíduos por parte dos cidadãos, atualmente esse ofício requer a ampliação de investimentos por parte dos seus contratantes; isto porque é um serviço de utilidade social e de saúde pública.

É pertinente considerar que a reciclagem de lixo é uma ação tão importante para os habitantes de uma cidade, quanto para os profissionais que em suas atividades estão em contato com o lixo urbano. A coleta seletiva e o reaproveitamento de materiais recicláveis tende a facilitar o trabalho dos garis, a deixar a cidade mais limpa e a movimentar a economia.

Principais resultados

Participaram da pesquisa 21 pessoas (77,8%) do sexo feminino e seis pessoas (22,2%) do sexo masculino. Quanto à idade dos participantes, é possível depreender que essa atividade parece não atrair pessoas jovens, pois os resultados evidenciam que 11 pessoas (40,7%) têm entre 30 a 40 anos; 8 pessoas (29,6%) entre 41 a 50 anos; e 8 pessoas (29,6%) acima de 51 anos. Em relação ao estado civil, a mesma quantidade de pessoas afirma ser divorciada (25,9%) ou ter uma união estável (25,9%); seis pessoas (22,2%) são casadas; quatro pessoas (14,8%) são solteiras; e três pessoas (11,1%) são viúvas. Quanto à escolaridade, 16 pessoas (59,2%) dizem possuir apenas o ensino fundamental incompleto; quatro pessoas (14,8%) o ensino médio completo; três pessoas (11,1%) o ensino fundamental completo; e o mesmo número de pessoas declara ter ou o ensino médio incompleto (7,4%) ou nunca ter estudado (7,4%). Tendo em vista estes resultados, depreende-se que a função de gari não atrai pessoas com grau de escolaridade elevado. É possível que isso ocorra por muitos fatores, tais como: o salário, pela atividade em si, pelo *status* social ou pela carga horária de 40 horas semanais.

Para analisar os valores atribuídos às respostas dos participantes, para cada uma das cinco categorias foi calculada a média aritmética dos graus de satisfação referidos em suas afirmações. Após o cálculo individual, os resultados apresentados pelos vinte e sete participantes foram distribuídos de acordo com as cinco categorias definidas a priori. Ao calcular a média aritmética das vinte e sete respostas de cada um dos participantes, de cada uma das categorias, obteve-se a média geral de satisfação do conjunto de colaboradores. Para a categorização dos resultados foi assim definido: de 1 a 3,99 ela é indicativa de insatisfação; de 4 a 4,99 sugere indiferença; e, entre 5 a 7, essa média demonstra satisfação no que tange à categoria analisada.

As médias obtidas em cada categoria foram: satisfação com os colegas de trabalho ($\mu= 5,09$); satisfação com a chefia ($\mu=6,4$); satisfação com o salário ($\mu=5,25$); satisfação com a natureza do trabalho ($\mu=5,61$); e satisfação com as promoções ($\mu=4,15$).

Satisfação com os colegas de trabalho

Em relação à satisfação dos indivíduos com seus colegas de trabalho ($\mu=5,09$), pode-se perceber que a maioria dos entrevistados afirma que se sente minimamente satisfeito com o relacionamento que tem com seus colegas de trabalho. Sabe-se que o relacionamento com esses pares é importante quando se avalia a temática da satisfação.

Nord e Fox (2004) asseveram que a ênfase nos estudos organizacionais, a partir dos anos 1980, deslocou-se de uma visão do sujeito, independente de seu contexto, para considerar a interação entre indivíduos, seus contextos e relações interpessoais estabelecidas no trabalho. Os autores

lembram que os estudos de Foucault entusiasmaram diversos autores nessa passagem para uma visão relacional e dinâmica. Passagem que envolve o reconhecimento de que indivíduos são constituídos por meio de domínio social, desvendam o sociobiológico na vida social, sem ocultar seu caráter relacional. O entendimento desses autores vai ao encontro dos resultados do presente estudo.

Porém, uma pessoa relatou sentir-se insatisfeita em relação aos colegas de trabalho, dizendo que “não pode confiar nos colegas”, o que indica um aspecto negativo em relação à confiança que esta pessoa estabeleceu nas suas relações interpessoais no trabalho. Sobre este aspecto, Leitão, Fortunato e Freitas (2006, p.884) afirmam que

A questão dos relacionamentos interpessoais, e de sua inerente dimensão emocional, é crucial para a vida associada, pois são esses processos interativos que formam o conjunto de sistemas que a organizam. As condições em que ocorrem tais relacionamentos definem a forma de convivência entre os seres humanos, que são seres de relações, e destes com a natureza. Fazem a diferença entre sofrimento e bem-estar e definem como a vida social é construída em seu cotidiano. Deteriorações nas relações interpessoais resultam em deterioração das relações sociais, das relações inter e intra-organizacionais.

As contribuições destes autores também vão ao encontro dos dados deste estudo, pois a maioria dos entrevistados relatou sentir-se satisfeita em relação ao tipo de amizade presentes nas relações interpessoais com os colegas, complementando que tais relações são importantes no que diz respeito à vida integrada na organização.

Satisfação com a chefia

Essa categoria teve por objetivo avaliar o grau de satisfação dos funcionários em relação à chefia. Os dados possibilitam constatar um índice elevado de satisfação por parte dos pesquisados ($\mu=6,4$).

A partir disso, Martinez e Paraguay (2003) colaboram ao destacar que o reconhecimento inclui receber créditos pelas realizações, elogios: desde um anúncio público na organização até comentários informais. Essas autoras referem ainda, a respeito de supervisão e gerenciamento, que os colaboradores desejam que seus supervisores sejam atenciosos (o que inclui promover o alcance de seus valores), justos, competentes, organizados, que reconheçam e recompensem o bom desempenho dos colaboradores e permitam alguma participação no processo de tomada de decisões. Devem também, esses gerentes, evidenciar respeito aos colaboradores como seres humanos, incluindo comportamento pautado por valores éticos e apropriada comunicação de informações; devem ser organizados em relação às atividades e às funções de seus colaboradores, evidenciando autonomia e competência perante os subordinados. Essas premissas vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, por meio do qual os participantes manifestaram estar satisfeitos em relação à chefia e relataram gostar da maneira como ela, organiza o trabalho e as atividades do setor.

Bridges (2000) afirma que a relação que um líder tem com seus seguidores está cada vez menos parecida com a governança e cada vez mais próxima de uma união ou parceria. Nessa perspectiva, o líder deve estar preocupado com o trabalho que seus colaboradores realizam e assim, agir proporcionando auxílio e incentivando que os indivíduos tenham autonomia na efetivação de suas atividades. As

colaborações desse autor corroboram com os dados obtidos nesta pesquisa, pois todos os participantes disseram estar satisfeitos em relação ao seu chefe; que recebem bastante auxílio dele e o consideram um bom profissional.

No que diz respeito aos dados obtidos nesta pesquisa, no que se refere à categoria que avaliou a satisfação no trabalho em relação à chefia, pode-se perceber que todos os participantes disseram sentir-se muito satisfeitos com o trabalho realizado por ela. Segundo eles, “a chefia é muito comprometida e responsável perante seus funcionários, extremamente preocupada com a saúde dos trabalhadores e atende às necessidades que eles apresentam”.

Fica evidente, pelo que foi exposto, que o relacionamento estabelecido entre o indivíduo e a organização envolve vínculos afetivos e imaginários; e que as organizações são objeto de transferência espontânea, e também induzida, de afetos, emoções, atitudes. Assim, embora as organizações não criem uma estrutura psíquica, utilizam-se dela, propiciando a satisfação de necessidades narcísicas dos indivíduos.

Satisfação com o salário

Quanto aos níveis de satisfação pertinente ao salário recebido ($\mu=5,25$), por participante, obteve-se que a maioria afirma estar satisfeita, tanto com o salário que recebe como em relação a quanto trabalha. Entendem eles que a quantia que recebem está de acordo e justa em relação às atividades que exercem.

A partir disso, encontra-se em Prado (2005) que as pessoas esperam que os esforços que realizam em prol de um determinado objetivo sejam retribuídos por aqueles

que se favorecem destes esforços. No contexto do trabalho, essa afirmação torna-se importante à medida que os contribuintes esperam receber algum tipo de pagamento ou retribuição pelo trabalho realizado. O salário pode ser considerado, muitas vezes, tanto o motivador principal para o assalariado, quanto o motivador secundário, dependendo da realidade socioeconômica do mesmo. Martinez e Paraguay (2003) acrescentam que remuneração abrange aspectos como: igualdade (em comparação ao que outros estão recebendo), quantidade (suficiente para suas despesas no contexto de seu custo de vida), forma de pagamento e benefícios (assistência médica, aposentadoria, férias, seguro desemprego e outros). A segurança (estabilidade) no emprego aparece como um fator importante no pagamento porque significa uma garantia de recebimento de pagamentos. As ideias desses autores corroboram os dados obtidos neste estudo, pois, em suas falas, os participantes demonstram considerar o salário como uma recompensa dos esforços que realizam no trabalho.

Nesse sentido, pode-se dizer que as pessoas relacionam o salário diretamente à satisfação no trabalho, visto que esperam ser recompensadas pelos seus esforços e quando fazem atividades além das obrigações de seu cargo, esperam recompensas maiores do que apenas o salário obtido todo mês.

Satisfação com a natureza do trabalho

Nesta categoria, pode-se considerar que a maioria dos entrevistados encontra-se satisfeita com a natureza do trabalho que desempenha ($\mu=5,61$), haja vista afirmarem percebê-la de forma positiva e demonstrarem interesse pelas atividades que realizam.

No entender de Martinez e Paraguay (2003, p.66), trabalho diz respeito ao serviço realizado e ao seu conteúdo, devendo incluir:

[...] um trabalho que seja pessoalmente interessante e significativo para o colaborador, com sentimento de realização, possibilidade de uso de habilidades e capacidades, possibilidade de desempenho, variedade de tarefas, responsabilidade, autonomia na tomada de decisões, clareza de papéis e ausência de conflito nestes, avaliação positiva do desempenho no trabalho, harmonia e integração interpessoal, ausência de fadiga física e de monotonia.

Além disso, a maioria dos participantes demonstra estar satisfeita em relação à forma como percebem seu trabalho, a como este os absorve e à percepção de integração nas atividades que exercem. A satisfação no trabalho, decorrente da autoavaliação sobre ele, é influenciada pela medida na qual o trabalho é percebido pelos indivíduos em consonância com seus valores pessoais. (MARTINEZ; PARAGUAY, 2003)

Os participantes relataram ainda, sentir prazer naquilo que fazem. Pode-se perceber, portanto, que centrando-se foco no conteúdo do trabalho como determinante da satisfação com o próprio e com seu desenvolvimento, a maioria dos participantes encontra, no labor, a satisfação necessária para conduzi-lo em harmonia com suas expectativas. Quanto à natureza do trabalho, a maioria dos pesquisados relatou satisfação no que se refere à função ocupada e ao trabalho exercido.

Satisfação com as promoções

Pelo conjunto de respostas que representam o grau de satisfação de cada indivíduo, no que diz respeito às promoções no trabalho, observa-se pela média (4,15) que esses participantes – os garis – assumem um posicionamento neutro, o qual sugere certa indiferença. Há evidências de que não há e nunca houve promoções na função que exercem, salvo em casos de impossibilidade de continuar exercendo a função quando, portanto, são encaminhados para outro setor e, às vezes, são promovidos às chefias. Esse fator é considerado por eles gerador de desmotivação no trabalho.

A partir disso, Siqueira e Gomide Jr. (2004) sugerem que exercer a função, comparecer ao trabalho, permanecer na organização, contribuir espontaneamente, dentre outros aspectos, são atos de trabalho que definem maneiras de o colaborador manter relações de troca com sua chefia. Por outro lado, decorrentes dos atos de trabalho, o contribuinte espera ter os esforços que despense em favor das organizações retribuídas, muitas vezes, através de promoções. Os resultados encontrados neste estudo são coerentes com as contribuições desses autores, visto que a maioria dos indivíduos afirmou sentir-se indiferente ou insatisfeita em relação às promoções no trabalho, e que gostariam de recebê-las em razão dos esforços que dispõem.

Depreende-se que a reciprocidade organizacional é aspecto comprometido na organização empregadora, pois os garis indicam nutrem crenças sobre retribuições da organização, que, de fato, não ocorrem. Agregam às percepções de reciprocidade organizacional as crenças sobre o reconhecimento (material ou psicológico) pelo trabalho e pelo esforço realizado. Os participantes percebem

a organização como “devedora” e isso parece originar-se na inexistência de promoções.

Essa categoria é a que apresenta o maior grau de insatisfação e indiferença. É possível considerar então, que a maioria dos pesquisados não tem perspectivas de futuro e de mudanças em relação ao trabalho realizado.

Considerações finais

Ao longo do processo, os participantes mostraram-se comprometidos com este estudo, pois compareceram na data e local marcados para a coleta de dados mesmo não sendo dia de trabalho da maioria. Isso demonstra, além de respeito e consideração com as pesquisadoras, interesse em colaborar com a produção de conhecimento sobre a profissão, fato que, como pode ser constatado, proporcionou sentimentos de valorização entre os mesmos.

De uma forma geral, o grau de satisfação dos garis em relação às categorias avaliadas é significativamente alto, com destaque para a categoria que avaliou o relacionamento dos trabalhadores com a chefia.

Vários aspectos envolvidos no contexto de trabalho dos participantes foram identificados como positivos: satisfação no trabalho por parte da maioria dos indivíduos; satisfação no relacionamento com a chefia, declarada por todos os participantes; comprometimento no trabalho; satisfação em relação ao salário recebido; prazer em relação às atividades que realizam. O aspecto que menos gera satisfação, entretanto, está associado às possibilidades de promoções; e o aspecto que gera mais indiferença, dentre os avaliados, é a relação com os colegas de trabalho, ressaltando certa fragilidade nas interações sociais estabelecidas.

Assim, apesar de haver um índice elevado de aprazimento na avaliação da maioria das categorias, há aspectos que geram insatisfação em alguns desses trabalhadores. Por exemplo, quatro pessoas manifestaram insatisfação relacionada às promoções no trabalho, pois, segundo elas “não há promoções e nem expectativa de melhorias no trabalho” (SIC). Duas afirmam estarem insatisfeitas com o salário, dado que “é baixo perante a demanda e carga horária de trabalho que é alta” (SIC); e uma pessoa referiu estar insatisfeita com o relacionamento com os colegas, visto ter manifestado que “não se pode confiar nos colegas de trabalho” (SIC).

Ficou evidente também que os agentes da limpeza pública têm algumas dificuldades relacionadas à população que, muitas vezes, torna-os “invisíveis” e, outras vezes, desconsidera a presença deles ao jogar o lixo produzido no chão. Isso, de acordo com os participantes, demonstra falta de respeito e de consideração para com o trabalho que realizam, o que, de algum modo, influencia a realização das atividades, vez que tal fato é considerado por eles como desmotivador.

Ainda que tais achados sejam evidentes, níveis elevados de satisfação sugerem reflexões sobre os mesmos: será que há resistência por parte dos garis para falar sobre uma possível insatisfação no trabalho? Se isso pode ter acontecido, por quê? Talvez por medo de os resultados da pesquisa serem divulgados à chefia e à população? Será que um varredor de rua, mesmo com todas as dificuldades que enfrenta, não pode se sentir satisfeito no trabalho?

É preciso conjecturar ainda, se a elevada satisfação evidenciada pela maioria dos participantes pode estar fundamentada no salário percebido e nos benefícios auferidos, tais como vale-alimentação, plano de saúde e bolsa de estudo. Outro aspecto preditor de questionamentos

que se associam aos resultados encontrados é a baixa escolaridade que pode tê-los tornado, em alguma medida, alienados ou conformados com a situação e acríticos.

Em razão de tais questionamentos, é pertinente considerar a inesgotabilidade de reflexões a respeito do tema ora tratado, dado que se reconhece a importância de novos estudos e pesquisas que ampliem o conhecimento a seu respeito. A insuficiente quantidade de pesquisas empíricas sobre o assunto em foco é limitação identificada que obsta a proposição de um conjunto teórico mais significativo.

Referências

ALBUQUERQUE, A.S. **Bem-estar subjetivo e sua relação com personalidade, coping, suporte social, satisfação conjugal e satisfação no trabalho**. 2004. Tese (Doutorado), Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

BOM SUCESSO, E.P. **Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Qualitymark, 2002.

BORGES, L.O.; YAMAMOTO, O.H. O Mundo do Trabalho. In: ZANELLI, J.C.; ANDRADE, J.B.; BASTOS, A.V.B. (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. São Paulo. Artmed, 2004.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO**. 3.ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010.

BRIDGES, W. Guiando a organização distribuída. In: HESSELBEIN, F.; GOLDSMITH, M.; SOMERVILLE, I. **Liderança para o século XXI**. São Paulo: Futura, 2000.

CAÑETE, I. Qualidade de vida no trabalho: muitas definições e inúmeros significados. In: BITTENCOURT, C. e cols. **Gestão Contemporânea de Pessoas**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. [CD Capítulos Complementares].

CASTEL, R. **As Metamorfoses da Questão Social**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1998.

CODA, R. Satisfação no trabalho e características das políticas de recursos humanos para executivos. 1986. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 1986.

CRANNY, C.J.; SMITH, P.C.; STONE, E.F. **Job satisfaction: how people feel about their jobs and how it affect their performance**. New York: Lexington Books, 1992.

CURA, M.L.A.D. **Satisfação profissional do enfermeiro**. 1994. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1994.

DETONI, J.D. **Importância do trabalho para os indivíduos**. Florianópolis, SC. 2008. Disponível em: <<http://vi.shvoong.com/social-sciences/economics/1823064-import%C3%A2ncia-trabalho>>. Acesso em: 18 mai. 2013.

FRASER, T.M. **Human stress, work and job satisfaction: a critical approach**. Germany. International Labour Office, 1983.

HACKMAN, J.R.; OLDHAM, G.R. Development of the Job diagnostic survey. In: **Journal of Applied Psychology**. [s.l.], v.60, n.2, p.159-70. 1975.

HELOANI, J.R.; CAPITAO, C.G. **Saúde mental e psicologia do trabalho**. In: **Perspectiva**. São Paulo. v.17, n.2, p.102-108. jun. 2003.

KANAN, L.A. **Características do processo de vinculação de coordenadores de curso com o trabalho e com a universidade**. Tese (Doutorado). Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2008.

KLIJN, T.M.P. **Satisfação no trabalho de mulheres acadêmicas da Universidade de Concepción**. Chile. 1998. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1998.

LEITÃO, S.P.; FORTUNATO, G.S.; FREITAS, A.S. Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. In: **Rev. Adm. Pública**. [s.l.], v.40, n.5. p.883-907. 2006.

LENNART, L. O guia da Comissão Europeia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: ROSSI, A.M. et al. **Stress e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Atlas, 2010.

LEVERING, R. **Um excelente lugar para se trabalhar: o que torna alguns empregadores tão bons (e outros tão ruins)?** Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 1986.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002.

_____. **Qualidade de Vida no Trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMONGI-FRANÇA, A.C.; ARELLANO, E.B. Qualidade de vida no trabalho. In: LIMONGI-FRANÇA, A.C. **As pessoas na organização**. São Paulo: Editora Gente, 2002. p.295-305.

LOCKE, E.A. The nature and causes of job satisfaction. In: DUNNETTE, M.D. (Ed.). **Handbook of industrial and organizational Psychology**. Chicago, Rand-McNally, 1976. p.1297-1349.

MARTINEZ, M.C. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. In: **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v.6, p.59-78. 2003.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B.B. Satisfação e saúde no trabalho – Aspectos conceituais e metodológicos. In: **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v.6, p.59-78. 2003.

MIRANDA, R. **Bem-estar no trabalho: isso existe?** 2006. Disponível em: <http://www.corenp.gov.br/internet/072005/noticias/cuidese/bem_estar_no_trabalho_isso_existe.pdf>. Acesso em: set. 2012.

MORIN, E. Os sentidos do trabalho. In: WOOD, T. (Ed.). **Gestão empresarial: o fator humano**. São Paulo: Atlas, 2002. p.13-34.

MORIN, E.; TONELLI, M.J.; PLIOPAS, A.L.V. O trabalho e seus sentidos. In: **Psicologia & Sociedade**. n.19, Edição Especial 1, p.47-56. 2007.

MUCHINSKY, P.M. **Psicologia Organizacional**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.

NORD, W.R.; FOX, S. **O indivíduo nos estudos organizacionais: o grande ato de desaparecimento?** Handbook de Estudos Organizacionais. São Paulo: Atlas, 2004.

OLIVEIRA, J.; SANTOS, M. **Saúde dos trabalhadores que realizam limpeza urbana em Osasco**. São Paulo: [s.n.], 2005.

PÉREZ-RAMOS, J. Motivação no trabalho: abordagens teóricas. In: **Psicologia**. São Paulo. v.1, n.2. p.127-140. 1990.

PRADO, C.G. **Investigando a saúde mental: as relações entre suporte organizacional, satisfação e sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho**. 2005. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2005.

QUARSTEIN, V.A.; McAFEE, R.B.; GLASSMAN, M. The situational occurrences theory of job satisfaction. In: **Human Relations**. v.45, n.8, p.859-73. 1992.

RIBEIRO, C.A.O.; CAMPOS, L.N.M. Qualidade de vida no trabalho. In: **Revista Tecer**. Belo Horizonte. v.2, n.2, p.28-39. 2009.

RODRIGUES, M.V. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial**. Petrópolis: Vozes, 2008.

SANTOS, G.O.; SILVA, L.F.F. Há dignidade no trabalho com o lixo? Considerações sobre o olhar do trabalhador. In: **Rev. Mal-Estar Subj.**, v.9, n.2, p.689-716. 2009.

SANTOS, M.C.O. Apropriando-se do trabalho: um estudo sobre a atividade dos garis –coletores de lixo. 2004. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

SANTOS, M.C.O. et al. Desregulamentação do trabalho e desregulação da atividade: o caso da terceirização da limpeza urbana e o trabalho dos garis. In: **Prod.** São Paulo. v.19, n.1. apr. 2009.

SATO, L.; SCHMIDT, M.L.S. Psicologia do trabalho e psicologia clínica: um ensaio de articulação focalizando o desemprego. In: **Estud. psicol.** Natal. v.9, n.2, p.365-371. 2004.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertação. 3.ed. rev. atual. Florianópolis, Laboratório de ensino à distância da UFSC, 2005.

SILVA, W.R. **Motivação no trabalho**. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 1997.

SILVEIRA, E.A.A.; ROBAZZI, M.L.C.C.; LUIS, M.A.V. Varredores de rua: acidentes de trabalho ocorridos na cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. In: **Rev.latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto. v.6, n.1, p. 71-79, jan. 1998.

SIQUEIRA, M.M.M. **Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: análise de um modelo pós-cognitivo**. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília. 1995.

SIQUEIRA, M. M. M. **Medidas do comportamento organizacional**: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre. Artmed, 2008.

SIQUEIRA, M.M.M.; GOMIDE, J.R.S. Vínculos do Indivíduo com o trabalho e a Organização. In: ZANELLI, J.C.; ANDRADE, J.B.; BASTOS, A.V.B. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. São Paulo. Artmed, 2004.

SPECTOR, P.E. **Psicologia nas organizações**. Tradução da 2.ed. Americana. São Paulo: Saraiva, 2004.

STEUER, R.S. **Satisfação no trabalho, conflito e ambiguidade de papéis: estudo junto às enfermeiras da Maternidade-Escola do Município de São Paulo**. 1989. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo. 1989.

TOLFO, S.R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. In: **Psicologia & Sociedade**. v.19, Edição Especial 1, p.38-46. 2007.

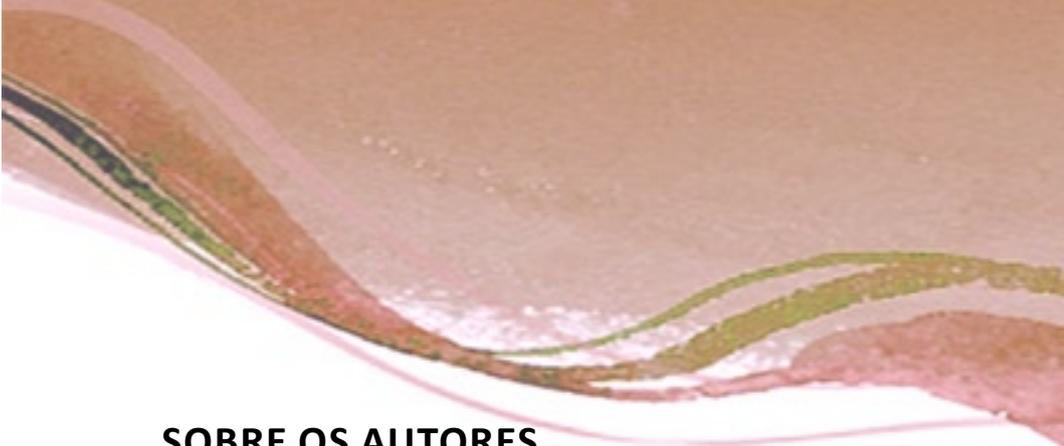
VALLE, A. R. Afeto no trabalho: o que se discute na literatura nacional. Psicologia para América Latina-Psicolatina, n.3. fev. 2005.

VASCONCELOS, R.C. **A gestão da complexidade do trabalho do coletor de lixo e a economia do corpo**. 2007. Tese (Doutorado). Faculdade de Engenharia de Produção. UFSCAR. São Carlos, 2007.

VASCONCELOS, R.C. et al. A estratégia de “redução” e a carga de trabalho dos coletores de lixo domiciliar de uma grande cidade: estudo de caso baseado na Análise Ergonômica do Trabalho. In: **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v.33, n.117, p.50-59, 2008.

WARR, P.B. **Work, happiness e unhappiness**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.

ZANELLI, J.C. (Coord). **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.



SOBRE OS AUTORES

Ana Caroline da Silva: Psicóloga. Graduada pela Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), em Lages, SC. **E-mail:** anacarol.solove@hotmail.com

Aline Gabriele Melo de Andrade: Graduada em Biomedicina pela Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), em Lages, SC. **Email:** alinha_andrade@msn.com

Anderson Stevens: Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), em Lages, SC. Atualmente é médico concursado da Estratégia de Saúde da Família do Município de Lages e professor do Curso de Medicina (UNIPLAC) no internato em Prática da Saúde da Comunidade; atuando no Programa de Residência Médica em Medicina de Família. **E-mail:** andersonstevens@bol.com.br

Anelise Viapiana Masiero: Doutora em Odontologia (Endodontia) pela USP. Foi gestora de Pesquisa da Pró-Reitoria de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação (UNIPLAC). Coordenadora do PPG – Mestrado em Saúde Coletiva. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIPLAC, de 2007 a 2009. Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação da UNIPLAC, de 2009 a 2012. Docente da UNIPLAC com atuação no Curso de Odontologia Social e Preventiva (distribuição e determinantes do traumatismo dental; estudo das

afecções bucais – patologias pulpares e periapicais). **E-mail:** avmasiero@gmail.com

Angela Carla Ghizoni: Mestre em Saúde Coletiva (UNIPLAC). Docente nas disciplinas: Saúde Coletiva, Anatomia Humana e Anatomia Aplicada junto à Universidade do Planalto Catarinense; e de Anatomia, para o curso Técnico em Radiologia no Sistema de Ensino Energia de Lages/SC. Membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE) dos cursos de Fisioterapia e Tecnologia em Cosmetologia e Estética – Corporal, Facial e Capilar, da UNIPLAC. Detentora de experiência em Fisioterapia clínica: ortopedia, traumatologia, neurologia, promoção da saúde e prevenção de doenças. **E-mail:** angelacgfisio@yahoo.com.br

Antônio Fernando Boing: Doutor em Ciências Odontológicas (USP). Professor adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Desigualdades Sociais em Saúde. Bolsista de Produtividade em Pesquisa nível 2 do CNPq. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Desigualdades Sociais em Saúde. **E-mail:** antonio.boing@ufsc.br

Caroline Colla Viana: Mestre em Saúde Coletiva (UNIPLAC) e fisioterapeuta. **E-mail:** carolinecolla@yahoo.com.br

Eduardo de Souza Andrade: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense (2012). Especialização - Residência médica em Cirurgia geral no Hospital São José, HSJ, Criciúma - SC. Contato: e-mail: e_sandrade@hotmail.com

Everley Rosane Goetz: Doutora e mestre em Psicologia (UFSC), especialista em Psicopedagogia (UNIR), graduada em Psicologia (UCPel). Professora Visitante no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Colaboradora do Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense

(UNIPLAC). Pesquisadora colaboradora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Intervenção Terapêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação psicológica, construção e validação de instrumentos (desenvolvimento e saúde). Formação clínica em Psicoterapia Materno-Infantil, com atuação em psicologia clínica, em perícias e assessorias técnicas. **E-mail:** evegoetz@terra.com.br

Fabiana Medeiros Branco: Especialista em Saúde da Família e Comunidade (UNIPLAC); Enfermagem do Trabalho (Instituto de Pós-Graduação e Extensão); e Enfermagem em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais. Atualmente atua como Enfermeira na UTI neonatal e pediátrica (Hospital Infantil Seara do Bem – Lages/SC). **E-mail:** fabianabranco18@hotmail.com

Fernanda Cristina de Augustinho: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense. Especializações: foi residente do Hospital Santa Isabel em Blumenau-SC e atualmente é médica residente de gastroenterologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de Santiago.- UFSC Florianópolis-SC. **E-mail:** fernanda_augustinho@hotmail.com

Fernanda de Matia: Especialista em Saúde da Família. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UNIPLAC). Gerente de Enfermagem no Hospital Infantil Seara do Bem, em Lages (SC). **E-mail:** enfermagem@hisb.org.br

Giana Zarbato Longo: Doutora em Saúde Pública – Epidemiologia (USP). Atualmente é professora adjunta II do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa (DNS/UFV). Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Epidemiologia: epidemiologia

nutricional, doenças crônicas, obesidade, adultos, estudo de base populacional. Ministra disciplinas de bioestatística, epidemiologia nutricional e métodos estatísticos em saúde (graduação e pós-graduação). Orientadora de doutorado e mestrado. **E-mail:** gianalongo@yahoo.com.br

Gino Chaves da Rocha: Doutor em Ciências- Saúde Pública (Fiocruz). Tem experiência em: Parasitologia Veterinária, Paleoparasitologia, Epidemiologia e Saúde Pública Humana e Veterinária, atuando principalmente nos seguintes temas: paleoparasitologia (doenças infecciosas e parasitárias do passado), vigilância epidemiológica e sanitária, epidemiologia de zoonoses, doenças emergentes e reemergentes, biologia e controle de vetores ápteros. Professor adjunto da Universidade de Brasília (FAV/UnB) – Área de Saúde Animal (disciplina) e pelo Laboratório de Parasitologia e Doenças Parasitárias. **E-mail:** ginorochoa@unb.br

Gisela Ana Cislaghi: Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde Coletiva (UNIPLAC). Foi docente do curso de Odontologia (UNIPLAC). Atua em consultório há mais de 20 anos. **E-mail:** giselacislaghi@gmail.com

Izabella Barison Matos: Doutora em Ciências – Saúde Pública (Fiocruz). Professora adjunta da Universidade Federal da Fronteira SUL (UFFS) Campus Chapecó (SC); faz parte do corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) da UFRGS. Durante 20 anos atuou - no ensino, na pesquisa, na extensão e na gestão - em universidades comunitárias catarinenses (UNOESC e UNIPLAC) e gaúcha (UNIJUÍ). Há três décadas trabalha pela interiorização do ensino em seus diferentes níveis. Áreas de interesse em pesquisa: Saúde Coletiva, Formação em Saúde, Políticas Públicas de educação e de saúde. É pesquisadora da Rede – Observatório do Programa Mais Médicos. **E-mail:** izabmatos@gmail.com

Janaina Carla Santana Lima: Médica com Residência em Medicina da Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) em Lages/SC. Atua na área na Região Serrana de Santa Catarina. **E-mail:** janacarla@gmail.com

Jean Carlos Antunes dos Santos: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense. Médico - Saúde da Família em Campo Erê - SC. **E-mail:** jeanalpestre@yahoo.com.br

Jossara Cattoni Araldi: Mestre em Saúde Coletiva (UNIPLAC). Tem formação em Orientação Profissional (Instituto do Ser). Especialista em Terapia Familiar e de Casal (Gruppos e Uniguaçu); e em Terapia Cognitiva (Instituto Catarinense de Terapia cognitiva – ICTC). É docente dos cursos de Psicologia, Enfermagem e Fisioterapia do Centro Universitário FACVEST. **E-mail:** jossarapsi@yahoo.com.br

Juliano Puccini Vieira: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense. Especialização em saúde da família - Universidade Estácio de Sá, UNESA, Brasil. Atualmente é Médico do Centro de Saúde Costeira do Pirajubaé. **E-mail:** julipuccini@yahoo.com.br

Karen Glazer Peres: Doutora em Saúde Pública (USP). Líder do grupo de pesquisa (GEOSC). Professora do corpo permanente do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada do Australian Research Centre for Population Oral health, Australia. Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq (nível 1D). **E-mail:** karengp@ccs.ufsc.br

Kathie Njaine: Doutora em Ciências – Saúde Pública (Fiocruz). Pesquisadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli – Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/FIOCRUZ).

Atua na área de ensino e pesquisa sobre violência e saúde; avaliação de programas e serviços em saúde; violência e juventude; mídia e violência; e prevenção da violência. Coordenadora de cursos à distância sobre impactos da violência na saúde. **E-mail:** knjaine28@gmail.com

Lilia Aparecida Kanan: Pós-Doutoramento em curso (Instituto de Psicologia da Universidade de Lisboa), doutora em Psicologia (UFSC), mestre em Administração (UFSC), graduada em Psicologia (Universidade Tuiuti do Paraná). Professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ambiente e Saúde (UNIPLAC). Integra a Diretoria Nacional da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia. Tem experiência na área de Psicologia – ênfase em Saúde do Trabalhador e Psicologia Organizacional e do Trabalho. Atua nos seguintes temas: vínculos nas organizações, comportamento humano nas organizações, psicologia do trabalho, saúde do trabalhador, Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), bem-estar no trabalho, formação em PO&T, entre outros. Atualmente é Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação da UNIPLAC (SC). **E-mail:** lilia.kanan@gmail.com

Lúcia Ceccato de Lima: Doutora em Engenharia Ambiental (UFSC), mestre em Educação (UFSC), graduada em Ciências Biológicas (UFSC). É professora e coordenadora adjunta do Mestrado em Educação – PPGE/UNIPLAC e professora do Mestrado em Ambiente e Saúde – PPGAS/ UNIPLAC. É líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Ambiente, Educação e Saúde – GEPES AMBIENS. Atuação: relações dos seres humanos com o ambiente e formação de professores nas áreas – Educação Ambiental, Saúde, Ciências Ambientais, Gestão Ambiental, Ambientalização, Educação Científica e Tecnológica e Formação de Professores. **E-mail:** ceccato@brturbo.com.br

Maria Conceição de Oliveira: Doutora Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC). Professora adjunta da Universidade Federal da Fronteira SUL (UFFS) *Campus de Chapecó* (SC). Áreas de interesse e atuação: Saúde Coletiva, e Saúde da Família e Comunidade, com ênfase em Socioantropologia da Saúde. Integrante do Fórum Parlamentar da Agricultura Agroecológica e Sustentável de Santa Catarina. Coordenadora do Curso de Graduação em Medicina (UFFS). **E-mail:** mcoliveira14@gmail.com

Marina Patrício Arruda: Doutora e mestre em Serviço Social (PUC-RS), com pós-doutorado em Educação (PUC-RS). Graduada em Ciências Sociais. Professora e Pesquisadora dos Programas de Pós-Graduação em Educação (PPGE), e em Ambiente e Saúde (PPGAS) da UNIPLAC. Tem experiência na área de Educação e Saúde, com ênfase em temas relacionados às Linhas de Pesquisa: Educação, Processos Socioculturais, Sustentabilidade e Meio Ambiente, Saúde e Qualidade de vida. Discute as contribuições da Teoria da Complexidade para a formação humana, Educação Permanente, Educação para Inteira, Transição paradigmática em educação e saúde, Mediação de emoções e amorosidade com várias publicações na área. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Educação, Saúde e Qualidade de Vida (GepesVIDA UNIPLAC). **E-mail:** marininh@terra.com.br

Maria Sueli Heberle Mafra: Bolsista de Pós-doutorado no Programa de Pós-graduação – Mestrado em Ambiente e Saúde na UNIPLAC, desde março de 2014. Doutora e mestre em Manejo do Solo (UDESC), graduada em Engenharia Agrônoma com Licenciatura em Ciências Agrárias (USP). Especialista em Extensão e Desenvolvimento Rural Sustentável, e em Agricultura Biológico Dinâmica pela Universidade de Uberaba. Tem experiência na área de extensão rural e assistência técnica agropecuária,

desenvolvimento rural sustentável, agroecologia, agroecossistemas e agrobiodiversidade. **E-mail:** mshmafra@gmail.com

Marli Adelina Souza: Mestre em Farmácia (UFSC). Membro da Comissão Avaliadora de Curso de Graduação - Conselho Estadual de Educação. Membro do Grupo de Estudos em Medicina (UNIPLAC). Bioquímica do Hemocentro Regional de Lages (SC). Experiência em: Imunologia, ênfase Sorologia para bancos de sangue, Imuno-hematologia e Processamento do Sangue e Controle de Qualidade. É auditora da Hemorrede de Santa Catarina e Avaliadora do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede - PNQH - Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados - Ministério da Saúde. **E-mail:** marlisouza@uniplac.net

Maycon Tadei Flores: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense. Médico - Saúde da Família em São Lourenço do Oeste – SC. **E-mail:** maycon_flores@yahoo.com.br

Rodrigo Comnisky Berlatto: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense. Especialização em Pediatria pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão-Florianópolis - SC. Atua em Pato Branco - PR. **E-mail:** rodrigoberlatto@hotmail.com

Rosemary Alves de Marafigo: Psicóloga, graduada pela Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). **E-mail:** rosemary22@globo.com

Samuel Antonio Freitas: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense. Especialização em Saúde da Família - UFSC. É clínico generalista, emergencista e integrante do PROVAB. Médico da Estratégia da Família em Irani - SC. **E-mail:** samuel.freitas.90813@facebook.com

Silvia Cardoso Bittencourt: Doutora Interdisciplinar em Ciências Humanas (UFSC), mestre em Saúde Pública (UFSC), graduada em Medicina (UFSC). Atua como pesquisadora e docente nas áreas: Saúde Coletiva e Ciências Humanas, com ênfase nos seguintes temas: interdisciplinaridade, história da farmacologia, história das ciências da saúde, plantas medicinais, medicamentos, itinerários terapêuticos, atenção primária em saúde e bioética. **E-mail:** scbflor@hotmail.com

Tássio Dresch Rech: Doutor em Agronomia – Produção vegetal (UFPR), mestre em Agronomia (solo e nutrição de plantas) pela Universidade Federal de Viçosa, graduado em Agronomia (UFSC). É pesquisador da Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina /Epagri e professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde/PPGAS da UNIPLAC. Atua na pesquisa em Ciência do Solo e Produção Vegetal, com foco no desenvolvimento de práticas e sistemas de cultivo que maximizem a quantidade e a qualidade da água infiltrada no solo em diferentes sistemas agroecológicos de produção. **E-mail:** tassiodr@gmail.com

Vanessa Bonfanti: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense. Especialização em Residência de Clínica Médica do Hospital Santa Isabel - Blumenau SC. Atualmente residente de Cardiologia na empresa Instituto de Cardiologia De Santa Catarina. **E-mail:** vanessa.bonfanti.92@facebook.com

Vanessa Pillon Engroff: Graduação em Medicina pela Universidade do Planalto Catarinense. Especialização - Residência de Ginecologia e Obstetrícia Universidade Federal de Santa Maria interrompida em 2014. Atualmente Médica Residência de Cirurgia Geral no Hospital São José - Jaraguá do Sul - SC. **E-mail:** vanessinha_pillon@yahoo.com.br



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Arte Popular, Cultura e Poesia

Atenção Básica e Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Clássicos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Saúde & Amazônia

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Vivências em Educação na Saúde

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br