

**NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE,
O PROBLEMA DO CONHECIMENTO**



ISSN 0100000-31 132



Saberes Plurais: Educação na Saúde

Revista eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

Comitê Editorial Acadêmico:

Clécio Homrich da Silva
Daniel Faustino Demétrio da Silva
Danilo Blank
Denise Bueno
Fabiana Schneider Pires
Franklin Delano Soares Forte
Luiz Fernando Calage Alvarenga
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Roger dos Santos Rosa

Comitê Editorial Executivo:

Fabiana Schneider Pires
Paulo Peixoto de Albuquerque
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Secretaria:

Bolsista Stéfani Moura

Copyleft:

Permitidas cópia, distribuição, exibição e utilização dos conteúdos nas seguintes condições: mencionar a fonte de atribuição (título do texto, autoral, editorial, ano); não se permite a utilização dos textos para fins comerciais. Manter essas condições para outros espaços educativos: somente está autorizado o uso parcial ou alterado dos textos para a produção de outros documentos sempre que estas condições de licença se mantenham para o texto resultante.

<http://seer.ufrgs.br/saberesplurais>

Contato: saberesplurais@ufrgs.br

Sumário

Editorial

- Atenção/Reflexão/Receptividade.....02
Paulo Peixoto de Albuquerque, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Fabiana Schneider Pires

Artigos especiais

- A ambiência como ferramenta de humanização e tecnologia07
Eliana Ferreira Bender, Paulo Cauhy Petry

Experiências docentes e discentes

- Integração ensino-serviço-comunidade no curso de Medicina: um relato de experiência.....15
Tammy Stephanie Massolin Albrecht Costa, Graciela Soares Fonsêca

- Ensino na saúde – um convite para o cinema.....27
Paula Baptista Sanseverino

Ensaio e debates

- Rede de atenção aos jovens em vulnerabilidade para além da saúde: algumas reflexões.....35
Valter Fernando Farias Lemos Junior

Pesquisas

- A judicialização da saúde em três municípios da região centro do Rio Grande do Sul.....48
Francisco Roberto de Avelar Bastos, Anderson Alberto Gonçalves Alves, Leonardo Rafael Soares Ribeiro, Rafael Nunes Perufo

- Educação e trabalho interprofissional em saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil: análise da produção científica de 2010 a 2017.....70
Fernanda Hilgert Mallmann, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

- Violência sexual e assistência à saúde: quando o homem sofre a agressão.....85
Manuela Darosci, Luciana Patrícia Zucco, José Pedro Simões Neto

Resenhas

- Quando uma resenha é mais, um convite à leitura.....97
Carmen Lucia Bezerra Machado

Editorial

ATENÇÃO/REFLEXÃO/RECEPTIVIDADE

Por que refletir sobre processos de Ensino na Saúde para uma ação educadora? Por opção metodológica consciente ou, pelo contrário, por falta de opção?

O Ensino na Saúde (material ou imaterial) nas suas diferentes formas de organização tem sido focalizado por vários pontos de vista, tal como ocorre com outros objetos de estudo. Nenhum, entretanto, passou a ter tanta evidência e a ser discutido nos mais diversos fóruns como o tema do trabalho intelectual como necessário e fundamental para a formação de profissionais da saúde.

A cultura produtivista do trabalho intelectual – os artigos – aparecem na maioria dos discursos, seja das universidades privada ou das públicas, como sinônimo de eficácia que demonstram como os atores sociais no processo de trabalho expressam suas competências para o alcance de objetivos propostos pelos programas de pós-graduação.

Por isso se faz necessário ter presente os seus diferentes significados, bem como o papel e a importância deste tema no cotidiano de um coletivo como o do Mestrado Profissional Ensino na Saúde.

Se ensinar é construir estratégias de formação, é aprender a aprender, criar, construir conhecimentos na mediação entre sujeitos, então aquilo que referencia aquele que aprende e aquele que ensina pode estar em um texto, em um livro, em uma revista, desde que nestes suportes da informação estejam as questões que fazem avançar o conhecimento.

Que queremos? Que fazer? São as perguntas que este conjunto de textos da **Revista Saberes Plurais**, v. 3, n. 1, de agosto de 2019, busca responder. São respostas plurais que anunciam, apresentam cenários que na área da saúde não expressam qualquer realidade, mas aquilo interessa àqueles que tem por fazer o Ensino na Saúde.

Nesta lógica ou com esta intencionalidade, os textos aqui apresentados, sinalizam a capacidade dos autores em chamar atenção para determinados temas e, assim fazendo, refletir sobre o modo como intervir na realidade vivenciada nos espaços da saúde para transformá-la: esta é uma das razões desta Revista. Uma outra razão é propor assuntos atuais ou inovadores vinculados as questões que mobilizam o fazer daqueles que estão envolvidos com o Ensino na Saúde.

A sua pertinência deriva, não só dos múltiplos olhares, mas da possibilidade que o leitor tem leitura na leitura dos textos que invariavelmente abrem pistas de pesquisa pelo compartilhar experiências ou até mesmo pela vibração comum sobre determinado assunto.

Este número tem uma grande variedade de temas. Os artigos, na sua multiplicidade ou na sua pluralidade analítica servem para disparar processos de conexão, informação e inteligibilidade; são formas que trazem experiências densas relacionadas ao compromisso de cada um com a saúde. Compromisso que materializa a criação de um texto cujo sentido está na mudança ou no desejo de pensar o Ensino na Saúde a partir de outros elementos.

Os diferentes estilos/traços da escrita revelam o desejo de comunicação (conexão/percepção/consciência) sobre temáticas que normalmente passam subsumidas no cotidiano daqueles que trabalham nas instituições de saúde.

O primeiro artigo intitulado **A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO E TECNOLOGIA**, de Eliana Ferreira Bender e Paulo Cauhy Petry, nos diz da Política Nacional de Humanização como estratégia que busca a qualidade dos serviços, a partir da corresponsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais da saúde. Destaca a valorização da ambiência com organização de espaços saudáveis e acolhedores, a fim de neutralizar os impactos da internação. O texto ressalta o conceito de conceitos de ambiência hospitalar como central na/da humanização das instituições hospitalares e como forma de resgate da dignidade humana.

O segundo, **INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**, de Tammy Stephanie Massolin Albrecht Costa e Graciela Soares Fonsêca, relata a experiência de integração ensino-serviço-comunidade, a partir do olhar de uma estudante, durante os três primeiros semestres de um curso de Medicina. O diferencial deste texto está na sua narrativa que identifica nas vivências o trinômio que anima a Universidade: ensino, pesquisa, extensão. Além disso, anuncia que na proposta técnica - integração ensino-serviço-comunidade – está também o compromisso político da Universidade que na sua proposta de educação contribui para o fortalecimento das políticas públicas na área da saúde.

O terceiro, intitulado **EDUCAÇÃO EM SAÚDE – UM CONVITE PARA O CINEMA** de Paula Baptista Sanseverino convida o leitor a explorar uma visão sobre o imaginário proposto pelo cinema. Sua construção traz questões relacionadas ao processo de ensino-aprendizagem analisando as representações entre o ensinar e o aprender. O artigo insinua que as cenas, as imagens propostas pelo discurso cinematográfico pode ser uma

alternativa para compreender a complexidade da educação em saúde, na medida em que não apresenta separadamente imaginário/intenção, compreensão.

O quarto, **REDE DE ATENÇÃO AOS JOVENS EM VULNERABILIDADE PARA ALÉM DA SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES**, de Valter Fernando Farias Lemos Junior, aponta para as dissonâncias da Rede de Atenção à saúde aos jovens em situação de drogadição e vulnerabilidade social no Brasil frente aos princípios legais da Atenção Integral na Saúde. Seu texto é forte, na medida em que traz para a reflexão a questão nodal para quem pensa e está comprometido com o cuidado em saúde: a relação fundamental entre Atenção Integral e Direito à saúde. O autor, nestes tempos de desmanche dos serviços públicos, está a nos dizer que o direito cidadão se materializa no acesso às políticas públicas e defende o Sistema Único de Saúde, seus princípios de integralidade, equidade e universalidade como um direito público garantido pelo Estado.

O quinto, intitulado **A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO DO RIO GRANDE DO SUL**, de Francisco Roberto de Avelar Bastos, Anderson Alberto Gonçalves Alves, Leonardo Rafael Soares Ribeiro e Rafael Nunes Perufo, tem por tema a judicialização da saúde. Analisa as implicações do fenômeno da judicialização do direito à saúde no país e seus desdobramentos e/ou riscos, pois pode se apresentar como uma interferência indevida ou problemática do Judiciário nas políticas públicas. O texto traz informações que nos permite compreender, no contexto cada vez menos democrático contemporâneo, como e porque os vínculos entre acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde pode ser importante para a garantia e promoção dos direitos de cidadania, como também para os avanços das políticas públicas na assistência às pessoas.

O sexto artigo, **EDUCAÇÃO E TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE 2010 A 2017**, de Fernanda Hilgert Mallmann e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, tem por temática a interprofissionalidade no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Este texto interessa a todos que entendem a necessidade de uma estratégia que faça avançar na perspectiva do cuidado integral, bem como para ampliar a resolutividade nos demais níveis de atenção no Sistema Único de Saúde. Ao analisar a produção científica nacional em relação à educação e trabalho interprofissional no contexto da APS os autores estão a nos dizer que a experiência de trabalho interprofissional nesses serviços de saúde pode ser construída ou operacionalizada a partir da colaboração e a integração entre diversos núcleos de saberes e práticas, todavia, ainda se apresenta como um desafio posto tanto para a formação de profissionais da saúde quanto para o fortalecimento do trabalho em equipe.

O sétimo artigo intitulado, **VIOLÊNCIA SEXUAL E ASSISTÊNCIA À SAÚDE: QUANDO O HOMEM SOFRE A AGRESSÃO**, de Manuela Darosci, Luciana Patrícia Zucco e José Pedro Simões Neto, aborda a caracterização da população de homens atendidos em situação de violência sexual no serviço de Urgência e Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Ao inverter o foco e a atenção ao destacar outro gênero que não o feminino os autores estão a nos dizer que não é possível generalizar ou delimitar os efeitos da violência sexual, uma vez que a gravidade e a extensão das consequências dependem de particularidades da experiência de cada vítima. Contudo, é importante pensar o assunto sob a ótica da singularidade de cada indivíduo para não cair em um reducionismo ou generalismo da questão. Cada pessoa que sofre violência sexual é potencial vítima de uma ou mais consequências descritas anteriormente e por isso é importante que os serviços e/ou profissionais de assistência estejam capacitados para enfrentar essa situação extremamente complexa e desafiadora.

Fechando este número da Revista Saberes Plurais, a resenha **QUANDO UMA RESENHA É MAIS, UM CONVITE À LEITURA**, de Carmen Lucia Bezerra Machado, articula a perseguição às ‘bruxas’ e a exigência capitalista num ataque genocida contra as mulheres, seus saberes e suas resistências

Pela descrição dos artigos, você leitor, pode perceber, não só a plasticidade dos temas, mas a sequência lógica que traduz uma intencionalidade que evidencia o engajamento dos autores. Os textos têm sua intenção, reparem que entre eles há pausas, silêncios necessários para que o leitor capture o essencial daquilo que querem comunicar.

A palavra escrita tem força energia que vai ressoar no imediato e no mediato do leitor, por isso, refletir sobre as questões/temas alia leitura com aprendizagem que permite a construção de outras perguntas para os tempos que estamos vivenciando.

Nesse sentido, os artigos aqui apresentados podem ser entendidos a partir de dois significados, aparentemente desconectados e excludentes, mas que na verdade se apresentam como complementares. O primeiro, diz respeito ao modo como cada autor entende e lê o mundo, o segundo, de caráter sentencioso modela a intencionalidade do trabalho intelectual que tem no texto a vontade de constituir-se em instrumento pedagógico que busca ampliar o repertório de respostas dos leitores sobre problemas propostos à área da saúde por uma sociedade cada vez mais globalizada.

Atenção/reflexão/receptividade foi o trinômio que mobilizou e centralizou as atenções deste número; o conjunto de textos que deu forma a este número da Revista Saberes Plurais, entretanto, pode ser entendido como a análise combinada de ambiente externo e

ambiente interno do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina, buscando refletir sobre as modificações sociais de uma dada realidade: o campo da Saúde Coletiva.

Mas, é preciso ter presente que, mesmo sendo percebidas nesta perspectiva redutora e normativa, a leitura dos textos não se reduz apenas a uma coleção de olhares sobre a saúde, mas um processo que implica em repensar os conceitos de aprendizado e cultura do trabalho na saúde.

Mais uma vez a **Revista Saberes Plurais**, com este primeiro número de 2019, reitera que aprendizagem não é uma atividade individual, ela ocorre na interação, no intercâmbio com outros, na cooperação; está nos processos de cognição e subjetivação, na produção de conhecimentos sobre ensino na saúde que acontecem simultaneamente como expressão da realidade.

Por isso ou por causa disso: desejamos uma boa leitura!

Paulo Peixoto Albuquerque

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Fabiana Schneider Pires

ARTIGOS ESPECIAIS

A AMBIÊNCIA COMO FERRAMENTA DE HUMANIZAÇÃO E TECNOLOGIA

AMBIENCE AS A TOOL FOR HUMANIZATION AND TECHNOLOGY

EL AMBIENTE COMO UNA HERRAMIENTA DE HUMANIZACIÓN Y TECNOLOGIA

Eliana Ferreira Bender¹

Paulo Cauhy Petry²

Resumo

A Política Nacional de Humanização é uma das estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Configura-se como uma forma de tornar parceiros, tanto usuários como profissionais da saúde, buscando a qualidade dos serviços, em um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos. Tem como uma das suas diretrizes a valorização da ambiência com organização de espaços saudáveis e acolhedores. O processo de internação pode gerar impactos devastadores na vida de qualquer ser humano tornando extremamente importante a criação de estratégias terapêuticas. Um hospital infantil não pode ser caracterizado como um local que atende ‘pessoas pequenas’, mas sim, como uma instituição que contemple as necessidades de um período do desenvolvimento chamado infância. Este artigo recomenda que viabilizar os conceitos de ambiência em hospitais infantis seria um avanço na direção da humanização dessas instituições. Tem o objetivo de analisar, por meio de uma revisão narrativa de literatura, realizada pela pesquisa em periódicos e artigos acadêmicos disponíveis na *internet*, como a ambiência, ou seja, a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis em hospitais infantis, podem servir como um aspecto de humanização. A adoção da ambiência só é factível com o uso de estratégias que envolvam relações de troca entre o profissional de saúde, a criança hospitalizada e seus familiares. Compreende também o uso da própria arquitetura como forma de proporcionar bem-estar à criança e sua família, além de facilitar o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde. A ambiência, como um processo de humanização, é apontada como forma de resgatar a dignidade humana, mas somente será realidade se for compreendida sua real importância e os profissionais se sentirem protagonistas desse processo.

Palavras-chave: Ambiência. Humanização. Tecnologia em Saúde. Hospitalização Infantil.

Abstract

The National Humanization Policy is one of the strategies to achieve the qualification of health care and management in the Public Health System (SUS). Moreover, it is a way to join users as well as health professionals in order to obtain quality service in a project of co-responsibility and qualification of bonds. One of its guidelines is the promotion of ambience with the organization of healthy and friendly spaces. The hospitalization process may cause devastating impact in people’s lives. That is the reason why therapeutic strategies are extremely important. A children’s hospital cannot be characterized as a

¹ Psicóloga. Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ebender@ghc.com.br

² Cirurgião-dentista. Mestre e Doutor em Epidemiologia. Professor associado do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: petry.paulo@gmail.com

place that takes care of smaller people, but an institution that meets the needs of the development period called childhood. This study suggests that implementing the concept of ambience in children's hospitals is an advance towards the humanization of this institution. With the objective of analyzing, through a narrative review of literature, conducted through research in periodicals and academic articles available on the internet, such as the ambience, that is, the creation of healthy, cozy and comfortable spaces in children's hospitals, can serve as an aspect of humanization. Ambience is only feasible with the use of strategies that involve exchange among the health professional, the hospitalized child and their relatives. It also includes the use of architecture itself as a way of providing well-being to the children and their families, as well as promoting the development health professionals work. Ambience, as a process of humanization is pointed out as a way of rescuing human dignity, but it will only be a reality if its real importance is understood and professionals feel they are protagonists in this process.

Keywords: Ambience. Humanization. Health Technology. Child Hospitalization.

Resumen

La Política Nacional de Humanización es una de las estrategias para lograr la cualificación de la atención y de la gestión en salud en el Sistema Único de Salud (SUS). Además, es una forma de tornar socios tanto los usuarios como los profesionales de salud buscando la calidad de los servicios, en un proyecto de corresponsabilidad y calificación de los vínculos. Tiene como una de sus directrices la valorización del ambiente con la organización de espacios saludables y acogedores. El proceso de internación puede generar impactos devastadores en la vida de los seres humanos tornando extremadamente importante la creación de estrategias terapéuticas. Un hospital infantil no puede ser caracterizado como un local que atiende personas pequeñas, pero sí, como una institución que contemple las necesidades de un período del desenvolvimiento llamado infancia. Ese artículo recomienda que viabilizar el concepto de ambiente en los espacios para hospitales infantiles es un avance en la dirección de la humanización de esas instituciones. Con el objetivo de analizar, por medio de una revisión narrativa de la literatura, a través de la investigación en publicaciones de periódicos y artículos académicos disponibles en Internet, como el ambiente, es decir, la creación de espacios sanos, acogedores y confortables en hospitales de niños, puede servir como un aspecto de la humanización. El ambiente solo es factible con el uso de estrategias que involucren relaciones de cambio entre el profesional de salud, el niño hospitalizado y sus familiares. Involucra también el uso de la propia arquitectura como forma de proporcionar bien-estar al niño y su familia, además de facilitar o desenvolvimiento del proceso de trabajo de los profesionales de salud. El ambiente, como un proceso de humanización es apuntada como forma de rescatar la dignidad humana, pero solamente será realidad si comprendida en su real importancia y los profesionales se sintieren protagonistas.

Palabras clave: Ambiente. Humanización. Tecnología en Salud. Hospitalización Infantil.

Introdução

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), o trabalho em saúde tem compromisso com necessidades sociais e de seu usuário direto. Necessidade essa, com valor fundamental, que é a de mantê-lo vivo e com autonomia. O trabalho em saúde não pode ser analisado somente pela lógica do trabalho morto (equipamentos e saberes tecnológicos estruturados), pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em tecnologias de relação (MERHY, 2002). As relações que se estabelecem, as questões subjetivas envolvidas nesse encontro, que extrapolam os saberes tecnológicos estruturados, são classificadas como as tecnologias leves, como por exemplo, produção de vínculos, aconselhamento (PINHEIRO; MATTOS, 2005). Existe ainda uma terceira classificação das tecnologias, as tecnologias leve/duras com saberes bem estruturados, que dirigem as

intervenções em saúde, a exemplo da clínica, da epidemiologia e da economia em saúde (MERHY, 2002). O trabalho em saúde que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome o trabalho morto, visando a produção do cuidado (MERHY; ONOCKO, 1997). Essa é a forma como Merhy (2002) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, entretanto, para outros autores a definição do cuidado refere-se ao tratar, respeitar, acolher e atender os seres humanos em seus sofrimentos, em grande medida originados de sua fragilidade (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). Neste sentido, as instituições de saúde assumem papel estratégico na absorção de conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que se reúnem, no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais; todos atuando para a construção e reprodução de saberes e práticas integrais de atenção de cuidado e cuidados de saúde, assim como para a avaliação dos efeitos de uma política adotada (ONOCKO, 2003).

Conforme Gottfried e Brown (1986), no âmbito das instituições de saúde, é importante salientar que os hospitais carregam em sua história, forte componente para o afastamento das pessoas da sociedade, como uma forma de proporcionar proteção a essa mesma sociedade. Com o passar dos anos, os hospitais passaram por transformações e o olhar se focou na valorização da saúde e da pessoa humana. Emergiram os conceitos de humanização, ambiência e responsividade que interligam os usuários com os profissionais de saúde (ALLGAYER, 2011).

Cabe salientar que a hospitalização infantil vem acompanhada de sofrimento físico e psíquico pois afasta a criança de sua família, amigos, escola, interferindo em seu cotidiano e conseqüentemente em seu desenvolvimento de forma plena. Mesmo hospitalizada, a criança não perde suas características infantis, reforçando a importância de se ter tecnologias em saúde capazes de amenizar as mudanças provocadas pela hospitalização e aproximar a criança de seu universo infantil, tornando o ambiente no qual está inserido menos estressante e traumático (RIBEIRO; GOMES; THOFERN, 2014). Em função desta condição, em uma instituição hospitalar pediátrica, a humanização e a ambiência adquirem um papel de extrema importância no trabalho em saúde, bem como o reconhecimento das especificidades de uma hospitalização infantil (FRANCHI, 2010).

Hospitalização infantil

Momento de grande sofrimento físico e psíquico para a criança, considera-se que a hospitalização infantil acarreta mudanças estruturais e singulares na construção de sua subjetividade (FRANCHIN et al., 2006). A criança hospitalizada, além de ser submetida aos

constantes procedimentos médicos e rotinas hospitalares, encontra-se distanciada de sua família, escola, brinquedos, amigos, de todo um ritmo de vida anterior que dá lugar a sentimentos diversos como dor, angústia, tristeza e medo da hospitalização e do ambiente hospitalar (FRANCHIN et al., 2006).

De acordo com Silva (2006), a hospitalização da criança pode causar graves prejuízos para o seu desenvolvimento. Fato que se agrava tanto na dependência do tempo de internação quanto da gravidade da doença. A autora relata ainda que, as restrições do ambiente hospitalar referentes ao seu espaço físico e às próprias limitações da criança, decorrentes da enfermidade, causam uma ausência de estímulos e diminuição das possibilidades de exploração do meio, podendo dessa forma, comprometer o desenvolvimento da criança. Oferecer um ambiente favorável, tendo um olhar dirigido às crianças, é uma forma de trabalhar a nas dependências dos hospitais. Desta forma, é possível acelerar a recuperação do paciente, diminuir seu tempo de permanência no hospital e, conseqüentemente, os custos decorrentes de sua internação (BRASIL, 2013).

Para Ferro e Amorin (2007), os enfermos, em sua maioria, não são preparados para submeterem-se aos constantes procedimentos que demandam uma internação e nem sabem o motivo da realização de certos exames, o que termina por tornar a hospitalização numa experiência traumática para a criança. Soares (2001) aponta problemas existentes na hospitalização infantil, como exemplo, o descuido de questões referentes aos aspectos psicológicos, pedagógicos e sociológicos envolvidos no processo. Os efeitos de uma hospitalização podem variar em decorrência da idade, experiências anteriores de hospitalização e de variáveis individuais em função das habilidades de enfrentamento presentes em cada pessoa, principalmente em uma das fases do desenvolvimento mais dinâmicas que é a infância (SOARES, 2001). No caso de crianças, a humanização do ambiente hospitalar se torna um recurso poderoso e preciso, pois as crenças e fantasias do pequeno paciente, seus medos e suas angústias são tratadas de forma humanizada e com todo o respeito necessário ao estado de sofrimento em que se encontra. Quando uma criança é tratada de forma transigente, seu retorno à saúde pode até mesmo ser acelerado (WINNICOTT, 1975). Isso demonstra o quanto o processo de humanização pode auxiliar a criança no resgate de um melhor bem-estar e acolhimento durante a hospitalização.

Humanização e ambiência

Pinheiro e Guizardi (2004) referem que a implantação de modelos ideais, em qualquer processo, requer também condições ideais para a sua realização; no campo da saúde as

instituições assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, tendo no mesmo espaço diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais. As tendências da gestão hospitalar se modificam de acordo com as necessidades apresentadas em diferentes momentos históricos, além disso, percebe-se o aumento e aprimoramento das tecnologias em saúde, que agregam resolutividade aos cuidados oferecidos (STAKE, 2011). Humanizar a prestação dos serviços de saúde deve compreender a arquitetura hospitalar, a higienização, a utilização de cores suaves, favorecendo o desenvolvimento das atividades dos profissionais e a permanência dos usuários (SILVA, 2006).

Na perspectiva da humanização dos serviços e das práticas profissionais, foi criada em 2003, a Política Nacional de Humanização – PNH (CECCIM; CARVALHO, 1997), que aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, tendo como uma de suas diretrizes transversal a Ambiência, que é definida sendo a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitam a privacidade, propiciam mudanças no processo de trabalho e sejam locais de encontro entre as pessoas (RIBEIRO; GOMES; THOFERN, 2014). Esta compreensão de ambiência como diretriz da PNH é norteadada por três eixos principais (BRASIL, 2013): o espaço que visa a confortabilidade; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e a ambiência como espaço de encontro entre os sujeitos.

Conforme Ribeiro, Gomes e Thofern (2014), na saúde, a ambiência compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltada para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Desta forma, se estará considerando uma forma de aplicar um conhecimento para solução ou redução de problemas de saúde, ou seja, valendo-se de uma tecnologia em saúde.

Ambiência hospitalar, segundo Gomes et al. (2011), se refere ao tratamento dado ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais diretamente envolvido com a assistência à saúde, devendo proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humanizada. Ao trabalhar o tema ambiência, deve-se conhecer e respeitar as características e valores do local em que se está atuando. A ambiência pode ser considerada como uma inovação, sendo que inovar implica em adotar novas tecnologias, novidades ou aperfeiçoamentos no ambiente produtivo ou social, resultando em novos produtos, processos, serviços, marketing (BRASIL, 2013). Os efeitos da imagem sobre o sujeito vão muito além de suas relações com as palavras, passam por relações da ordem do inconsciente e da subjetividade humana que, contextualizados no ato de comunicar, geram efeitos persuasivos (GIORGENON; SOUSA; PACIFICO, 2014).

As estratégias apontadas na revisão da literatura apresentam contribuições que transcendem o bem-estar da criança, englobando aspectos relacionais entre a equipe de saúde, a criança e sua família com relação à utilização de práticas lúdicas no cuidado em pediatria (MERHY; ONOCKO, 1997). Configuram-se, assim, intervenções terapêuticas que facilitam a interação entre a criança e a equipe de saúde, gerando um ambiente alegre, calmo e sereno, contribuindo para a qualidade da relação humana tão necessária à efetivação do cuidado (OLIVEIRA, 2005). Destaca-se a importância do reconhecimento de que tecnologias em saúde são mais do que o trabalho baseado em equipamentos tecnológicos, são também as relações que se estabelecem como peça fundamental no processo de trabalho, consiste em olhar a saúde de uma forma integral (MERHY, 2002; PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). Além disso, salienta-se a importância em dispor de recursos materiais (incluindo a própria arquitetura) e humanos para melhor assistir a criança hospitalizada, e também recomendam a participação ativa da criança na construção da ambiência, de forma a configurar o ambiente pediátrico em uma casa longe de casa.

Metodologia

Este é um estudo de revisão narrativa de literatura, realizado por meio da pesquisa em periódicos e artigos acadêmicos disponíveis na *internet*, pelos portais Scientific Electronic Library (SciELO) na URL www.scielo.br, Google Acadêmico na URL www.scholar.google.com.br e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na URL <https://bvsa.org>.

As palavras-chave utilizadas para a busca de artigos foram as seguintes: ambiência, humanização, tecnologia em saúde, hospitalização infantil.

Principais resultados

O presente estudo constatou que desde a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) as instituições de saúde têm implementado estratégias para construir ambiências acolhedoras e harmônicas, que contribuam para melhorar a assistência à criança hospitalizada em unidades pediátricas. Tais estratégias envolvem relações de troca entre os profissionais de saúde, a criança hospitalizada e seus familiares, as quais podem ser mediadas por atividades lúdicas, e/ou pela alteração dos espaços físicos com motivos do universo infantil. Também, compreendem o uso da própria arquitetura como forma de proporcionar bem-estar à criança e seus familiares, além de facilitar o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde.

As estratégias encontradas por este estudo, buscam contribuir para melhorar a assistência à criança hospitalizada, evidenciando que a ambiência se constitui em um importante pilar para a humanização da unidade pediátrica, atuando sensivelmente na reestruturação do processo de produção de saúde.

Considerando o declínio ocorrido nos últimos anos e a pouca expressão quantitativa das publicações acerca da temática de humanização do ambiente de pediatria, ressalta-se a necessidade de investimento em pesquisas e publicações para que não ocorra a invisibilidade da PNH e para que as estratégias apontadas neste estudo não configurem ações isoladas e desarticuladas de uma efetiva política nacional de saúde.

Referências

- ALLGAYER, C. J. (org.). **Gestão e saúde: temas contemporâneos** abordados por especialistas do setor. Porto Alegre: Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta a vida**. Porto Alegre: UFRGS, 1997.
- FERRO, F. O.; AMORIM, V. C. O. As emoções emergentes na hospitalização infantil. **Rev. Eletrônica Psicol.**, Coimbra, v. 27, n. 1, p. 1-5, 2007.
- FRANCHIN, D. S. et al. Prática na enfermagem pediátrica: um colorido na clínica winnicottiana. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 71-80, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- FRANCHI, A. C. Estratégia persuasiva e intenção comunicativa da imagem. **Comunicação & Inovação**, São Caetano do Sul, v. 4, n. 7, p. 20-28, 2010. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_comunicacao_inovacao/article/view/570>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- GIORGENON, D.; SOUSA, L. M. A.; PACIFICO, S. M. R. Sujeito, corpo e um espelho (cibernético): a memória em imagem e em discurso. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, p. 81-97, jul. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2019.
- GOMES, I. L. V. et al. Humanização na produção do cuidado à criança hospitalizada: concepção da equipe de enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 125-135, mar./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.revista.epsvjv.fiocruz.br/upload/revistas/r336.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

GOTTFRIED, A. W.; BROWN, C. C. **Play interactions**: the contribution of play material and parental involvement in children's development. Lexington: Lexington Books, 1986.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, M. M. O. **Hospitalização infantil**: o brincar como espaço de ser e fazer. São Paulo: Faculdades de Ciências e Letras de Assis, UNESP, 2005.

ONOCKO, C. R. T. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2005.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. I. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 2004. p. 21-36.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C.; THOFERN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 530-539, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-530.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SILVA S. M. M. Atividades lúdicas e crianças hospitalizadas por câncer: o olhar dos profissionais e das voluntárias. In: BONTEMPO, E.; ANTUNHA, E. G.; OLIVEIRA, V. B. (org.). **Brincando na escola, no hospital, na rua**. Rio de Janeiro: Wak, 2006. p. 127-142. Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-importancia-do-brincar-no-ambiente-hospitalar-da-recreacao-ao-instrumento-terapeutico>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

SOARES, M. R. Z. Hospitalização infantil: análise do comportamento da criança e do papel da psicologia da saúde. **Pediatr. Mod.**, São Paulo, v. 37, n. 11, p. 630-632, nov. 2001.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

WINNICOTT, D. W. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4490693/mod_resource/content/0/brincar_e_a_realidade_winnicott.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

Experiências docentes e discentes

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

TEACHING-SERVICE-COMMUNITY INTEGRATION IN THE MEDICINE COURSE: AN EXPERIENCE REPORT

INTEGRACIÓN EDUCACIÓN-SERVICIO-COMUNIDAD EN EL CURSO DE MEDICINA: UN RELATO DE EXPERIENCIA

Tammy Stephanie Massolin Albrecht Costa¹

Graciela Soares Fonsêca²

Resumo

O trabalho objetiva relatar a experiência de integração ensino-serviço-comunidade, a partir do olhar de uma estudante, durante os três primeiros semestres de um curso de Medicina. Inicialmente, no primeiro semestre, foram trabalhados conceitos fundamentais relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Atenção Primária à Saúde (APS). No segundo semestre, o enfoque foi a Vigilância em Saúde, tratando das Vigilâncias em Saúde do Trabalhador, Ambiental, Epidemiológica e Sanitária e, do diagnóstico comunitário, que foi objeto de prática no Centro de Saúde da Família (CSF). Durante as aulas teóricas do terceiro semestre, o campo da Saúde do Trabalhador e da Saúde Ambiental foi estudado e seus conhecimentos aplicados nas vivências, por meio de um momento de Educação Permanente e visitas domiciliares. Diante disso, infere-se que, com a integração ensino-serviço-comunidade, o estudante consegue relacionar de forma efetiva aspectos teóricos e práticos do trabalho em saúde, desenvolve um olhar crítico para saúde e contribui para o fortalecimento das políticas públicas, qualificando, assim, sua formação acadêmica.

Palavras-chave: Educação Médica. Saúde Coletiva. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

Abstract

The study aims to relate the experience of teaching-service-community integration from the perspective of a student during the first three semesters of the Medicine course. Initially, in the first semester, fundamental concepts related to the Unified Health System (SUS) and Primary Health Care (PHC) were worked on. In the second semester, the main approach was the Health Vigilance, studying about the Worker Health Vigilance, Environmental, Epidemiological and Sanitary and the community diagnosis, which practiced at the Family Health Center (CSF). During the theoretical classes of the third semester, the field of Occupational Health and Environmental Health was studied and its knowledge applied in the experiences, through a moment of Permanent Education and home visits. Thus, conclude that, with the teaching-service-community integration the student is able to effectively relate theoretical and practical aspects of a health work, develop a critical view health and contribute to strengthening the public policies and your academic background.

¹ Estudante do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: tammy_massolin@hotmail.com

² Cirurgiã-dentista, professora adjunta do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gal_sf@hotmail.com

Keywords: Medical Education. Public Health. Primary Health Care. Family Health.

Resumen

El trabajo objetiva relatar la experiencia de integración educación-servicio-comunidad, por la mirada de una estudiante, durante los tres primeros periodos de un curso de Medicina. Inicialmente fueron trabajados conceptos fundamentales acerca del Sistema Único de Salud y ala Atención Primária. En el segundo periodo el enfoque fue la Vigilancia en Salud, tratando específicamente la Vigilancia en Salud del trabajador, ambiental, epidemiológica, sanitaria y del diagnóstico comunitario que fue el objeto de la práctica en la Unidade Basica de Salud. En las clases teóricas del tercer período, el campo de la salud del trabajador e de la salud ambiental fue estudiado y sus conocimientos aplicados en la practica, por médio de la Educación Permanente y de visitas a los domicilios. Fue destacado que los estudiantes consiguieron relacionar de forma efectiva aspectos teóricos y prácticos del trabajo en salud, desarrollando un criterio crítico con respecto a la salud y que contribuye para el fortalecimiento de las políticas públicas.

Palabras clave: Educación Médica. Salud Pública. Atención Primaria de Salud. Salud de la Família.

Introdução

Antes da implementação e da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), era muito difundido no Brasil um modelo de saúde que reduzia o objeto do trabalho à doença, seu diagnóstico e seu tratamento, não levando em conta o paciente e os variados processos que podem influenciar a saúde de um indivíduo ou de uma população (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011; BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013). Nesta perspectiva, a formação dos profissionais da saúde também foi direcionada para essa prática individualista, curativa e não voltada para o social (CECCIM; CARVALHO, 2011).

Com as transformações nos modos de fazer e pensar saúde, tornou-se imperativo readequar a formação dos profissionais com vistas à produção de saúde pautada na clínica ampliada, visando não somente a cura das doenças, mas a prevenção, a reabilitação e os cuidados paliativos (HAFNER et al., 2010). Além disso, tornou-se necessário a formação de profissionais com um olhar ampliado, que leve em conta os anseios sociais e que garanta maior autonomia dos pacientes na produção do próprio cuidado (FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2017). Dentre uma série de propostas indutoras de reorientação da formação em saúde e provimento de profissionais com perfis direcionados ao trabalho no SUS, intensificadas no início dos anos 2000, destaca-se, para o recorte apresentado nesse manuscrito, o Programa Mais Médicos (PMM) instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de, dentre outras proposições, promover mudanças na formação médica (BRASIL, 2013; CAMPOS; PEREIRA-JÚNIOR, 2016; SCHEFFER, 2016).

Uma das alterações decorridas do PMM foi a elaboração de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, a partir da Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Essas diretrizes buscaram orientar a formação médica no país a fim de que, ao final da graduação, o graduando seja capaz de considerar a realidade dos indivíduos

e contribuir para a integralidade e para o acesso universal dos serviços, além de exercer a Medicina baseada na ética e de forma humanizada. Além disso, as DCN requerem, desde as séries iniciais, a inserção dos estudantes de Medicina na rede de serviços de saúde, permitindo a articulação dos conhecimentos e habilidades desenvolvidas, além da compreensão da Atenção Básica como norteadora dos demais serviços e da relevância do que é ofertado na rede (BRASIL, 2014).

A integração entre o ensino, o serviço e a comunidade viabiliza a aproximação com esses objetivos uma vez que permite o desenvolvimento de um trabalho coletivo de estudantes, mediante supervisão de seus professores, e de trabalhadores que compõem as equipes profissionais (PIZZINATO et al., 2012) a realidade cotidiana do trabalho em saúde, podendo refletir acerca das atividades ali desenvolvidas e dos problemas sociais encontrados (GUSMÃO; CECCIM; DRACHLER, 2015; VENDRUSCULO et al., 2016).

O curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), situado no município de Chapecó, região oeste do estado de Santa Catarina, foi implementado em 2015 a partir de reivindicações de movimentos populares e das vagas autorizadas via PMM. É um curso organizado com base nas novas DCN e estruturado em Componentes Curriculares Regulares (CCR) (SCHEFFER, 2016; SOUZA; FRIESTINO; FONSÊCA, 2017).

Ao longo do curso, os acadêmicos passam por oito CCR de Saúde Coletiva (um em cada semestre), sendo os dois últimos voltados para o ensino da Medicina de Família e Comunidade. É por meio destes CCR que os estudantes são subdivididos em grupos tutoriais (de cinco ou seis alunos) e são inseridos em vivências nos Centros de Saúde da Família (CSF) – como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são denominadas no município – do primeiro até o oitavo semestre, de forma que o aprendizado seja contínuo, vinculado aos conteúdos teóricos desses e de outros CCR do curso e que a complexidade dos mesmos seja progressiva (SOUZA; FRIESTINO; FONSÊCA, 2017).

O presente artigo objetiva relatar a experiência de integração ensino-serviço-comunidade, a partir do olhar de uma estudante, desenvolvida nos CCR Saúde Coletiva I, II e III, durante os três primeiros semestres do curso de Medicina da UFFS, em um CSF do município de Chapecó, Santa Catarina.

A integração ensino-serviço-comunidade nas fases iniciais do curso de Medicina: caminhos para uma formação médica pautada na integralidade do cuidado

A experiência relatada foi realizada entre o segundo semestre de 2016 e os dois semestres de 2017 (os três primeiros semestres do curso) e vivenciada por um grupo de cinco

estudantes quando cursavam os CCR Saúde Coletiva I, II e III, sob a tutoria de uma docente do grupo de Saúde Coletiva. Vale ressaltar que o CSF onde foram realizadas as vivências do CCR atende uma população em sua maior parte urbana, mas também uma população rural do município de Chapecó. Ainda, atende as demandas da Atenção Primária desse território e, para isso, conta com três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) formadas por médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS).

Primeiro semestre

No primeiro semestre do curso, no CCR Saúde Coletiva I, os estudantes foram apresentados às discussões que envolvem o conceito de saúde e o processo saúde-doença. Perceber como o entendimento do processo saúde-doença foi se transformando ao longo dos anos e como as práticas de saúde se organizaram de modo coerente com essa compreensão é fundamental para futuros profissionais de saúde.

A articulação entre a teoria apresentada em sala de aula e a prática vivenciada nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) favoreceram reflexões sobre a complexidade do conceito de saúde sendo ele compreendido de forma mais abrangente, como resultante de todas as questões ligadas ao ser humano, podendo envolver o físico, o mental, o social e até mesmo o material (BATISTELLA, 2007). Em consonância, a aproximação com os usuários dos serviços e seus territórios revelaram a importância de a saúde ser um direito constitucional e o papel dos profissionais de saúde na garantia desse direito.

Além disso, houve um aprofundamento acerca do campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva que engloba a epidemiologia, o planejamento, a administração em saúde e as ciências sociais, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, a articulação das redes de serviços e a integração entre profissionais, pacientes e o espaço em que convivem (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Durante essa fase do curso da graduação, também foi abordada a determinação do processo saúde-doença, que não pode ser caracterizado apenas fisiopatologicamente, mas também socialmente, pois cada indivíduo vai perceber e manifestar a doença de uma maneira particular. Além disso, há que se considerar as questões envolvidas no adoecimento, ou seja, quais são os fatores que levaram este indivíduo a adoecer, podendo ser biológicos, sociais, psicológicos e, até mesmo, econômicos (BRASIL, 2012).

Ainda nesta fase, foram tratados outros assuntos como a influência que o território onde as pessoas vivem exerce no processo de adoecimento, os princípios e diretrizes do SUS

(integralidade, equidade, universalidade, descentralização, controle social, regionalização e hierarquização) e a estruturação da APS, sendo ela a porta de entrada preferencial dos usuários no SUS, garantindo a proteção e manutenção da saúde e a prevenção de agravos (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; BRASIL, 2017).

Nessa mesma fase, as vivências propiciaram o conhecimento da APS e sua estruturação, bem como o funcionamento dos CSF, além dos serviços por eles ofertados e a dinâmica de trabalho da equipe multiprofissional, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). Além disso, os acadêmicos realizaram, em conjunto com os ACS, visitas domiciliares (VD), iniciando a compreensão das relações entre as características sociais e o processo de saúde e doença, aproximando-se dos usuários do CSF no sentido de visualizar a conformação do vínculo, o cuidado oferecido pelas equipes do CSF e o fluxo dessas pessoas na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A imersão na realidade dos serviços de saúde e o contato com as comunidades do território referentes foram capazes de sensibilizar os estudantes, já no início do curso, para as questões envolvidas no processo saúde-doença que são amplas e vão além do conhecimento puramente biológico e técnico, mas abrangem outras questões que podem ser ditas mais subjetivas, como as questões sociais, emocionais, culturais e psicológicas que envolvem o indivíduo (NOGUEIRA, 2014).

Segundo semestre

Ao longo do segundo semestre do curso, os acadêmicos cursaram o CCR de Saúde Coletiva II que se dedicou ao estudo da Vigilância em Saúde, oportunizando o entendimento do diagnóstico comunitário, que faz parte do processo de trabalho da ESF. É por meio da territorialização que o diagnóstico de saúde de uma comunidade é realizado, permitindo assim, conhecer o território, identificar as relações sociais, econômicas e culturais que permeiam a dinâmica do local e, ainda, detectar problemas e necessidades de saúde. Dessa forma, esse diagnóstico facilita as ações pois, a partir das informações obtidas, é possível que o serviço realizado seja mais direcionado e resolutivo (BORGES; TAVEIRA, 2012; TOMASI; SOUZA; MADUREIRA, 2018).

Ademais, foi apresentada e discutida a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), a Vigilância Ambiental em Saúde, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária (VISA).

No campo prático, os acadêmicos conheceram os setores da vigilância da Secretaria de Saúde municipal, além de ouvir explanações dos respectivos coordenadores sobre a

organização e funcionamento de cada setor. O responsável pela VISA mostrou como funcionam as três principais atividades realizadas por essa vigilância: a liberação de novo alvará sanitário, a sua renovação e o atendimento a denúncias recebidas pelo setor (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

Já o coordenador da Vigilância em Saúde do Trabalhador comentou sobre as ações realizadas dentro do setor que se baseiam em um eixo principal: o suporte técnico para a rede SUS. Esse suporte se subdivide em três eixos: o primeiro, responsável por reconhecer o usuário como trabalhador e capacitar a rede (podendo ser de baixa, média ou alta complexidade) para notificar situações relacionadas à saúde desse trabalhador para depois, devolverem as informações geradas através das notificações para as redes notificadoras; o segundo é o suporte técnico para a notificação juntamente à VISA e o terceiro, o acompanhamento do trabalhador na reabilitação, que vai além da reabilitação física, mas envolve também, a capacidade desse usuário para retomar a sua capacidade funcional (GOMEZ, 2011; MACHADO, 2011).

A coordenadora da Vigilância Epidemiológica ressaltou, além das funções do setor, a importância de alguns sistemas de notificação que geram dados para a vigilância, como o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) alimentado, principalmente, pela lista dos 48 agravos de notificação compulsória estabelecida pela Portaria nº 204 de 2016 (BRASIL, 2016). A partir da notificação desses agravos, a Vigilância Epidemiológica produz os indicadores de prevalência e incidência. Há também o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) que, dentre seus objetivos, reúne informações epidemiológicas sobre os nascimentos de todo o território para subsidiar ações referentes à saúde da mulher e criança e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), que produz dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos no Brasil, dentre outros sistemas.

No CSF, os discentes realizaram o diagnóstico comunitário de duas microáreas do território e puderam constatar grandes discrepâncias entre elas, no que tange à fonte de renda e poder aquisitivo dos usuários, infraestrutura, geografia, atuação dos agentes governamentais, e especialmente quanto à prevalência de alguns agravos. A partir disso, ampliaram a compreensão sobre a determinação social do processo saúde-doença e verificaram a relevância do diagnóstico de comunidade dentro da Estratégia de Saúde da Família, pois esta permite planejar e executar ações a partir da realidade examinada em cada região, proporcionando assim, intervenções mais específicas e efetivas por levar em conta as necessidades encontradas.

Vivenciaram, ainda, ações relacionadas à vigilância, sobretudo no que tange aos fluxos de identificação de agravos de notificação compulsória, doenças prevalentes, estratégias de controle e abordagem realizada pela equipe do CSF.

Neste momento do curso, foi possível aprofundar conhecimento no que diz respeito às funções do SUS que nem sempre são notadas do ponto de vista da população, mas que são fundamentais para que o objetivo principal do sistema de saúde seja alcançado. Ou seja, que seja um serviço capaz de oferecer uma atenção à saúde de qualidade à população, pautada em informações e ações pertinentes à realidade dos indivíduos atendidos. Por isso, nesta etapa do curso, foi abordada a questão das vigilâncias, que funcionam como um suporte para a Rede de Atenção à Saúde no que diz respeito a notificações, geração de informações e dados, fiscalização, entre outros.

Terceiro semestre

Por fim, no terceiro semestre, com o CCR Saúde Coletiva III, os acadêmicos foram introduzidos ao campo da Saúde do Trabalhador com exposições, seminários e aulas teóricas que trataram das relações entre trabalho/trabalhador e saúde e de sua importância, afinal, grande parte dos indivíduos estão ou já estiveram inseridos no sistema de trabalho. Uma das principais funções da Saúde do Trabalhador é identificar a relação entre os agravos de saúde com a forma de trabalho dos indivíduos e notificar os casos em que essa relação seja positiva (PINHEIRO et al., 2012).

Nesse mesmo período do curso, os discentes participaram de aulas teóricas e exposições que trataram da Saúde Ambiental, campo que busca romper a distância entre a saúde e o meio ambiente, correlacionando o processo saúde-doença das coletividades com fatores ambientais. Quando há essa aproximação entre a saúde coletiva e o ambiente, pode-se produzir conhecimento, realizar ações de vigilância, prevenir agravos que estejam relacionados ao ambiente e garantir uma saúde à população pautada nos princípios da sustentabilidade. Vale ressaltar, ainda, que é uma área interdisciplinar pois conta com a epidemiologia, toxicologia, setores de vigilância, engenharia, entre outros (ROHLFS et al., 2011; TAMBELLINI; MIRANDA, 2012; QUANDT et al., 2014).

Quando foram ao CSF, a partir de uma demanda da coordenação, os estudantes tiveram a oportunidade de participar de um momento de Educação Permanente com a equipe de saúde com vistas à sensibilização dos trabalhadores sobre a importância da realização de notificações dos agravos relacionados à saúde do trabalhador e acidentes de trabalho. Sendo assim, os acadêmicos puderam explicar um pouco do que haviam aprendido em sala de aula sobre o assunto para os trabalhadores da unidade. Também realizaram VD aos usuários que sofreram acidentes ou apresentavam agravos relacionados ao trabalho no intuito de verificar como se dá todo o processo desde que um acidente de trabalho acontece ou quando umnexo causal entre a

condição de saúde e o trabalho é estabelecido, bem como quais os procedimentos tomados a partir disso.

Os acadêmicos foram novamente sensibilizados para questões que muitas vezes passam despercebidas, mas que influenciam diretamente a saúde dos indivíduos, como é o caso da saúde do trabalhador. Percebe-se que ao longo do curso a visão da clínica ampliada e centrada na pessoa está sendo difundida, ou seja, a valorização e reconhecimento integral do paciente e de suas vivências (ambiente onde vive, com quem vive, onde trabalha, como se sente), indo além do conhecimento puramente biológico (BRASIL, 2004).

Ressignificando a experiência

A experiência relatada, ainda que restrita a um cenário específico nos períodos iniciais do curso e registrada a partir da percepção de uma única acadêmica, reforça o potencial (trans)formador da integração ensino-serviço-comunidade para formar médicos com perfis adequados para desenvolver um trabalho de qualidade no SUS e responder aos anseios sociais (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Além disso, vivenciar e observar os cenários reais do trabalho em saúde viabilizaram maior entendimento sobre a organização do SUS, seus princípios, diretrizes, serviços, além de permitir vivenciar o serviço ordenador da RAS. Dessa forma, o estudante teve a oportunidade de reconhecer a importância e organização do SUS (ALBUQUERQUE et al., 2008; BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013; FONSÊCA et al., 2014; BULGARELLI et al., 2014).

Ainda, ao se deparar com a realidade encontrada no cotidiano de trabalho e estar junto de profissionais de saúde, o aluno pode identificar facilidades e qualidades do serviço e se perceber como protagonista do fortalecimento do SUS e de mudanças éticas e políticas que podem impactar indivíduos e coletivos (BULGARELLI et al., 2014; MARANHÃO; MATOS, 2018).

Outra questão relevante encontra-se na visualização do trabalho em equipe multiprofissional, impossível de ser compreendido em sua essência no interior das salas de aulas. É no mundo do trabalho que as equipes se organizam e se articulam com vistas a superar os inúmeros desafios, evidenciando a importância de cada profissional no trabalho coletivo (CECCIM, 2019).

Por fim, frisa-se que o serviço e os profissionais de saúde são também modificados em virtude da presença dos estudantes, pois a articulação das atividades rotineiras dos profissionais com a participação dos estudantes, contribui para a continuidade da aprendizagem dessas equipes multiprofissionais (GUIZARDI et al., 2011), como ocorreu no

momento de sensibilização acerca da importância das notificações relacionadas a agravos decorrentes do trabalho feita pelos estudantes para os trabalhadores do CSF, por exemplo.

É imprescindível ressaltar que, a despeito de todo o potencial formador da integração ensino-serviço-comunidade, há uma série de desafios e empecilhos para a efetivação dessas práticas no cotidiano da formação em saúde. No contexto apresentado, destacam-se as relações ainda frágeis e em construção entre a UFFS e a Secretaria de Saúde do município, a excessiva rotatividade de profissionais da APS, incluindo o gestor – o que dificulta um planejamento longitudinal – e a resistência de alguns estudantes com relação as práticas formativas em serviços.

Considerações Finais

A experiência de integração ensino-serviço-comunidade nas fases iniciais do curso de Medicina da UFFS, campus Chapecó, reforça a importância de garantir uma formação em saúde pautada pela realidade dos serviços e da comunidade, o que contribui para a construção de competências e habilidades fundamentais para a garantia do cuidado integral à saúde.

A partir das potencialidades e fragilidades encontradas, torna-se possível pensar em estratégias capazes de fomentar ações de integração ensino-serviço-comunidade, no cenário apresentado e em outras instituições, com vistas a alcançar o perfil do profissional médico requerido pelas DCN e pela sociedade.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F; CORBO, A. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-49.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 610-613, 2011.

BORGES, C.; TAVEIRA, V. R. Territorialização. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 241-47.

BULGARELLI, A. F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 351-362, 2014.

BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 573-577, 2013.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 jun. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 24 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Especialização em Saúde da Família**: processo saúde-doença. São Paulo: UNIFESP, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 fev. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 24 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 24 maio 2019.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA-JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde na integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO, 2011. p. 69-92.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000601739&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2019.

FONSÊCA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 571-583, 2014.

FONSÊCA, G. S.; JUNQUEIRA, S. R. Políticas de reorientação da formação, qualificação e provimento profissional em saúde: itinerários e interfaces das estratégias indutoras de mudanças. In: SILVA-FILHO, C. C.; GARCIA JÚNIOR, C. A.; KOVALESKI, D. F. (org.). **VER-SUS Santa Catarina: itinerários (trans)formadores em saúde**. Tubarão: Copiart, 2017. p. 118-152. Disponível em: <<http://fliphtml5.com/wskm/cbyq/basic>>. Acesso em: 29 maio 2019.

GOMEZ, C. M. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configurações e transformações. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-34.

GUIZARDI, F. L. et al. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (ed.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/ABRASCO, 2011. p. 153-177.

GUSMÃO, R. C.; CECCIM, R. B.; DRACHLER, M. L. Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 19, n. 1, p. 695-707, 2015.

HAFNER, M. L. M. B. et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1715-1724, 2010.

MACHADO, J. M. H. Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 67-85.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 55-66, 2018.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

NOGUEIRA, M. I. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 909-930, 2014.

O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3351-3360, 2010.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015.

PINHEIRO, T. M. M. et al. Saúde do Trabalhador. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 935-964.

PIZZINATO, A. et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012.

QUANDT, F. L. et al. Saúde Ambiental e atenção à saúde: construção e ressignificação de referências. **Cad. Saúde Colet. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 150-157, 2014.

ROHLFS, D. B. et al. A Construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. **Cad. Saúde Colet. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 391-398, 2011.

SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2664-2666, 2016.

SOUZA, J. V. G. S.; FRIESTINO, J. K. O.; FONSÊCA, G. S. Geografia e saúde na graduação em medicina: da territorialização à construção de um mapa inteligente no serviço. In: **Anais...** Dourados: Universidade Federal da Grande Dourados, 2017. p. 1088-95. Disponível em: <<http://www.geosaude.org/anais>>. Acesso em: 23 maio 2019.

TAMBELLINI, A. T.; MIRANDA, A. C. Saúde e Ambiente. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEBES e Fiocruz, 2012. p. 1037-1073.

TOMASI, Y. T.; SOUZA, J. B.; MADUREIRA, V. S. F. Diagnóstico comunitário na estratégia saúde da família: potencialidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 12, n.6, p. 1546-1553, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230505/29180>>. Acesso em: 27 maio 2019.

VENDRUSCULO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 3-12.

Experiências docentes e discentes

ENSINO NA SAÚDE – UM CONVITE PARA O CINEMA

HEALTH TEACHING – AN INVITATION TO THE CINEMA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD – UNA INVITACIÓN PARA EL CINE

Paula Baptista Sanseverino¹

Resumo

Este texto traz reflexões de experiência discente sobre os temas ‘ensino e saúde’ a partir de uma disciplina de um curso de mestrado que aproximou filmes e o ensino na saúde. O uso deste recurso audiovisual convida a todos para a experiência de rever o processo de ensino e aprendizagem, deslocando o pensamento ao observar outras relações que se dão no encontro entre mestres e estudantes, por vezes invertendo o lugar de quem ensina e quem aprende. O objetivo deste texto é explorar uma visão sobre filmes que por cenas, frases ou por seu conjunto, traçou relações com o aprender-ensinar. De poetas e músicos a rebeldes e bruxos, as correlações se descortinam entre ensinar e aprender, e principalmente de viver. Neste texto, exemplos da sétima arte instigam a (re)pensar o quanto podem ser fluidos, polimorfos e inovadores os processos de aprendizagem e o quanto estes processos são pertinentes ao fazer em saúde: inovador, inusitado, singular a cada ato de trabalho, de ensino e de aprendizagem.

Palavras-chave: Educação. Cinema. Saúde.

Abstract

This text brings reflections of student experience on the themes ‘education and health’ from a discipline of a professional master's course that approached films and health teaching. The use of this audiovisual resource invites everyone to the experience of reviewing the teaching and learning process, shifting the thought by observing other relationships that take place in the meeting between teachers and students, sometimes reversing the location of those who teach and who learn. The aim of this text is to explore a vision about films that by scenes, phrases or ensemble, traced relationships with learning-teaching. From poets and musicians to rebels and wizards, the correlations unfold between teaching and learning, and especially of living. In this text, examples of the seventh art instigate to (re) think how much can be fluids, polymorphs and innovators the learning processes and how pertinent these processes are in doing in health: innovative, unusual, singular to each act of work, teaching and learning.

Keywords: Education. Movie. Health.

Resumen

Este texto tiene reflexiones de la experiencia de los estudiantes con los temas ‘educación para la salud’ de una disciplina de un curso de maestría profesional que se acercó al cine y la educación para la salud. El uso de este recurso audiovisual invita a todos a la experiencia de revisar el proceso de enseñanza y aprendizaje, cambiando el pensamiento observando otras relaciones que tienen lugar en el encuentro entre profesores y estudiantes, a veces revirtiendo la ubicación de quienes enseñan y que aprender. El

¹ Médica Pediatra, mestranda do Programa de Pós-Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: paula.sanseverino@gmail.com

objetivo de este texto es explorar una visión sobre películas que por escenas, frases, o conjunto, traza las relaciones con el aprendizaje-enseñanza. Desde poetas y músicos hasta rebeldes y magos, las correlaciones se desarrollan entre la enseñanza y el aprendizaje, y especialmente de vivir. En este texto, ejemplos del séptimo arte instigan a (re) pensar cuánto pueden ser fluidos, polimorfos e innovadores los procesos de aprendizaje y lo pertinentes que son estos procesos en salud: innovadores, inusuales, singulares para cada acto de trabajo, enseñanza y aprendizaje.

Palabras clave: Educación. Cine. Salud.

Introdução

Como mestrandia do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança de Adolescente tive, como parte da formação, que cursar a disciplina de Práticas e Educação em Saúde. Durante todo o semestre os estudantes foram instigados a pensar sobre ser professor, seus desafios e de como ser e viver esta escolha. Como tarefa final da disciplina, os estudantes foram convidados a escrever um texto que articulasse os temas ‘ensino e saúde’.

O objetivo deste texto é trazer filmes que por cenas, frases ou pelo conjunto traçam relação com o ensinar. Métodos de ensino foram e são temas abordados por nós estudantes sempre críticos às práticas diárias dos nossos professores passados, presentes e futuros. Qual o tipo de professor queremos ser? Aulas expositivas? Professor é o centro e detentor de todo o conhecimento? Que tipo de pessoas queremos formar e como queremos nos formar?

Trago para apoiar a discussão, como referência, dois artigos: um de Lacanillo et al. (2007) – “Métodos de ensino e de aprendizagem: uma análise histórica e educacional do trabalho didático”, fazendo uma abordagem de diferentes formas de ensino e aprendizagem, e o segundo de Coelho e Pisoni (2012) – “Vygotsky: sua teoria e a influência na educação”.

Vamos começar com um clássico do cinema sobre a relação estudantes e professores, um filme que ao longo de vários encontros curriculares com meus colegas me vi lembrando: “Sociedade dos Poetas Mortos”. Filme de 1989 no qual o incomparável Robin Williams, interpreta um professor de poesia recém contratado em uma escola tradicional. Na primeira aula o professor John Keating, na interpretação de Williams, inicia com a dinâmica tradicional e regrada, preconizada pela Academia Welton, solicitando que um estudante leia o texto em aula enquanto ele mesmo mostra no quadro as regras e métricas dos poemas em gráficos. Na cena, a maioria dos estudantes inicia prontamente a copiar o quadro negro, sem questionar, sem crítica naquele momento de que talvez poesia seja mais do que a métrica, números e exatidão. Na sequência, o professor quebra essa dinâmica dizendo para os estudantes rasgarem todo o primeiro capítulo do livro entre aplausos e vaias pela “rebeldia”. Rasgar tudo que vinha sendo lido? O texto referência para disciplina? Inclusive a cópia do quadro?

A mudança de paradigma deixa inicialmente os estudantes confusos. Ao longo do filme o professor em questão continua a tirar os estudantes daquela forma rígida de ensino em

que a palavra do professor e as regras são o ponto principal da aula para uma fora do que era exercido pelos colegas, fazendo os estudantes viver e refletir o tema, guiando-os por ele. Entusiasmados com o conteúdo, os estudantes criam um clube de poesia inspirado no professor e com isso fazem questionamentos sobre sua dinâmica cultural e de vida. “Carpe Diem”. Quando o professor é afastado, fazem a ele uma referência para elogiá-lo e dar-lhe a certeza de que fizera o que se propunha como professor: “Oh Capitan, my capitan”.

Se o mote é pensar por nós mesmos, os estudantes, estes sim, estão no centro e são detentores do conhecimento. Vindo para um filme mais atual e não tão conhecido, longe de ter sido aclamado pela crítica como o anterior, temos no “Aprovados” um grupo de adolescentes que não foram aceitos em nenhuma faculdade americana – transportando o contexto para nosso meio, não passaram no vestibular – e se veem tão envergonhados com o fracasso frente aos pais que criam uma faculdade ‘de mentirinha’. Veem a farsa como uma forma de mostrar para a sociedade que tinham sido aceitos. Por um erro, a notícia se espalha entre outros ‘rejeitados’ pelo país afora como uma faculdade alternativa (“sua aprovação está a um click distante”) e os diversos outros jovens que também não foram aceitos acabam se juntando. É aí que uma dinâmica nova se instala e cada estudante decide o que vai estudar e eles mesmos são os professores dessas aulas para os colegas. Aqueles com talento para culinária, cozinham; quem gosta de moda, costura; quem prefere esportes, pratica. Obviamente, são duramente enfrentados pelo sistema em que vivem com o intuito de se adequarem. São, por fim, aceitos provisoriamente como método alternativo de ensino superior.

Muitas vezes as pessoas têm o dom de ensinar e desejam ensinar. Isso as faz ir em busca de oportunidades. Da figura de um professor nato de poesia como era o professor Keating, temos um músico que precisa de mais dinheiro para finalmente compor sua sinfonia e para isso consegue um emprego de professor de música na década de 1960. A motivação do professor Holland para lecionar não era passar seus ensinamentos as mentes pueris ou ajudar jovens a aprimorar seus sonhos musicais. Todavia, é na sua motivação egoísta que inicialmente se vê num pesadelo para fazer com que estudantes de ensino médio e fundamental se interessem por sua disciplina num contexto em que o *rock n’roll* está explodindo e os clássicos negligenciados por essa geração. Em certa parte do filme a diretora do colégio o questiona se ele gosta de ensinar e de seu trabalho, visto que diariamente é o mais ávido a ir embora. A diretora fala sobre as tarefas de ser professor: “[...] encher as mentes dos estudantes com conhecimento – sim. Porém outra, mais importante, orientar para que esse conhecimento não se perca”. Todo o plano de vida do Adorável Professor se complica mais ainda quando sua esposa dá à luz a um menino surdo. Neste ponto a motivação de trabalhar como professor se torna ainda mais necessária para

custear as escolas especiais para seu filho. Ao longo de 30 anos, de músico Sr. Holland vira professor e sem nem mesmo perceber, vira exemplo a muitos estudantes que por ele passam. Ao final de uma vida lecionado sua sinfonia acaba sendo sua família, seu filho, seus estudantes.

Em um filme mais atual de outro professor que iniciou sua carreira sem perceber e por questões pessoais não relacionadas ao ensino, temos em “Escola do Rock”, Jack Black trazendo às telas um de seus personagens mais carismáticos. Dewey Finn (interpretado por Black) é um roqueiro decadente que acaba se passando por seu melhor amigo, Ned Schneebly, um professor substituto de ensino fundamental e assume a vaga deste amigo em um emprego como professor. Após ter sido demitido de sua banda e não podendo mais participar de uma competição “A Batalhas das Bandas”, Dewey – para conseguir dinheiro para pagar o aluguel – se torna professor substituto em uma escola particular americana, fazendo se passar por seu amigo. Em um dos primeiros dias letivos, Dewey e seus estudantes na aula de música e vê uma oportunidade com os estudantes. Ele monta uma banda com a classe e inventa para os estudantes que o trabalho final é uma apresentação em um show de rock. Ele consegue autorização da diretora para uma excursão após embebedá-la. Ao ensinar rock e música para os estudantes ele acaba virando modelo e amigo das crianças. Na véspera do show acontece a noite com os pais, quando toda a farsa é revelada. Os estudantes, mesmo que inicialmente chateados pela forma que tudo aconteceu, percebem o quanto aprenderam e amadureceram. Os estudantes fazendo o show, com os pais na plateia e são bem-sucedidos. Os pais são surpreendidos pelo talento dos filhos para música contemporânea. E no fim de roqueiro e farsante, Dewey vira professor de música para crianças. A facilidade que Dewey tem para ensinar o que mais ama, mostra que para ser professor você também precisa amar o que faz, mesmo que isso não seja o tradicional.

No filme “O Poder Além da Vida” metáforas sobre “prestar atenção” e “viver o momento” são colocadas de uma forma mais poética do que no filme “Aprovados” e talvez mais explícitas do que no filme “Adorável Professor e na Sociedade dos Poetas Mortos”. Neste filme, uma ginasta – Dan – vê seu mundo ruir após um acidente de trânsito no qual quebra a perna e fica impossibilitado de treinar. Por conseguinte, fica impossibilitado de buscar seu sonho que seria competir nas olimpíadas. É neste contexto que conhece Sócrates, um homem simples, mas o protagonista logo percebe sua sabedoria misteriosa que o cativa e estimula a mudar suas atitudes com a promessa de que poderia sim estar em forma e bem para disputar a tão sonhada vaga no time olímpico. Despertar a motivação necessária para seguir em frente. Quantos professores fazem isso por nós? Quanto nós queremos fazer isso nos nossos futuros estudantes? Despertar a curiosidade e levar ou sermos levados ao nosso melhor. Na sequência

do filme, Dan troca os treinos com seu professor que o dissuadiu de continuar pelas aulas com Sócrates. Essas aulas não são mais unicamente focadas nos momentos de treinos físicos, mas numa mudança de vida. *“Live in the moment”* - viver o momento é um ensinamento que muitos estudantes não conseguem levar a sério, especialmente se focados em realizações do futuro “quando eu passar nessa prova”; “quando eu terminar a graduação”; quando eu terminar a pós-graduação”. O foco no futuro não pode nos fazer esquecer do presente. Então vai um segundo ensinamento de Sócrates a Dan: *“Empty your mind of the trash”*, ou numa tradução livre: “Esvazie sua mente do lixo” e aqui entram todas as expectativas *dos outros* sobre nossa jornada, toda cobrança exagerada, toda atividade que levam a uma vida pior. Encerro com um último pensamento sobre esse filme: *“Wisdom is the use of knowledge”* – “Sabedoria é o uso do conhecimento”. Use seu conhecimento no presente, planeje, mas saiba aproveitar também o planejamento. Sair só do papel e dos números para as palavras e pessoas no mundo real. Ensine e aprenda junto.

Outro filme em que o cenário é uma escola para meninos, bastante similar em alguns aspectos ao filme “Sociedade dos Poetas Mortos”, é o longa metragem “O Clube do Imperador” – a história do professor Hundert, vivido nas telas por Kevin Kline. Um professor de história e filosofia que com a ajuda dos clássicos tenta ensinar os estudantes mais do que apenas história, mas também questões de moral - “o caráter de um homem é o seu destino”. É quando entra em sua aula o filho de um senador americano – Sedgewick. O jovem questiona e contraria o professor diversas vezes no início do seu ano letivo motivado por sua rebeldia e ânsia de chamar atenção do pai. No desafio de ensiná-lo por julgar ser um estudante com grande potencial, o estimula chegando a colocá-lo, mesmo sem todo o mérito, na final de sua competição anual “Senhor Júlio César” é surpreendido quando o estudante trapaceia. O norte de vida do professor é sempre fazer a coisa certa e honrada e se frustra ao perceber que seu estudante opta por um meio errado e vê que mesmo entre seus pares nem sempre a dedicação ou merecimento são premiados. Anos mais tarde, Sedgewick tenta recriar o campeonato. Entretanto, o professor vê novamente seu estudante trapacear para sair vencedor. Ele vai confrontá-lo e Sedgewick conta que o encontro nada mais era do que um momento para anunciar sua candidatura como senador. O professor e ele discutem sobre a moral e fraude e conta ao colega que na época foi preterido pelo professor que na verdade ele deveria ter sido Julio Cesar. Esta discussão é toda presenciada pelo filho de Sedgewick que compreende tudo e vê a imagem do pai antes tão idolatrada se partindo em sua frente. Voltando para o foco do ensino, destaco uma das frases do professor: “não importa o quanto tropeçamos, é o fardo do professor sempre ter esperança de que com o

aprendizado o caráter de um menino possa ser moldado e, desta forma, o destino de um homem”.

O uso do conhecimento e a relação médico-paciente (tema tão importante entre estudantes da saúde) são temas discutidos em outro filme com Robin Williams: “Patch Adams – o amor é contagioso”. Patch é um homem que se vê necessitando internação psiquiátrica sem saber que ela mudaria sua vida. Na ânsia de ajudar os colegas com outras formas para casos que seus médicos não estavam conseguindo agir, ele decide entrar na Faculdade de Medicina. Na faculdade inicia com um método menos ortodoxo de realizar os atendimentos, criando vínculo com seus pacientes – por vezes unicamente chamando o paciente pelo seu nome e não pelo seu leito ou sua enfermidade. Mas médicos não são ensinados a formar vínculo com seus pacientes? A tão temida transferência e contratransferência. Patch vai mostrando para seus colegas e professores o quão importante é ouvir as pessoas (pacientes ou não), tentar ver o lado bom da vida e dos momentos que são vividos e priorizar a qualidade de vida. Alguns colegas e professores tentam afastá-lo (inclusive usando como desculpa o fato de Patch ser ‘exageradamente feliz’) outros, porém, percebem como podem melhorar no seu contato com as pessoas e o quanto isso pode ajudá-las. Na saúde, às vezes, ficamos tão focados na doença que esquecemos que ela está acontecendo com um indivíduo, que as consequências da nossa ânsia de curar nem sempre trazem os benefícios que esperamos. Ele põe bem em seu discurso final: “Se tratamos a doença você pode perder ou ganhar; mas se tratamos a pessoa, com certeza vamos ganhar!”. Entender que morrer por causa de uma doença não é uma derrota, mas às vezes é parte da vida e aceitar isso nunca é uma tarefa fácil. Não é fácil para a família e amigos da pessoa que está morrendo, para o médico que se sente impotente frente a essa doença e especialmente para a pessoa que está morrendo. Entretanto, como Patch mesmo diz: “Estamos todos morrendo. E ser feliz é a melhor cura para todas as doenças”.

Encerrando essa parte de reflexões, trago uma menção ao filme lançado em 2017 e cujos lucros foram doados para Organizações não Governamentais (ONGs) das regiões onde o filme foi ao cinema – “O que de Verdade Importa”. Um jovem, Alec Bailey, descobre ter poder de curar as pessoas de seus males e se vê dividido e assustado com esse dom e apenas após conhecer e se aproximar de uma menina, Abigail, com câncer terminal e entende por que esse poder é um dom. Quantas vezes o medo do desconhecido não nos trava? Quantas vezes o que não entendemos nos faz fugir? Resta coragem para vencer esses desafios.

Como não falar de “Harry Potter”? Nos filmes, porém muito mais nos livros, temos diversos exemplos de professores. É uma saga que marcou uma geração e mesmo após 20 anos do seu início, ainda faz novos fãs. Em termos de saúde um ensinamento que essa saga trouxe,

é o incentivo de prazer a leitura e aproveitar cada umas das milhares de páginas percorridas. As crianças dos dias atuais, num mundo cada vez mais tecnológico, têm perdido o gosto pela leitura. Entre os professores do bruxinho, o mais emblemático é o diretor – Albus Dumbledore – e dele vem trechos que gostaria de dividir.

“It is our choices, Harry, that show what we truly are, far more than our abilities” – “São nossas escolhas que nos mostram quem realmente somos, muito mais do que nossas habilidades”. Nossas habilidades como professores. Iremos desenvolvendo ao longo do caminho como o professor Holland, como os aprovados em sua faculdade fictícia, como Alec aceitando ser curador. Escolhemos seguir esse roteiro e fazer o melhor dele.

Neste segundo trecho, trago um ensinamento do mestre bruxo que nos outros filmes já citados também foi discutido. *“It does not do to well on dreams and forget to live”* – “Não adianta ficar vivendo de sonhos e esquecer de viver”. Como Sócrates ensina à Dan, precisamos viver o presente e aproveitá-lo. Colocar a mão na massa e fazer do presente um futuro melhor. O *carpe diem* do Professor Keating. A felicidade exagerada do Patch focando na qualidade de vida dos seus pacientes e colegas.

E, por fim, uma frase do professor Dumbledore lembrando que mesmo nas horas mais sombrias, quando a saúde e a educação podem parecer esquecidas na lista de prioridades, se lembrarmos de ligar a luz e de sermos protagonistas na história, encontraremos, sim, alegria. *“Happiness can be found in the darkest of times, if one only remembers to turn on the light”* – “Felicidade pode ser encontrada até nos tempos mais sombrios, se alguém lembrar de ligar a luz”.

Claramente são filmes que versam entre professores e ensinamentos de vida, não ousou achar que são apenas estes ou que passaram todas as correlações que eu buscava. Eles são apenas fragmentos que trazem lembranças e fazem refletir sobre o tipo de professora ou pessoa que desejo ser durante essa jornada. São fragmentos para lembrar de quando a tela escurecer ou a cortina cair: não é o fim, mas muito possivelmente outro começo. Afinal sempre os estudos são necessários para chegarmos a uma conclusão e devemos continuar trabalhando, ensinando e principalmente aprendendo.

Referências

COELHO, L.; PISONI, S. Vygotsky: sua teoria e a influência na educação. **Revista Modelos**, Osório, v. 2, n. 2, p. 144-152, 2012.

LACANALLO, L. F. et al. Métodos de ensino e de aprendizagem: uma análise histórica e educacional do trabalho didático. **VII Jornada do HISTEDBR**. O trabalho didático na história da educação. Campo Grande, 17 a 19 de setembro de 2007.

Filmes citados

HARRY Potter e a Câmara Secreta. Direção: Chris Columbus. Produção: David Heyman. Londres: Warner Brothers, 2002. 2 DVDs.

HARRY Potter e a Ordem da Fênix. Direção: David Yates. Produção: David Heyman e David Barron. Londres: Warner Brothers, 2007. 2 DVDs.

HARRY Potter e a Pedra Filosofal. Direção: Chris Columbus. Produção: David Heyman. Londres: Warner Brothers, 2001. 2 DVDs.

HARRY Potter e as Relíquias da Morte – Parte I. Direção: David Yates. Produção: David Heyman, David Barron e J.K. Rowling. Londres: Warner Brothers, 2010. 2 DVDs.

HARRY Potter e as Relíquias da Morte – Parte II. Direção: David Yates. Produção: David Heyman, David Barron e J.K. Rowling. Londres: Warner Brothers, 2011. 2 DVDs.

HARRY Potter e o Cálice de Fogo. Direção: Mike Newell. Produção: David Heyman. Londres: Warner Brothers, 2005. 2 DVDs.

HARRY Potter e o Enigma do Príncipe. Direção: David Yates. Produção: David Heyman e David Barron. Londres: Warner Brothers, 2009. 2 DVDs.

HARRY Potter e o Prisioneiro de Azkaban. Direção: Alfonso Cuarón. Produção: David Heyman, Chris Columbus e Mark Radcliffe. Londres: Warner Brothers, 2004. 2 DVDs.

A SOCIEDADE dos poetas mortos. Direção: Peter Weir. Hollywood: Touchstone Pictures, 1989.

APROVADOS. Direção: Steve Pink. Produção; Shady Acres Entertainment; Distribuição: Universal Studios, 2006.

ADORÁVEL Professor (Mr. Holland). Direção: Stephen Herek. Distribuição: Buena Vista Picture, 1995.

ESCOLA do Rock. Direção: Richard Linklater Produção: Scott Aversano, Steve Nicolaides, Scott Rudin. Distribuição: Paramount Pictures, 2003.

O PODER Além da Vida. Direção: Victor Salva. Produção: DEJ Productions, MHF Zweit Film, e Distribuição: Focus Filmes (DVD, Brasil), 2006.

O CLUBE do Imperador. Direção: Michael Hoffman. Produção Beacon Communications. Distribuição: Universal Pictures, 2002.

O AMOR é contagioso (Patch Adams). Direção: Tom Shadyac Produção Universal Studios. Distribuição: Universal Pictures. EUA, 1998.

O QUE DE VERDADE IMPORTA. Direção: Paco Arango Produção: Paco Arango, Michael Volpe, Enrique Posner. Distribuição; Anagrama Filmes, 2017.

Ensaaios e debates

REDE DE ATENÇÃO AOS JOVENS EM VULNERABILIDADE PARA ALÉM DA SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES

NETWORK OF ATTENTION TO YOUNG PEOPLE IN VULNERABILITY BEYOND HEALTH: SOME REFLECTIONS

RED DE ATENCIÓN A LOS JÓVENES EN VULNERABILIDAD ALTA DE LA SALUD: ALGUNAS REFLEXIONES

Valter Fernando Farias Lemos Junior¹

Resumo

Este ensaio busca refletir sobre a dissonância da realidade da Rede de Atenção à saúde aos jovens em situação de drogadição e vulnerabilidade social no Brasil frente aos princípios legais da Atenção Integral na Saúde. Ao trazer para o debate elementos como legislação e resultados de pesquisas, é evidente a falta de uma rede que entenda e conflua para ter o jovem como protagonista, como sujeito no centro do debate e dos processos desta rede. Também reconhecemos a necessidade de compreender a saúde para além da doença, partindo da perceptiva dialógica de assumir a ideia de promoção da saúde como intrínseco para compreensão do direito à saúde e então articulá-lo à proposta de Atenção Integral. Conceber a completude das condições de vida destes sujeitos e o acesso às políticas públicas como elementos fundamentais nas condições de saúde desse e de outros grupos sociais é essencial. Este texto defende o Sistema Único de Saúde, seus princípios de integralidade, equidade e universalidade e também que a saúde é e deve ser um direito público garantido pelo Estado. Afirmamos que é determinante admitir as disputas que tencionam a atenção e cuidado em saúde e as políticas públicas e que tal contexto é presente e traz fortes efeitos no cotidiano das redes de atenção em saúde. Concluimos que o estudo sobre as demandas sociais e uma apropriação das conquistas deva ser aproximada das realidades das vidas dos sujeitos e seus cotidianos, enquanto ações de Estado e políticas públicas, na busca de redes de atenção e cuidado em saúde promotoras de cidadania.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Direito à Saúde. Políticas Públicas. Protagonismo Juvenil.

Abstract

This work seeks to reflect on the dissonance of the reality of the health care network for young people in situation of drug addiction and social vulnerability in Brazil in the face of the legal principles of Integral health care. In bringing to the debate elements such as legislation and research results, it is evident the lack of a network that understands and confluence to have the young man as protagonist, as subject at the center of the debate and the processes of this network. We also acknowledge the need to understand health beyond the disease, starting from the dialogical perceptual of assuming the idea of health promotion as intrinsic for the comprehension of the right to health and then articulates it with the

¹ Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde na Faculdade de Medicina da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: valternacao@gmail.com

proposal of Integral care. Conceiving the completeness of these subjects' living conditions and access to public policies as fundamental elements in the health conditions of this and other social groups is essential. This text defends the unified health system, its principles of integrality, equity and universality and also that health is and must be a public right guaranteed by the State. We affirm that it is decisive to admit the disputes that intend attention and care in health and public policies and that this context is present and brings strong effects in the daily life of health care networks. We conclude that the study on social demands and an appropriation of achievements should be approximated to the realities of the lives of the subjects and their daily life, as actions of state and public policies, in the search for health care networks promoting Citizenship.

Keywords: Health Care. Right to Health. Public. Policies. Youth Protagonism.

Resume

Este ensayo busca reflexionar sobre la disonancia de la realidad de la red de atención de la salud para los jóvenes en situación de adicción a las drogas y vulnerabilidad social en Brasil ante los principios legales de la atención integral de la salud. Al aportar al debate elementos como la legislación y los resultados de la investigación, es evidente la falta de una red que entienda y confluencia a tener al joven como protagonista, como sujeto en el centro del debate y de los procesos de esta red. También reconocemos la necesidad de entender la salud más allá de la enfermedad, partiendo de la percepción diagnóstica de asumir la idea de la promoción de la salud como intrínseca para la comprensión del derecho a la salud y luego la articula con la propuesta de atención integral. Es esencial concebir la integridad de estos temas 'las condiciones de vida y el acceso a las políticas públicas como elementos fundamentales en las condiciones de salud de este y otros grupos sociales. Este texto defiende el sistema de salud unificado, sus principios de integralidad, equidad y universalidad, así como que la salud es y debe ser un derecho público garantizado por el Estado. Afirmamos que es decisivo admitir las controversias que pretenden la atención y la atención en la salud y las políticas públicas y que este contexto está presente y produce fuertes efectos en la vida cotidiana de las redes de atención de la salud. Concluimos que el estudio sobre las demandas sociales y la apropiación de logros debe aproximarse a las realidades de la vida de los sujetos y su vida cotidiana, como acciones de políticas estatales y públicas, en la búsqueda de redes de atención de la salud que promuevan Ciudadanía.

Palabras clave: Atención a la Salud. Derecho a la Salud. Políticas Públicas. Protagonismo Juvenil.

Introdução

Este ensaio busca provocar uma reflexão a respeito dos lentos e escassos passos que a saúde pública vem dando no tema da atenção para jovens em situação de vulnerabilidade e abuso de drogas. Mesmo com uma agenda de participação das entidades de juventude através das conferências Nacionais de Juventude -a partir de 2004 com o Plano Nacional de Juventude – quando foi produzido material sobre o contexto da juventude no acesso às políticas básicas, dentre elas a saúde. A partir daí muitas demandas foram levantadas, mas pouco se efetivou no atendimento real às necessidades apontadas. Apenas em 2010 foram publicadas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Em 2013 foi aprovado o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013). Tais documentos, ao tratarem da questão da atenção aos jovens usuários, convergem na necessidade e na responsabilidade do Estado sobre o princípio de que esta atenção deve ser integral.

Observamos que tais deliberações legais, entretanto, não se efetivaram. A situação está inserida em um contexto onde o Sistema Único de Saúde (SUS) sofre tensões em todos os seus níveis de atenção e estas dificuldades de efetivação são uma realidade, bem como nas demais

áreas dos serviços públicos. Porém, quando se trata de juventude, e de modo específico da juventude vulnerabilizada que é a juventude pobre, a despriorização das ações e investimentos nas garantias destes direitos sofrem um menosprezo ainda maior do Estado e da sociedade.

Políticas Públicas de Juventude e Saúde: contextos e textos

Em 2013, foi aprovada a Lei 12.852, o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013). A partir do Estatuto são considerados jovens no Brasil aqueles com idade entre 15 e 29 anos. O Estatuto se concretiza como uma conquista dos movimentos sociais na luta por garantia de direitos aos jovens no Brasil. De acordo com o documento base da primeira Conferência Nacional de Juventude, em 2008, é importante falar de jovens no Brasil, pois a juventude ganhou espaço na mídia, nas pesquisas acadêmicas e nos debates públicos principalmente nos últimos 15 anos. Atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 50,5 milhões de brasileiros, ou seja, um quarto da população do país, têm entre 15 e 29 anos. Esse grupo etário nunca foi (e nem será, desde que se mantenham as tendências demográficas) tão numeroso, em termos absolutos, como é hoje (CONJUVE, 2008).

O tema juventude é novo enquanto objeto de pesquisa em termos históricos. Podemos afirmar que com a chegada da modernidade e com o surgimento da escola, da família e da infância surge a juventude como a concebemos.

Por volta do século VI e VII, na idade média, as delimitações começavam a assumir características etárias, definidas como: infância (de 0 a 7 anos), puberdade (de 8 a 13 anos), adolescência (de 14 a 21 anos) e juventude (de 22 a 30 anos). Uma consideração importante trata do fato de que, apenas aos 40 anos, os homens podiam participar dos cargos políticos, porque esta idade representava o fim da idade dos perigos. A partir do século XVIII, com J. J. Rousseau, começa a surgir, então, uma visão mais sociológica da juventude, e a principal característica atribuída aos jovens, neste período, é, segundo Ortega y Gasset (1987), identificada em uma figura que somente executa as velhas ideias implantadas pelos adultos, afirmando não “(...) a sua juventude, mas princípios recebidos” (p.119). Somente ao fim do século XIX, surge, nas classes burguesas o termo adolescência, como o resultado de uma sociedade capitalista e industrializada, com a intenção de demarcar o início da segunda infância, definindo a idade para além dos 13 anos. Esta sociedade caracterizou uma juventude que almeja a maturidade precoce, chegando a envergonhar-se de sua condição juvenil (GRINSPUN; GUIMARÃES, 2008, p. 2).

A partir das configurações da sociedade moderna os indivíduos passam a ser formados para a nova estrutura econômica das fábricas e dos sistemas produtivos (ARIÈS, 1981). É importante destacar a juventude como uma categoria socialmente construída, em circunstâncias históricas, econômicas, sociais e políticas particulares, que podem modificar-se ao longo do tempo. O que implica o desafio constante de desconstrução de aspectos dos jovens dados como

homogêneos e independentes do contexto em que estejam imersos (PAIS, 2005).

A juventude pode ser conceituada muito mais do que um fenômeno complexo dentro do processo de vida que precede a dita ‘vida adulta’. A juventude é um conjunto etário populacional heterogêneo, diverso e dinâmico, com necessidades complexas, imbricadas com marcas identitárias sociais, étnicas, de gênero, classe e tempo histórico.

É importante pensarmos a juventude enquanto ideal de identidade da sociedade capitalista de consumo. Esse processo construído culturalmente a partir de meados do século XX se reforça ainda mais no século XXI com o advento das tecnologias da informação. Diante de todas as características já citadas é necessário pensar essa juventude em um contexto de acesso às novas tecnologias, à internet principalmente. Hoje as grandes referências da juventude, além de artistas ou celebridades do esporte, são os youtubers, os quais determinadamente também são jovens. A característica de imediatismo em todo esse comportamento e nesse processo de desenvolver interesse nos modos de relações e de lidar com as informações e com os experimentos vivenciais tornam o tema juventude ainda mais complexo e desafiador.

Políticas públicas de juventude

As políticas públicas de juventude são conceituadas como ações do poder público que buscam atender à juventude. As políticas com foco na juventude que se desenvolveram nos últimos anos podem ser consideradas frágeis, pois se configuraram enquanto políticas governamentais e não como políticas de Estado. Embora o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM) e o Programa Universidade para Todos (PROUNI) tenham promovido mudanças no cenário de exclusão da juventude, sua permanência depende da vontade dos gestores.

As Políticas Públicas de Juventude (PPJ) que foram implementadas pelo governo brasileiro a nível nacional, estadual, distrital ou municipal, trazem em seu histórico as características de uma política pública de governo. Essas políticas, quando não estão regulamentadas por lei dentro de um plano nacional, para que efetivamente sejam executadas como uma política pública de Estado, ficam na dependência da livre faculdade do gestor público para serem executadas, ou não (BRASIL, 2008, p. 15).

Há um apanhado de análises sobre as Políticas Públicas de Juventude (PPJ) no Brasil. Estudos de Abramovay e Castro (2015), Sposito (2008) entre outros avaliam as características dessas ações. Há entre todos os estudos uma convergência: toda PPJ só tem eficácia a partir da participação da juventude, do contrário sua ação será infrutífera. O próprio plano nacional que

tramita há mais de uma década na Câmara dos Deputados foi construído a partir do protagonismo juvenil.

O Plano foi construído de forma participativa e inclusiva, por meio de audiências públicas que ocorreram em todo o país, colocando os jovens como protagonistas das discussões. Mais do que uma contribuição expressiva para a juventude, temos aqui um documento que reforça o importante papel do Brasil como precursor na criação de uma política avançada para os jovens (BRASIL, 2008, p. 13).

Durante estes 13 anos desde a criação da Secretaria Nacional da Juventude (SNJ), no âmbito do governo federal, ocorreram conferências, encontros, fóruns e conquistas de marcos legais – como o Estatuto da Juventude – elaborado e construído pelas mãos, mentes e corações da juventude pelo Brasil, que possibilitaram um acervo interessante nos canais do CONJUVE e da SNJ.

A mudança política que o país sofreu em 2016, dentre tantas ações desestruturastes, como a EC 95¹, também promoveu um desmanche na Secretaria de Juventude. Os espaços foram ocupados com pessoas sem nenhum vínculo com a defesa dos direitos humanos, com a pesquisa sobre juventude ou com as organizações de luta em defesa da juventude e dos seus direitos. Mesmo assim, a proposta atualizada do Plano Nacional de Juventude² (2018) acabou sendo realizada com o protagonismo do CONJUVE, que conseguiu fazer valer todo o acúmulo e dar ao conteúdo desta proposta as demandas construídas ao longo desse processo.

Saúde e Juventude

No processo de construção das propostas de Plano Nacional Juventude (PNJ), que passa pelas três conferências de juventude: 2008, 2011 e 2015 e da própria conquista em 2013 do Estatuto da Juventude (EJ), as diversas demandas de políticas foram sendo discutidas, analisadas e pautaram as propostas do conjunto da juventude que protagonizou este processo. Estas foram demandas setorializadas nas quais saúde, educação, segurança, cultura e lazer, acesso ao trabalho e justiça, entre outras, sofreram a análise, provocaram estudos e elaboração de proposições. Estas proposições embasaram o EJ e embasam a proposta de PNJ para que as PPJ no Brasil deixem de ser políticas governamentais e passem a ser políticas de estado. Alicerçando, nas estruturas legais do país, a garantia de direitos aos jovens.

¹ Emenda Constitucional 95/2016 que congela por 20 anos os investimentos das áreas como educação, saúde e assistência social.

² É importante ressaltar que o PNJ já tramita há mais de uma década na Câmara dos Deputados.

No que tange a saúde e às demandas da juventude para esta área, a proposta do PNJ afirma que:

No Brasil a necessidade de garantir uma política nacional de atenção à saúde dos jovens deve ser construída a partir das diretrizes da Política Nacional de Juventude, e se faz necessária para que todas as particularidades sejam consideradas. Os problemas de saúde mais visíveis entre os jovens são um misto de fatores psicossociais, ligados à sexualidade, à violência, ao abuso de drogas e ao suicídio, que são os temas mais preocupantes (BRASIL, 2008, p. 57).

Nos documentos base das conferências de juventude a questão da atenção aos jovens em situação de abuso de drogas sempre esteve presente entre as principais demandas da saúde. O discurso dos documentos apresenta uma sintonia com os princípios da promoção da saúde e da atenção integral, como vemos no documento base da conferência de 2011.

A saúde integral dos(as) jovens brasileiros(as), urbanos e rurais, não se refere somente à questão física, mas também à questão psicossocial e não diz respeito somente às doenças ou à assistência médica e curativa. Saúde, para a juventude, envolve uma diversidade de fatores que podem ser tanto protetivos e preventivos quanto de redução de riscos, a depender de um contexto que lhes dê sentido, visando à promoção integral da saúde (BRASIL, 2011, p. 13).

No primeiro documento base de 2008 já podemos observar que o fórum em questão assume a compreensão da saúde com a abrangência necessária:

No debate sobre a saúde juvenil geralmente surgem temas como o combate às drogas, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, a gravidez indesejada, os acidentes de trânsito e a violência. Grande parte desses problemas, e das eventuais mortes deles decorrentes, pode ser evitada. A juventude é uma fase da vida particularmente saudável. A solução geralmente está ligada a mudanças de hábitos e comportamentos entre os jovens (CONJUVE, 2008, p. 13).

E segue afirmando que é necessário não limitar a visão ao uma perspectiva biomédica quando se trata de juventude e de que é necessário inovar, construir novos caminhos para enfrentar estas demandas.

Mas é preciso cuidado para não limitar a abordagem de saúde às ações de caráter preventivo, que são implicitamente ações contra condutas supostamente de risco, numa perspectiva de controle social. É necessário que se abra um novo horizonte de promoção da saúde, levando em conta que não se trata apenas de uma questão biológica ou psicológica, mas, sobretudo, dos desejos e projetos de vida (BRASIL, 2008, p. 13).

Nesta reflexão assumimos uma perspectiva crítica. Perspectiva que assume a saúde como um direito, dentro de uma lógica de promoção da saúde e dos princípios do Sistema Único de Saúde da atenção integral, buscando promover mudanças, desde um agir reflexivo. Esta ação ativa e reflexiva difere da prática reativa de agir e após pensar, mas sim da prática intrínseca da reflexão, um pensar/agir protagonista ancorado na solidariedade humana, estabelecido pela prática dialógica, interacionista, que busque sempre ser ética e humanizante.

As sociedades enfrentam, hoje, o desafio de oferecer às gerações jovens, princípios éticos de convivência e ideais humanos que possam ser compartilhados por pessoas com diferentes antecedentes e formações. Uma representação convincente da democracia parece ser o caminho para o desenvolvimento de identidades autônomas, prontas para adaptar-se e responder a rápidas mudanças sociais, culturais e econômicas. Tal representação enfatiza a liberdade e a interdependência, a tolerância e o respeito mútuo, a iniciativa e a competência para trabalho construtivo e cooperativo (SOUZA, 2004, p. 25).

Assim, a presente provocação foca o tema a partir de um ângulo crítico que assume que qualquer PPJ com pretensão de produzir felicidade na vida social deve fundamentar-se pela amplitude da consideração dos saberes, da dimensão da vida enquanto transdisciplinar e transetorial, da promoção do protagonismo da juventude.

Precarização das Políticas Públicas de Juventude

O processo de efetivação do SUS é entendido como um itinerário em curso, que se encontra na altura de seus 28 anos e é inegável que nesta construção há uma série de disputas e tensionamentos de ideias e de interesses. Tratando-se de um sistema com tal dimensão, dentro de um contexto de um país continental e de uma diversidade extrema em muitos aspectos, como regionais, econômicos, culturais, entre outros, é necessário assumirmos as diferentes forças que compõem os processos de tomada de decisão sobre investimentos, o destino dos recursos, o tipo de serviço, etc. A ideia de promoção da saúde assumiu espaço de ideário de sistema de saúde com relativa significância, no período pós reforma sanitária, articulando-se com o princípio da integralidade presente na Lei 8080/90 que instituiu o SUS (BRASIL, 1990).

Desta forma, entendemos que a ideia de promoção da saúde se fundamenta no estado saudável da pessoa e sua permanência enquanto fator de vida e não mais apenas na doença. A responsabilidade social do Estado na permanência e manutenção de um cidadão/cidadã saudável se estabelece por serviços públicos de diversas áreas para além da saúde.

O processo de saúde-adoecimento está intimamente relacionado a múltiplos determinantes sociais e a modos de vida envolvidos na gênese, no desenvolvimento e

na perpetuação dos problemas, evidenciando a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho a essa realidade e ao mesmo tempo exigindo estratégias que favoreçam a integração com outras políticas setoriais e tecnologias para a defesa da vida e para a garantia de opções saudáveis para a população (BRASIL, 2010, p. 74).

Neste contexto complexo e tenso, a concepção de promoção e atenção da saúde aos jovens em situação de vulnerabilidade é uma demanda que se insere no âmbito das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. As Diretrizes apresentam um marco interessante e que reconhece esta parcela social digna de uma atenção e cuidado específico e adequado, posicionando o tema como uma necessidade social e de responsabilidade do Estado apenas em 2010. O documento base da primeira Conferência Nacional de Juventude já denunciava que o Estado e a sociedade não se prepararam para a demanda de serviços públicos necessários a grande parcela de jovens com idade de 15 a 29 anos, consolidando um cenário de extrema precariedade no acesso a estes serviços.

Este panorama de exclusão e vulnerabilidade social de uma parcela significativa da juventude brasileira é um desafio. É necessário que universidades, Estado e a sociedade tracem itinerários que possam propiciar novos caminhos, ações, alternativas de abordagens educativas e de políticas públicas nas diversas áreas de atenção à juventude, efetivando avanços culturais dos quais a realidade contemporânea nos exige. Não é aceitável que mesmo 10 anos após a publicação do documento base da Primeira Conferência Nacional de Juventude e da aprovação do Estatuto da Juventude, que ocorreu em 2013, o Estado não se encontre minimamente adequado às necessidades fundamentais desta parcela da população.

A preocupação é porque o Estado não se preparou para receber adequadamente esse enorme contingente de jovens. A oferta de bens e serviços públicos é insuficiente para atender toda a demanda. O Ensino Médio ou o mercado de trabalho, por exemplo, ainda estão longe de atender a todos. Soma-se a isso o baixo conhecimento do poder público sobre a realidade juvenil, o que em muitos casos provoca um desencontro entre as demandas dos jovens e as políticas públicas (CONJUVE, 2008, p. 6).

Cerca de 26% da população brasileira é composta por jovens que têm entre 15 e 29 anos de idade (IBGE, 2019). É uma parcela da população que tem protagonismo nos âmbitos estratégicos do desenvolvimento do país como: atividade econômica, produção cultural, educação, entre outros. É fato, porém, que o Estado e a sociedade não priorizaram atender esta demanda de população jovem com acesso a políticas públicas voltadas às suas necessidades. Esta população é também protagonista nos temas mais preocupantes no cenário nacional: os altos índices de violência. É importante ressaltar que a falta de acesso aos serviços básicos como

saúde, educação, cultura, lazer, segurança e emprego é o retrato de um cenário atual que vulnerabiliza esta população e expõe a ineficiência do Estado na garantia dos direitos básicos à dignidade e cidadania, bem como do acesso à saúde. A taxa de homicídios entre os jovens é duas vezes e meia maior do que entre os outros segmentos etários. O número de assassinatos se manteve estável no restante da população, porém, entre a juventude cresceu 81,6% nos últimos 22 anos (UNESCO, 2004).

Embora a sociedade tenha conquistado marcos importantes para a garantia de direitos – como o SUS – o Estatuto da Juventude (Lei 12.852/2013) se constitui apenas como um dispositivo de intencionalidade de garantia destes direitos também. Estas ferramentas e marcos legais não se efetivam na realidade concreta e cotidiana na rede de atendimento de saúde e configuram assim um cenário de distanciamento dos jovens em relação aos serviços de saúde, abandono e pouca adesão destes às ofertas de cuidado na rede pública de saúde.

Nesse contexto, a baixa adesão aos serviços por parte desse público configura problema de saúde pública, envolto em uma teia de relações e dimensões constitutivas dos adolescentes, que implica considerar os diversos modos de vivenciar a adolescência e (re)pensar práticas de promoção da saúde em busca de uma abordagem integral voltada à modificação do cenário atual (ALVES et al., 2016, p. 37).

A pouca adesão se constitui em uma questão importante no que diz respeito a políticas públicas de acesso a saúde para jovens em situação de vulnerabilidade. Este contexto é um grande desafio ao sistema de saúde, ao Estado e à sociedade na busca de alternativas que o enfrentem.

É consenso na literatura que os adolescentes são uma população exposta ao risco do uso de drogas, podendo levar ao desenvolvimento dos quadros de abuso e/ou dependência de substâncias. Assim, se faz necessário compreender melhor os processos envolvidos no tratamento dessa população (SCADUTO; BARBIERI, 2009, p. 607).

Estimativas do Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crime evidenciam que aproximadamente 243 milhões de pessoas, número que corresponde a 5% da população mundial, consomem substâncias psicoativas ilícitas e, destes, 0,6% desenvolvem a dependência de tais substâncias, ocasionando intenso impacto na vida individual, familiar, social e ocupacional (FERREIRA, 2015).

Comprendemos que a população jovem está mais exposta ao envolvimento, ao experimento, às descobertas e que o acesso e uso de substâncias psicotrópicas se inserem neste

contexto de risco de uso abusivo e DQ (dependência química). Estes são fatos que agravam a saúde e o desenvolvimento destes jovens.

Diante deste panorama, a estruturação de redes de cuidados e proteção intersetoriais se apresenta como um dispositivo potente no enfrentamento da referida problemática. Apoiada em uma lógica de promoção da saúde, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde evidenciam:

[...] a importância da promoção à saúde na produção de saúde de adolescentes e de jovens, enfatiza-se a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre esses dois campos da atenção à saúde (BRASIL, 2010, p. 75).

Considerações Finais

Este ensaio desejou frisar que as redes de atenção em saúde, do ponto de vista do protagonismo e centralidade de cuidado para jovens em situação de vulnerabilidade, ainda habitam a letra fria da legislação e das diretrizes. No cotidiano dos Centros de Apoio Psicossocial, em muitos municípios brasileiros, problemas estruturais como a falta de profissionais, principalmente da área da assistência social, a falta de recursos e de acolhimento às questões próprias da juventude são elementos que expõem a fragilidade destas redes, e também deixam transparecer o descomprometimento do Estado e da sociedade com os jovens brasileiros em situação de vulnerabilidade.

[...] estudos brasileiros sobre o tema em questão vêm dando indícios de que a constituição dessa rede de cuidados é desafiante. Apesar da lacuna de pesquisas que avaliem a articulação de diferentes serviços de saúde para atender o usuário de álcool, crack e outras drogas, na literatura há registros de situações que despontam sinais de fragilidades da atenção aos usuários que certamente interferem na efetivação deste processo e conseqüentemente, no atendimento e na resolubilidade dos casos (VARELA, 2016, p. 297).

Uma lógica cultural de invisibilidade e despriorização do jovem vulnerabilizado permanece forte e rege a prática geral dos gestores. A implementação de políticas de Estado que enfrentem esse panorama precisam ir muito além para serem objetivas.

Destaca-se a responsabilidade do Estado na implementação de políticas de saúde capazes de assimilar os princípios norteadores dos direitos humanos e de superar uma perspectiva penalista, proibicionista, que não contextualiza a complexa escolha pontual ou circunstancial de cada pessoa (ALVES; LIMA, 2013, p. 27).

Segundo Alves et al. (2016), a intervenção da rede na comunidade não se materializa nos contextos municipais:

[...] há deficiências nos serviços, decisivas na baixa procura dos adolescentes pela ESF: a ausência de atividades destinadas ao público, a falta de preparo dos profissionais para lidar diretamente com os adolescentes e para atender suas demandas de saúde, a ausência de atividades de educação em saúde, a deficiência na comunicação e formação de vínculo, a dificuldade para ser atendido no serviço (filas) e a falta de recursos econômicos e infraestrutura (ALVES et al., 2016, p. 29).

Trata-se de um fator essencial para que os resultados da intervenção desta rede na vida dos usuários produzam felicidade e promovam saúde. A falta de estrutura e investimento do Estado neste sujeito é intrínseca à ausência do poder público nestas comunidades. Assumir uma lógica descarregada dos valores que impedem a alteridade neste contexto é uma tarefa dos profissionais, dos gestores e autoridades para que estas políticas se efetivem.

Alcançando uma nova interpretação da realidade e promovendo o cuidado como vertente de integração subjetiva, familiar e comunitária, a estratégia de redução de danos volta-se para a minimização das consequências – danos e prejuízos psíquicos, físicos e sociais – relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas sempre integrada ao binômio da vontade do sujeito e do seu direito a uma vida mais saudável, segundo a mobilização conjunta da sua capacidade de ser construtor de uma nova escolha, da escolha da sua dignidade e da sua cidadania (ALVES; LIMA, 2013, p. 27).

Os jovens em questão merecem ser concebidos como sujeitos sociais que trazem uma carga de saberes, desejos e gostos, como fatores importantes no caminho de construção de abordagens e ferramentas que possam agregar na produção de vínculo e adesão destes à rede de atenção e ao processo de cuidado. Observamos uma real necessidade dos profissionais implicados nestas redes, principalmente os da saúde, se situarem diante dos desafios de suas práticas na promoção da saúde deste grupo, com suas expectativas e demandas.

Referências

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. Ser jovem no Brasil hoje: políticas e perfis da juventude brasileira. **Cadernos Adenauer XVI**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 13-25, 2015. Disponível em: <http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/175/1/ABRAMOVAY_serjovem_2015.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

ALVES, J. H. A. et al. Fatores envolvidos na adesão de estudantes adolescentes à estratégia saúde da família. **Sanare**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 37-46, jun./dez. 2016.

ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Rev. Dir. San.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 9-32, 2013.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BRASIL. Lei Federal 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Estatuto da juventude. Lei nº 12.852 de 05 de agosto de 2013. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília, 2010.

BRASIL. Secretaria de Governo. Secretaria Nacional de Juventude. **Plano Nacional de Juventude: proposta de atualização da minuta do Projeto de Lei nº 4.530/2004**. Brasília: SNJ, 2008. Disponível em: <http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/219/1/SNJ_atualiza%C3%A7%C3%A3o_plano_nacional_juventude_2018.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL. Secretaria Nacional de Juventude. **II Conferência Nacional de Juventude: documento base**. Brasília: SNJ, 2011. Disponível em: <http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/124/1/SNJ_CONF_2_documento_base_2011.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE (CONJUVE). **I Conferência Nacional de Juventude: documento base**. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude; Fundação Friedrich Ebert, 2008. Disponível em: <http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/198/1/SNJ_CONF_1_documento_base_2008.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

FERREIRA, A. C. Z. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 157-164, abr./jun. 2015.

GRINSPUN, M. P. S. Z; GUIMARÃES, G. G. **Revisitando as origens do termo juventude: a diversidade que caracteriza a identidade**. GT-20: Psicologia da Educação, UERJ, 2008. Disponível em: <http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt20-4136-int_0.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/webservice/>>. Acesso em: 06 jun. 2019.

PAIS, J. M. Jovens e cidadania. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, n. 49, p. 53-70, 2005.

SCADUTO, A. A; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 605- 614, 2009.

SOUZA, V. **Juventude, solidariedade e voluntariado**. Salvador: Fundação Odebrecht, 2004. 457 p.

SPOSITO, M. P. Juventude e Educação: interações entre a educação escolar e a educação não-formal. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 83-98, jul./dez. 2008.

UNESCO. **Políticas Públicas de/para/com Juventudes**. Brasília: UNESCO, 2004.

VARELA, D. S. S. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 296-302, 2016.

Pesquisas

A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO DO RIO GRANDE DO SUL

HEALTH JUDICIALIZATION IN THREE MUNICIPALITIES IN THE CENTRAL REGION OF RIO GRANDE DO SUL

LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD EN TRES MUNICIPIOS DE LA REGIÓN CENTRO DEL RÍO GRANDE DEL SUR

Francisco Roberto de Avelar Bastos¹

Anderson Alberto Gonçalves Alves²

Leonardo Rafael Soares Ribeiro³

Rafael Nunes Perufo⁴

Resumo

A judicialização da saúde é um fenômeno recente no Brasil. Em linhas gerais, deve ser entendida como um fenômeno amplo e diverso de reclame de bens e direitos no Poder Judiciário: são insumos, consultas, cirurgias, medicamentos, assistência em saúde, dentre outras demandas protegidas pelo direito à saúde. Em consequência disso, existem argumentos distintos para analisar as implicações do fenômeno da judicialização do direito à saúde no país: de um lado, se anuncia a possibilidade de efetivação do direito; do outro, há o risco de a judicialização ser uma interferência indevida ou problemática do Judiciário nas políticas públicas. Diante do significativo número de processos ajuizados referentes à busca do Direito à Saúde, realizou-se a presente pesquisa em 234 processos judiciais impetrados por usuários, entre os anos de 2012 a 2015 onde constatou-se os seguintes resultados: a maioria das ações judiciais relacionam-se com medicamentos, a origem de grande parte de três municípios da Região Centro do Rio Grande do Sul, Cachoeira do Sul, Novo Cabrais e Cerro Branco, as ações se deram por meio da Defensoria Pública, maior número de ações relacionadas com especialidades médicas, em faixas etárias acima dos quarenta anos e do sexo masculino. Concluímos que os dados também podem nos motivar sobre como tem ocorrido o acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção, como também, que esses elementos possam mais do que buscar melhorias na judicialização da saúde e sirvam para subsidiar os gestores na construção de indicadores de monitoramento das ações judiciais, para o acompanhamento temporal e para a comparação da situação dos mandados judiciais entre diferentes locais, proporcionando a integralidade da atenção.

Palavras-chave: Judicialização. Direito à Saúde. Ações Judiciais.

¹ Doutor em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde na 8ª Coordenadoria Regional de Saúde. E-mail: francisco-bastos@saude.rs.gov.br

² Graduado em Administração. Especialista em Saúde na 8ª Coordenadoria Regional de Saúde. E-mail: anderson-alves@saude.rs.gov.br

³ Graduado em Direito. Especialista em Saúde na 8ª Coordenadoria Regional de Saúde. E-mail: leonardo-ribeirto@saude.rs.gov.br

⁴ Graduado em Farmácia. Especialista em Saúde na 8ª Coordenadoria Regional de Saúde. E-mail: rafael-perufo@saude.rs.gov.br

Abstract

The judicialization of health is a recent phenomenon in Brazil. In general lines, it must be understood as a wide and diverse phenomenon of claiming assets and rights in the Judicial Power: they are inputs, consultations, surgeries, medication, health care, as well as demands protected by the health right. In consequence of that, there are distinctive arguments to analyze implications of the phenomenon of judicialization of health rights in the country: on one side, there is the possibility of making that right effective; on another, there is a risk of judicialization to be an imposed and problematic interference of the judiciary on public policies. In view of the significant number of lawsuits in relation to the search for the Right to Health, we developed the present research of 234 lawsuits filed by the users, between the years of 2012 and 2015 where we found the following results: most of lawsuits were related to medication, originated from a great part of three cities in the Center region of Rio Grande do Sul, Cachoeira do Sul, Novo Cabrais and Cerro Branco, the actions took place through the Public Defender's Office, a greater number of actions related to medical specialties, in age groups over forty and male. We concluded the data could also motivate us about how access to health services in three levels have been happening, as well as, these elements can seek to improvement in judicialization of health to subsidize administrators on constructing indicators of monitoring judicial actions, to temporal monitoring and to compare the situation of judicial errands among different places, enabling care integrity.

Keywords: Judicialization. Right to Health. Lawsuits.

Resumén

La judicialización de la salud es un fenómeno reciente en Brasil. En líneas generales, debe ser entendida como un fenómeno amplio y diverso de reclamo de bienes y derechos en el Poder Judicial: son insumos, consultas, cirugías, medicamentos, asistencia en salud, entre otras demandas protegidas por el derecho a la salud. En consecuencia, existen argumentos distintos para analizar las implicaciones del fenómeno de la judicialización del derecho a la salud en el país: por un lado, se anuncia la posibilidad de efectivación del derecho; del otro, existe el riesgo de que la judicialización sea una interferencia indebida problemática del Poder Judicial en las políticas públicas. Ante el significativo número de procesos enjuiciados en relación a la búsqueda del Derecho a la Salud, se realizó la presente investigación en 234 procesos judiciales impetrados por usuarios, entre los años 2012 a 2015 donde se constataron los siguientes resultados: la mayoría de las acciones judiciales se relacionan con medicamentos, el origen de gran parte de tres municipios de la Región Centro del Rio Grande do Sul, Cachoeira do Sul, Novo Cabrais y Cerro Branco, las acciones se dieron a través de la Defensoría Pública, mayor número de acciones relacionadas con especialidades médicas, en grupos de edad por encima de los cuarenta años y del sexo masculino. Concluimos que los datos también pueden motivarnos sobre cómo ha ocurrido el acceso a los servicios de salud en los tres niveles de atención, como también, que esos elementos puedan más que buscar mejoras en la judicialización de la salud y servir para subsidiar a los gestores en la construcción de indicadores de monitoreo de las acciones judiciales, para el acompañamiento temporal y para la comparación de la situación de los mandatos judiciales entre diferentes locales, proporcionando la integralidad de la atención.

Palabras clave: Judicialización. Derecho a la Salud. Acciones Judiciales.

Introdução

Após dois anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, que elevou o direito à saúde ao patamar de direito fundamental, começaram a surgir nos tribunais ações judiciais especialmente para fornecimento de medicamentos (BORGES; UGA, 2005). Estando a saúde incluída no rol dos direitos sociais elencados no art. 6º da Constituição Federal da República Federativa do Brasil classificados como direitos de segunda geração, que tem, em sua maioria, caráter positivo, exigindo prestações por parte do Estado (BRASIL, 1988).

Em 1990 foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde – Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142 (BRASIL 1990a; 1990b) – que iniciam todo o regramento do sistema de saúde brasileiro. A descentralização dos serviços públicos de saúde, com direção única em cada esfera de governo e a prioridade para as atividades de promoção e de prevenção, são algumas das diretrizes dessa rede hierarquizada por regiões que formam o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse é o sistema que organiza toda a rede de saúde pública nacional cujas competências são: controlar e fiscalizar produtos relacionados à saúde, produzir medicamentos, promover ações de vigilância sanitária, alimentar, epidemiológica e toxicológica.

A saúde pública, de acordo com a Constituição Federal nos artigos 193 e seguintes, está inserida na Seguridade Social que engloba, além dela, a assistência e a previdência social. Objetivamente, o atendimento destas três vertentes deve ser universal, uniforme, e financiado por toda a sociedade, tendo o Poder Público competência para organizar, controlar, regradar, fiscalizar e executar quaisquer atividades inerentes.

Tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde e principais normas legais, a saúde é conceituada como um completo estado de bem-estar que abrange conjuntura social, econômica, cultural e política e não só uma mera ausência de doenças, logo, saúde é sobretudo uma questão de justiça social e de cidadania (SCLIAR, 2007).

Tendo a natureza de um direito social, a saúde, deve ser garantida pelo Estado aos seus cidadãos, por meio de ações públicas positivas e políticas que permitam o acesso a todos os meios adequados para o seu bem-estar, incluindo a disponibilização de serviços e insumos de assistência à saúde. O reconhecimento do direito à saúde como um direito humano fundamental à preservação da vida e dignidade humana e, conseqüentemente, sua incorporação nas leis, políticas públicas e jurisprudências, espelham as tensões e percepções sobre as definições de saúde e doença, às subjetividades, aos direitos e liberdades pessoais, e uma dimensão coletiva, que requer assegurar esse bem-estar individual a todos, a um custo aceitável para a sociedade; de como alcançar este estado de bem-estar, e quais os direitos e responsabilidades dos cidadãos e do Estado (VENTURA et al., 2010).

Com o processo de implementação do SUS, a judicialização da saúde ganhou força nos últimos anos. O acesso à justiça em busca da efetivação de um Direito previsto na Constituição Federal busca efetivar o que o Estado, em sentido amplo, não consegue atingir em plenitude: dar, porque é seu dever, acesso à saúde para a população.

O dilema entre o Direito e a Saúde, que se expressa no fenômeno da judicialização da saúde – é a de como o Estado, no âmbito dos Poderes Executivo, Legislativo ou Judiciário, deve promover o bem-estar das pessoas, de forma igualitária e sem discriminação de qualquer

espécie, promovendo o acesso universal e igualitário aos avanços biotecnocientíficos. A alta intensidade da demanda judicial no âmbito da saúde reflete a busca de efetividade de um aspecto desse direito, que é o acesso aos meios materiais para seu alcance. O fenômeno pode ser considerado como um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre direito vigente e o direito vivido (VENTURA et al., 2010).

Apesar de todos os financiamentos de impostos e de toda a sociedade, o SUS apresenta problemas que de longe deslumbramos: não consegue absorver as demandas sociais de saúde com plenitude. Com a ineficiência do Poder Executivo, mesmo com a solidariedade dos Entes Federados, pois União, Estados, DF e Municípios têm responsabilidade juntos, o Poder Judiciário é frequentemente acionado para cobrar individual ou coletivamente um direito não observado pelo Estado.

A infinidade de demandas judiciais de saúde por não cumprimento de um ato, por não fornecimento de medicamentos ou procedimentos elencados (ou não) no SUS, pela demora no atendimento, pela prescrição médica urgente, e muitos outros aspectos, geram o que chamamos hoje de judicialização da saúde.

Na gestão do SUS, a crescente judicialização da saúde desorganiza totalmente os seus principais fundamentos. O ingresso de ações judiciais, ainda que seja uma das formas que os cidadãos encontraram para garantir seus direitos, o aumento excessivo das ações, traz sobrecarga de processos e um desvio da porta de entrada do Sistema (MACHADO, 2011).

Entretanto, mesmo com a melhora das políticas públicas em relação ao fornecimento de medicamentos, atendimentos e outras terapias, o SUS ainda não consegue suportar a intensidade de demandas administrativas. Isso ocasiona a judicialização em massa. Há diversas causas para se chegar à formalização de um processo judicial de saúde. Além disso, elas podem ser combinadas entre si, pois muitas vezes dependem da demora, ausência e custo do que é pretendido, de forma concomitante.

Nos municípios de Cachoeira do Sul, Cerro Branco e Novo Cabrais, que somam em torno de 90 mil habitantes, há momentos em que o número de processos abertos requerendo saúde integral chega a quinze por dia. É um valor extremamente exorbitante e causa complicações severas nas receitas dos entes federados réus, principalmente nos municípios.

A consequência é um aumento nos valores despendidos pelos governos para custear a saúde, comprometendo outras ações na área da saúde, podendo prejudicar a coletividade. Esse dispêndio poderia ser destinado a atender um maior número de usuários em diversas demandas da saúde.

Como os recursos são finitos, o fornecimento, por exemplo, de determinado medicamento, se não for padronizado, para um indivíduo pode representar a falta de outros para o restante da coletividade; contribui, assim, para violação do princípio da isonomia e também acentua as iniquidades dentro do sistema de saúde.

A judicialização da saúde é um fenômeno recente no Brasil. Em linhas gerais, deve ser entendida como um fenômeno amplo e diverso de reclame de bens e direitos no Poder Judiciário: são insumos, consultas, cirurgias, medicamentos, assistência em saúde, dentre outras demandas protegidas pelo direito à saúde. A origem do tema é ainda incerta, não apenas pela ausência de estudos empíricos sistemáticos e comparativos no país, mas principalmente pela amplitude da judicialização e seus diferentes níveis de expressão nas esferas da justiça.

Existem argumentos distintos para analisar as implicações do fenômeno da judicialização do direito à saúde no país: de um lado, se anuncia a possibilidade de efetivação do direito; do outro, há o risco de a judicialização ser uma interferência indevida ou problemática do Judiciário nas políticas públicas.

As alternativas legais para a propositura de ações judiciais relacionadas ao direito à saúde, contra os poderes públicos, permitem vários ângulos de observações deste fenômeno. Expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça (PEPE et al., 2010).

Temos presente que o principal bem judicializado na Justiça são os medicamentos. A política de assistência farmacêutica apresenta uma série de desafios quanto ao desenho, operacionalização, atualização das listas de medicamentos distribuídos pelo Sistema Único de Saúde, transparência de protocolos clínicos, ausência de instâncias recursais, celeridade nas decisões, articulação com outras esferas de fiscalização e registro.

Os problemas de gestão da assistência farmacêutica relacionada à judicialização da saúde não se restringem à entrega de medicamentos incorporados ou não nas listas oficiais públicas. Há características específicas desta demanda, que vem exigindo um tipo de atuação do gestor, administrativa e judicial, diferenciada para responder às ordens judiciais, evitar o crescimento de novas demandas e preservar os princípios e as diretrizes do SUS. Um exemplo é o fato de praticamente todos os pedidos judiciais formulados terem concessão de tutela antecipada (liminar). Esta concessão implica a determinação de entrega imediata do medicamento pelo gestor, sem que este seja ouvido anteriormente sobre o pedido do reivindicante, e tem gerado dificuldades na gestão da assistência farmacêutica para o cumprimento da ordem judicial, ao mesmo tempo em que é necessário atender à demanda ordinária do sistema de saúde (PEPE et al., 2010).

Não é toda demanda por assistência em saúde que decorre de necessidades, por isso, nem toda demanda deve ser atendida pelas políticas públicas de saúde. Entre necessidade, demanda e acesso (ou oferta, nos termos de um gestor da política de saúde), há o desenho da política com os critérios de eficácia, eficiência, segurança e uso racional dos recursos e da informação. Esses desafios podem se caracterizar como falhas da política ou mesmo entraves à compreensão da política para sua operacionalização nas diferentes esferas do Poder Público, e, como resultado, a judicialização tanto pode ser um recurso para a garantia do justo em saúde quanto uma interferência indevida do Poder Judiciário no funcionamento da política de saúde.

Levando em consideração o crescimento dos gastos com as sentenças judiciais, verifica-se uma tendência de o Estado ter maiores gastos com o fornecimento de medicamentos em decorrência de sentenças judiciais a situações individuais em comparação com o fornecimento de remédios distribuídos para a coletividade. Tal fato demonstra a forte influência que a judicialização possui sobre a saúde com evidente impacto sobre o orçamento público (VIANNA, 1999).

Ao se verificar o envolvimento profundo de três municípios da Região Centro do RS com um número expressivo de demandas na Comarca de Cachoeira do Sul/RS, este estudo tem como objetivo analisar os elementos processuais e as ações judiciais impetradas por usuários, identificando elementos que possam ser alterados e, desta forma, impactem na diminuição do número de demandas judiciais. Sem ignorar todos os fatos que compõem este quadro, alguns de governabilidade distante da Região, é também um esforço para que os anseios da existência de um sistema de saúde de qualidade e cumprindo seus propósitos se efetive para o bem da população em seu conjunto.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso apoiado em fonte documental realizado em uma comarca do interior do Rio Grande do Sul. O universo do estudo foi constituído por todos os processos impetrados contra a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (8ª CRS), localizada no município de Cachoeira do Sul, pleiteando insumos, consultas, cirurgias, medicamentos, assistência em saúde, dentre outras demandas protegidas pelo direito à saúde. A unidade de análise foi a ação judicial movida no período de 2012 a 2015. Foram incluídos no estudo 234 processos judiciais impetrados por usuários. Esse período justifica-se pelo fato de que, a partir de 2012, as ações judiciais na Comarca de Cachoeira do Sul já se encontrarem informatizadas, facilitando o acesso aos dados.

Um instrumento semiestruturado foi construído contendo as variáveis do estudo: dados

gerais, dos fatos, informação sobre o requerente, informações sobre o poder público e julgamento da ação. Esse instrumento foi submetido a um estudo piloto utilizando 40% dos processos judiciais para refinar a pertinência do instrumento para a coleta de dados. Houve necessidade de pequenos ajustes, incluindo questões sobre o julgamento da ação.

Para este estudo, foram consideradas variáveis relacionadas a aspectos gerais verificados dentro dos processos judiciais em análise: 1) Número do processo; 2) Data da propositura; 3) Autor da ação – Ministério Público, Defensoria Pública, Escritórios de Advocacia; 4) Réu da ação – Estado, Município, União, não necessariamente juntos; 5) Tramitação preferencial – idosos, menores de idade, por exemplo; 6) Decisão liminar – com julgamento do mérito da ação posteriormente ou sem análise liminar; 7) Tipos de ação – medicamentos, dietas alimentares, consultas, vagas hospitalares, especificidades para internação (UTI Neonatal, por exemplo); 8) Tipo da doença e CID; 9) Município de domicílio; 10) Data de nascimento do proponente da ação; 11) Principais argumentos do pedido – Direito à saúde, Direito à vida, por exemplo.

A coleta de dados foi realizada por acesso eletrônico, através dos Sistemas Themis, CPJ ou AME, no período de julho a dezembro de 2015, com média de 20 minutos para analisar cada processo. Este procedimento de coleta foi realizado pelos autores, divididos em duplas. Os dados foram organizados, submetidos à dupla digitação no programa *Microsoft Excel*, versão XP (*Microsoft Co.*, USA) e importados para o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for *Windows* módulo base e *exact test* versão 17.0. Para a análise utilizou-se estatística descritiva.

Este estudo foi autorizado pela Excelentíssima Senhora Juíza Diretora da Comarca, não possui menção aos nomes dos participantes demandantes, dos prescritores e dos advogados, e teve como proposta, a partir dos dados coletados e de suas análises, tecer considerações que possam contribuir para o SUS.

Resultados e discussão

Dados gerais

Foram trabalhadas dez variáveis, mas preenchidas nove e uma desconsiderada, relacionada com a razão de não ter havido o julgamento de mérito, pela dificuldade de obtenção dos dados nos processos analisados.

Como fontes de consulta usamos o Sistema Themis, Sistema CPJ e o Sistema AME (Tabela 1). Dos 234 processos judiciais analisados, 124 (52,9%) utilizaram conjuntamente os

Sistemas Themis e AME, 48 (20,7%) utilizaram conjuntamente os Sistemas Themis, CPJ e AME, 45 (19,2%) utilizaram o Sistema Themis, 16 (6,8%) utilizaram conjuntamente os Sistemas Themis e CPJ, e somente em 1 (0,4%) foi utilizado o Sistema AME.

Tabela 1 – Processos judiciais analisados conforme os Sistemas Themis, CPJ e AME.

Sistema Themis + AME	%	Sistemas Themis + CPJ + AME	%	Sistemas Themis	%	Sistemas Themis + CPJ	%	Sistema AME	%
124	52,9	48	20,7	45	19,2	16	6,8	01	0,4

Fonte: Produção dos autores.

Em relação ao ano da propositura, 6 (2,7%) são de 2009, 7 (2,9%) de 2010, 14 (5,9%) de 2011, 36 (15,4%) de 2012, 41 (17,6%) de 2013, 49 (20,9%) de 2014 e 81 (34,6%) de 2015 (Tabela 2).

Tabela 2 – Processos judiciais analisados conforme os Sistemas Themis, CPJ e AME e o ano de propositura. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número	06	07	14	36	41	49	81
%	2,7	2,9	5,9	15,4	17,6	20,9	34,6

Fonte: Produção dos autores.

Os resultados identificaram que somente a utilização de um Sistema não era suficiente para dar conta de todas as variáveis, sendo necessário o uso conjuntamente de mais de um Sistema, sendo os Sistemas Themis e AME os que produziram melhores resultados. O Themis é um sistema de informática desenvolvido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJ) para informatização das atividades a cargo de magistrados e servidores do Poder Judiciário. A tecnologia utilizada no desenvolvimento do Themis representa importante ferramenta que agrega expressiva qualidade e velocidade na execução das tarefas cartorárias e de gabinete dos magistrados. Também permite a disponibilização de um número superior de informações às partes, aos advogados e aos demais interessados por meio eletrônico. O Sistema AME (Assistência de Medicamentos do Estado), disponibilizado pela Secretaria Estadual da Saúde do RS, possibilita a rápida informação sobre medicamentos fornecidos pelo Estado. Funciona como um grande banco de dados, que armazena as informações de cadastro, tratamento, dispensações de medicamentos, rastreamento, posição de estoque, lote, validade e

emissão de recibos. Permite, através de diversos relatórios, auxiliar na gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica, acessar informações da situação de processos (deferidos, indeferidos e incompletos, informações sobre dispensação de cada usuário), prevalência e dispensação de medicamentos prescritos, solicitados e dispensados no Estado, entre outras. Em relação ao CPJ (Controle de Processos Jurídicos), é um sistema para gerenciamento de escritório de advocacia. Possui agenda de compromissos, senha de acesso individual com permissões de acesso definidas pelo proprietário, envio de dados de processos via e-mail, entre outras funcionalidades.

Foram considerados como tipos de ação (Tabela 3), a solicitação de medicamentos, a assistência à saúde (internações hospitalares, cirurgias, internações para tratamento em saúde mental, drogadição) e outros (compra de equipamentos, insumos, materiais, etc.). Dos 234 processos judiciais analisados, 157 (67%) foram sobre medicamentos, 47 (20%) sobre assistência à saúde e 30 (12,8%) outros.

Tabela 3 – Processos judiciais analisados conforme os tipos de ação. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Medicamentos	%	Assistência à Saúde	%	Outros	%
157	67,0	47	20,0	30	12,8

Fonte: Produção dos autores.

Os resultados da presente pesquisa estão na mesma situação de muitos outros trabalhos sobre a judicialização da saúde relacionada com os tipos de ação, ou seja, as ações judiciais que pleiteiam o acesso a medicamentos têm tomado grande vulto, causando impactos significativos na estruturação, no financiamento e na organização do sistema de saúde. No caso deste trabalho, mais de 60% das ações relacionam-se com fornecimento de medicamentos, considerando o acesso a este elemento como parte do direito à saúde, por se tratar de um bem importante para o cuidado, por seu potencial para prevenir e curar doenças ou até salvar vidas.

Entre 2004 e 2007, por exemplo, houve o expressivo aumento de 1.030% no número de ações judiciais para a obtenção de medicamentos no Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Estudo recente revelou, ainda, que entre 2003 e 2005, Minas Gerais foi o estado com o maior volume de demandas (27%). O autor afirma que estas demandas, quando deferidas, restringem o direito à saúde à mera oferta de medicamentos, desconsiderando as ações de promoção, prevenção e reabilitação. Acarretando ainda, com grande probabilidade, no desequilíbrio

orçamentário à Administração Pública, o que compromete o funcionamento do próprio estado e não apenas da estrutura do Sistema de Saúde (GONTIJO, 2010).

Houve, no Ministério da Saúde, um aumento de cerca de 129% nos gastos com medicamentos provenientes das ações judiciais, entre os anos de 2002 a 2006. Há reflexões sobre os efeitos negativos do fenômeno da judicialização da saúde sob três aspectos. Primeiramente, aponta-se que o deferimento em absoluto de pedidos judiciais pode aprofundar as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, ferindo assim os princípios do SUS, uma vez que favorece aqueles que têm maior possibilidade de buscar sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem, ou desconhecem, o acesso à justiça; da mesma forma apontam para o possível comprometimento do princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda. O segundo refere-se às dificuldades na gestão da Assistência Farmacêutica, exclusivamente, uma vez que a ágil resposta às demandas judiciais, faz com que alguns deles criem uma estrutura ‘paralela’ para seu acompanhamento, o que não é previsto no planejamento dos serviços e, assim, utilizem de procedimentos de compra não usuais na administração pública, acarretando maior gasto na aquisição destes medicamentos. O terceiro aspecto diz respeito à segurança do paciente em face de possíveis prescrições inadequadas, mesmo que de medicamentos já incorporados no SUS, e, em especial, na prescrição de ‘novos’ medicamentos e/ou ‘novas’ indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não sejam concretas. Esses fatos podem proporcionar a introdução e utilização de novas tecnologias de forma descontrolada, e, por vezes, sob forte influência da indústria farmacêutica. Parte dos medicamentos ‘novos’ não representa real ganho em eficácia terapêutica, e podem, inclusive, acrescentar eventos adversos inesperados. O uso de medicamentos sem registro sanitário ou fora das indicações para as quais foram registrados, uso denominado *off label*, pode também acarretar riscos à saúde (PEPE et al., 2010).

A maior demanda judicial brasileira no âmbito da saúde é constituída por pedidos – individuais e coletivos – de medicamentos, que se respaldam numa prescrição médica e na suposta urgência para solucionar determinado ‘problema de saúde’. Seja pela negativa em fornecer o medicamento ou pelo tempo imposto ao indivíduo, os órgãos do Poder Executivo têm falhado na prestação da assistência farmacêutica, especialmente na dispensação de medicamentos, que tem sido resolvida nesses casos pela busca do Poder Judiciário (BORGES; UGÁ, 2005).

Salienta-se que a integralidade exige dos gestores uma oferta adequada e oportuna de recursos tecnológicos, materiais e humanos, necessários para prevenir e para resolver

problemas de saúde dos indivíduos ou das coletividades. Nesse momento, os gestores de saúde perceberam a impossibilidade de atender a integralidade havendo constantes interferências do Poder Judiciário (ESPIÑOSA, 2013). Após ter a negativa de atendimento de seu pleito de forma gratuita através do SUS, o Poder Judiciário defere o atendimento, estabelecendo prazo para que os réus, entes federativos solidários, cumpram a demanda. Em caso negativo, com orçamentos já juntados aos autos do processo pela parte autora, o juiz determina bloqueio de valores das contas públicas dos entes envolvidos para custear o requerido pelo paciente.

Com relação aos considerados réus (município, Estado, União, hospital, indivíduo outro) (Tabela 4), dos 234 processos judiciais analisados, 133 (56,8%) recaiu conjuntamente ao município e ao Estado, 49 (20,9%) sobre o Estado, 41 (17,5%) sobre o município, 6 (2,5%) para outros e 5 (2,3%) para indivíduos.

Tabela 4 – Processos judiciais analisados conforme os considerados réus (município, Estado, União, hospital, indivíduo, outro). Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Município + Estado	%	Estado	%	Município	%	Outros	%	Indivíduos	%
133	56,8	49	20,9	41	17,5	06	2,5	05	2,3

Fonte: Produção dos autores.

Podemos dizer que o Poder Judiciário tem partido da premissa de que a saúde, enquanto direito constitucional desde 1988, deve ser assegurado sob qualquer custo e com isso coloca em segundo plano o problema da escassez de recursos, pois entre os entes federados que compõem o SUS, escolhe justamente os dois com menores condições em termos de financiamento, o município e o estado, excluindo, em princípio, a União, detentora da maioria dos recursos.

Assim sendo, os impactos causados pela judicialização da saúde na gestão pública são diretamente no orçamento público e financeiro, pois o que se verifica é grande contínuo aumento de ações judiciais para se conseguir a demanda individual. E os impactos causados pela judicialização da saúde na gestão pública geram instabilidade orçamentária, causando deformidades entre a distribuição dos recursos com o que de fato tinha sido planejado, além, ainda, das distorções provadas diretamente na administração das políticas públicas (CARLOS NETO, 2016).

No que se refere à origem dos processos (Tabela 5), dos 234 processos judiciais analisados, 161 (68,8%) são da Defensoria Pública, 57 (24,3%) de escritório particular e 16 (6,9%) do Ministério Público.

Tabela 5 – Processos judiciais analisados conforme a sua origem. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Defensoria Pública	%	Escritório Particular	%	Ministério Público	%
161	68,8	57	24,3	16	6,9

Fonte: Produção dos autores.

O fato de a Defensoria Pública ocupar a primeira posição na origem dos processos pode nos dizer que há uma relação com a gratuidade desse serviço, conhecimento dos direitos do cidadão e possibilidade de garantia do acesso a direitos constitucionais. Verifica-se um percentual alto de ações oriundas de escritórios particulares (24,3%), podendo-se partir da premissa de que o uso da advocacia privada não constitui um bom indicador de posição de classe social dos usuários, embora o presente estudo não tenha dados que possam confirmar tal hipótese.

Com início nos anos de 1990, a judicialização da saúde tratou de consolidar a intervenção do Poder Judiciário para garantir a efetividade do Direito à Saúde. Esse processo teve início com a descoberta de medicamentos e coquetéis contra o vírus HIV, que não faziam parte do elenco do SUS (VENTURA et al., 2010). Como a busca por esse tratamento foi muito considerável, formou-se uma relação estreita entre o acesso à justiça e o alcance do direito à saúde, com consequente vitória do acesso universal e gratuito ao tratamento e medicamentos antirretrovirais (LOYOLA, 2008). Outra consequência bastante importante dessa época foi o fato de terem aumentado as políticas públicas de saúde, analogamente aos casos de pessoas com HIV. A ação da Justiça e de outros órgãos, como o Ministério Público, impulsionou esse desenvolvimento e também mostrou à população que a busca de um direito à saúde poderia ser mais fácil, sem as dificuldades que se imaginavam existir para garantir essa vitória.

Sobre a tramitação, se foi ou não preferencial, 174 (74,3%) dos processos judiciais analisados não tiveram preferência, 60 (25,7%) tiveram preferência, em sua totalidade para idosos. Estes dados mostram a diversidade de faixas etárias que são responsáveis por estas ações judiciais, embora o maior número de idosos, o que não deixa de identificar a carência de políticas para esta idade, geralmente acometidas de doenças crônicas e de alto custo, dificultando o acesso a serviços e tratamentos.

No que se refere ao pedido de exame, os 234 processos judiciais foram analisados, sendo que em 180 (76,9%) houve julgamento de mérito e em 54 (23,1%), não houve o julgamento de mérito. Isto nos dá uma evidência positiva, neste trabalho, no que se refere ao

direito à cidadania, pois a totalidade das ações judiciais foi analisada e, em quase 80% das mesmas, houve o julgamento do mérito, mostrando uma justiça célere e atuando de acordo com as necessidades imediatas do cidadão.

Mediante o direito preconizado e o sistema para viabilizá-lo, qualquer cidadão em solo nacional tem institucionalmente garantido o direito de atenção à saúde. Nos últimos anos, o número de demandas judiciais para garantia de tal direito tem tomado vulto jurídico e financeiro (BRASIL, 2001).

Retrata-se o grande aumento e conseqüentemente o impacto da judicialização na saúde. A insuficiência da assistência à saúde pública, aliado à dificuldade do modelo operacional do SUS, pela sua própria abrangência e complexidade, de concretizar o direito à saúde, acabam por avolumar o ajuizamento crescente de ações judiciais para garantia do cumprimento e efetivação das políticas públicas relativas ao direito à saúde. Denominado judicialização da saúde refere-se, então, às inúmeras demandas judiciais em que são exigidos tratamentos, concessão de medicamentos ou acesso às tecnologias não incorporadas pelo Sistema Único de Saúde (GONTIJO, 2010).

Dos fatos

Nesta parte foram trabalhadas três variáveis: doença (diagnóstico), CID e demanda. Optamos por analisar somente a primeira variável, uma vez que as outras duas não acrescentam informações significativas e peculiares, já tendo sido apresentadas em outras variáveis. Dos 234 (100%) processos judiciais analisados, 173 (69,6%) estão relacionados com as áreas de traumatologia, saúde mental, neurologia, oncologia, cardiologia, oftalmologia e nefrologia. As outras 61 (30,4%) distribuem-se em doenças vasculares, pneumológicas, endócrinas, gastroenterológicas, reumatológicas, hepáticas, dermatológicas, ginecológicas, cirúrgicas e de internações compulsórias. O fato de termos quase 70% dos processos judiciais relacionados com necessidades relacionadas com especialidades vem corroborar com vários estudos sobre o SUS em que justamente a atenção secundária e terciária apresentam maiores problemas quanto ao acesso e financiamento.

Na gestão de saúde, adotam-se as linhas de cuidado, ou seja, um desenho de articulação entre as várias unidades que compõem a rede de atenção à saúde para a integração das práticas realizadas com o objetivo de cuidar de uma determinada patologia. A partir das linhas de cuidado, pode conduzir os usuários por entre a rede de atenção à saúde, permeando clínicos gerais, exames, especialistas, procedimentos, dentre outros. O bom funcionamento da linha

acarreta condutas terapêuticas adequadas, bem como um eficiente uso dos recursos materiais e humanos (ESPINOSA, 2013).

Para Gontijo (2010), dentre os principais princípios do SUS, destacam-se: universalidade do atendimento, equidade e integralidade, conforme o artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde. Ainda conforme a referida Lei, a universalidade do atendimento por princípio, garante o direito à saúde a todos os cidadãos e, ainda, é um dever do Estado. A equidade caracteriza o atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. A integralidade de assistência, por sua vez, compreende sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2019).

Ao se observar os princípios norteadores do SUS, incumbiria às entidades públicas a responsabilidade de execução de políticas de saúde e ainda a total responsabilidade pela gestão de um Sistema que realmente atenda, de forma universal e integral as demandas da população relacionadas à assistência à saúde. Os procedimentos incluídos na atenção básica apresentam-se restritos, uma vez que o Sistema, em contramão aos seus próprios fundamentos e objetivos, ainda está voltado ao combate às doenças e não à prevenção (GONTIJO, 2010).

O financiamento do SUS no Brasil, que não tem conseguido garantir serviços de qualidade a toda população, acarreta em grandes dificuldades de acesso a determinados procedimentos, como exames mais complexos, cirurgias e medicamentos com alto custo de produção. Ademais, há evidências de que o recurso financeiro para a Saúde é mal gerido, tornando assim a situação ainda mais difícil (SANTOS, 2010).

Informação sobre o requerente

As variáveis desta etapa foram: sexo, data de nascimento, município de residência e principais argumentos apresentados no pedido.

Os resultados mostraram que: 134 (57,2%) são do sexo masculino e 100 (42,8%) do sexo feminino; 135 (57,5%) tem idades entre 45 e 74 anos, 73 (31,1%) tem idades entre 14 e 44 anos, 19 (8,1%) entre 75 e 85 anos ou mais, e 7 (3,3%) até 13 anos; 192 (82%) tem Cachoeira do Sul como município de residência, 29 (12,3%) o município de Cerro Branco e 13 (5,7%) o município de Novo Cabrais (Tabela 6).

Tabela 6 – Processos judiciais analisados relacionados com informações do requerente. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Sexo	Número	%	Idade	Número	%	Município	Número	%
Masculino	134	57,2	45-74 anos	135	57,5	Cachoeira do Sul	192	82
Feminino	100	42,8	14-44 anos	73	31,1	Cerro Branco	29	12,3
-	-	-	75-85 anos ou +	19	8,1	Novo Cabrais	13	5,7
-	-	-	07-13 anos	07	3,3	-	-	-

Fonte: Produção dos autores.

Os principais argumentos usados para os processos judiciais são o direito à saúde, o custo dos medicamentos, o risco de agravo da doença, o direito à vida, a pobreza e o princípio da universalidade.

Há uma relação entre o sexo masculino e a maior faixa etária, justamente quando os estudos mostram em termos de ‘Saúde do Homem’ como sendo este período de maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, por conta da falta de prevenção e de cuidados nas fases mais precoces das doenças. Por se tratarem geralmente de doenças de maior complexidade, como já dissemos na análise da distribuição das doenças, os seus custos são mais altos e os acessos com maior dificuldade. Em relação ao município de residência, esta consoante com a realidade da Comarca estudada, pois Cachoeira do Sul é o que apresenta a maior população, além de ser referência em vários serviços para os outros dois municípios (Cerro Branco e Novo Cabrais). Quanto aos argumentos, os mesmos são explicitados a partir dos conceitos materializados na legislação e no sentimento de impotência para o enfrentamento de determinada doença.

Informação sobre o poder público

Foram trabalhadas duas variáveis: 1) decisão liminar: sem informação, desfavorável, favorável, favorável parcialmente e sem decisão liminar; e 2) em caso de decisão favorável ao Poder: por ausência de registro na ANVISA, ausência de perícia médica judicial, ausência de evidências médicas, ausência de documentos que comprovem a urgência, custo do medicamento/reserva do possível, impacto na execução de outras políticas de saúde, impossibilidade de universalização, lista de espera e outro.

Analisando os 234 processos judiciais encontramos 168 (71,5%) com decisão liminar desfavorável ao Poder Público, 47 (20,2%) com decisão liminar favorável, 17 (7,5%) sem informação e 2 (0,8%) sem decisão (Tabela 7).

Tabela 7 – Processos judiciais analisados conforme decisão ao Poder Público. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Decisão liminar desfavorável ao Poder Público	%	Decisão liminar favorável ao Poder Público	%	Sem informação	%	Sem decisão	%
168	71,5	47	20,2	17	7,5	02	0,8

Fonte: Produção dos autores.

No que concerne aos 47 casos de decisão favorável, 21 (44,6%) relacionam-se a ausência de evidências médicas; 17 (36,4%) por outras razões; 6 (12,7%) por ausência de documentos que comprovem a urgência e 3 (6,3%) por ausência de registro na ANVISA (Tabela 8).

Tabela 8 – Processos judiciais analisados conforme decisão favorável ao Poder Público. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Ausência de evidências médicas	%	Outras razões	%	Ausência de documentos	%	Ausência de registro na ANVISA	%
21	44,6	17	36,4	06	12,7	03	6,3

Fonte: Produção dos autores.

O fato de termos a grande maioria das ações judiciais com liminar desfavorável ao poder público (municípios/estados), reforça o fato de que as decisões judiciais buscam garantir o atendimento ao direito e às necessidades do cidadão, embora interfiram na decisão da alocação de recursos, contraditando o princípio da equidade em saúde. Ainda na análise destas variáveis, é importante destacar e questionar o fato de que as decisões favoráveis ao poder público, estão relacionadas com solicitações que prescindiram de evidências médicas, o que nos leva a pensar que há uma facilidade quanto à busca de um eventual direito, sem critérios apropriados e pondo em risco, no caso do atendimento do pleito, a própria saúde dos pacientes.

Quando o médico prescreve medicamento, tratamento ou insumo ao paciente, deixando claro que deve ser fornecido imediatamente, o Poder Judiciário costuma deixar a análise completa do mérito da questão em segundo plano, pois pode significar risco de morte ou dano irreparável ao autor. Avalia-se o ‘perigo da demora’ na deliberação judicial para dar acesso à saúde do requerente e também a ‘fumaça do bom direito’, no sentido de o direito solicitado, mesmo que provisoriamente, estar amparado por lei (VENTURA et al., 2010). Nos processos judiciais de saúde, costumam ser deferidas, com certa constância, antecipações de tutela. Através dessas decisões, a sentença final é adiada e o paciente alcança de forma

antecipada a tutela do seu direito, para que o ente réu o cumpra em prazo reduzido, sob pena de bloqueio de valores. Obviamente, o processo deve estar muito bem instruído, com laudos médicos que comprovem a urgência do caso. A tutela antecipada é muito utilizada para se conseguir medicamentos, em falta ou inexistentes no SUS, e também em procedimentos que necessitam ser ágeis, como o exame de cateterismo cardíaco. Grande parte dos processos judiciais de saúde apresenta pedido de liminar que, com todos os documentos importantes para a análise judicial, costuma receber tutelas antecipatórias deferidas (VENTURA et al., 2010).

A consequência dessas liminares deferidas em quase todas as demandas judiciais de saúde poderá ser uma desorganização do sistema, pois uma ordem sem análise crítica da demanda, ou seja, de todo o seu mérito no caso concreto, tende a apresentar uma resposta padrão, automática, e às vezes insatisfatória, até para a parte autora (BARROSO, 2009).

Se, por um lado, as decisões judiciais visam a garantir o atendimento ao direito e as necessidades do cidadão, por outro remetem ao gestor a responsabilidade da alocação de recursos que muitas vezes contradita o princípio da equidade em saúde (FREDDI et al., 1989).

Julgamento da ação

Neste campo foram analisadas cinco variáveis: houve julgamento da ação, provimento, caso seja favorável, a sentença contém o nome do laboratório, marca comercial do produto ou nome do hospital, data da sentença e houve agravo ou recurso. Foi desconsiderada a variável data da sentença, em função de falta de preenchimento deste item em mais de 90% dos processos analisados. Dos 234 processos judiciais encontrados, em 169 (72,2%) houve julgamento da ação e em 65 (27,8%) não houve o julgamento; 207 (88,4%) tiveram provimento e 27 (11,6%) não tiveram provimento (Tabela 9).

Tabela 9 – Processos judiciais analisados conforme julgamento da ação e provimento. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Houve julgamento da ação	%	Não houve o julgamento da ação	%	Tiveram provimento	%	Não tiveram provimento	%
169	72,2	65	27,8	207	88,4	27	11,6

Fonte: Produção dos autores.

Dos processos judiciais com provimento, 172 (83%) tiveram o provimento total e 25 (17%) provimento parcial. O nome do laboratório, marca comercial ou nome do hospital esteve presente em 153 (65,3%) dos processos e em 187 (79,9%) houve agravo ou recurso (Tabela 10).

Tabela 10 – Processos judiciais analisados conforme tipo de provimento, nome de laboratório, marca comercial ou nome do hospital e quanto a existência de agravo ou recurso. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

Tipo de Provimento	%	Contém nome do laboratório, marca comercial ou nome do hospital	%	Houve agravo ou recurso	%
Total: 172	83	Não: 153	65,3	Sim: 187	79,9
Parcial: 25	17	Sim: 81	34,7	Não: 47	20,1

Fonte: Produção dos autores.

Quanto ao julgamento da ação, reitera-se que houve uma dedicação para que a maioria das ações fosse julgada, onde evidencia-se a maior parte com provimento total, sem um direcionamento comercial ou institucional e sem agravo ou recurso.

Considerações finais

O fenômeno da judicialização do direito à saúde é crescente e aponta que as demandas judiciais em saúde podem se tornar ilimitadas, mostrando um descompasso entre o Poder Judiciário e os gestores de saúde. O primeiro, considerando o direito à saúde absoluto, e o segundo, considerando-o limitado. Neste embate, avocam a saúde como direito preconizado constitucionalmente e de que os recursos da saúde são limitados, por conseguinte se torna necessário fazer escolhas sobre a sua utilização.

Neste contexto, as políticas públicas de saúde devem seguir a diretriz de reduzir as desigualdades econômicas e sociais. Quando o Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecer em seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial. Por isso, a possibilidade de o Judiciário determinar a entrega gratuita de medicamentos mais serviria à classe média que aos pobres. Inclusive, a exclusão destes se aprofundaria pela circunstância de o Governo transferir os recursos que lhes dispensaria, em programas institucionalizados, para o cumprimento de decisões judiciais, proferidas, em sua grande maioria, em benefício da classe média (TAVARES, 2002).

O Brasil possui ao menos 241 mil ações judiciais na área da saúde em andamento, sendo que 113.953, quase metade delas, estão concentradas no Estado do Rio Grande do Sul. Para se ter uma ideia, o Rio Grande do Sul sozinho tem mais processos tramitando do que os

Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Ceará juntos - os quatro têm 86.183 ações (BASSETTE, 2011).

É necessária uma maior aproximação entre os poderes judiciário e executivo, uma conscientização do judiciário da lógica dos programas e políticas, do uso racional de medicamentos e alocação de recursos disponíveis na saúde, assim como maior agilidade na inclusão das novas tecnologias, transparência e efetividade nas ações em saúde e na atenção farmacêutica pelo executivo para que ocorra uma redução na demanda judicial sem comprometer o direito constitucional e fundamental à saúde (MONTEIRO; CASTRO, 2007).

Diante do elevado número de ações judiciais desse tipo, o juiz da causa pode determinar que seja incluído no processo um laudo técnico que esclareça se o objeto da demanda pode ser fornecido de forma alternativa, por semelhança, através do SUS, e se o objeto pleiteado é o mais adequado ao caso concreto. Através de um laudo, o juiz passa a contar com um documento que estabeleça a necessidade de se fornecer e considera também eventual característica do paciente. Após isso, o juiz está apto e mais seguro para despachar a sua sentença. A urgência, a nosso ver, seria a causa primordial para o acesso à saúde através da via judicial.

O ingresso judicial para se conquistar materialmente a saúde gera pressão para incorporação do medicamento ou procedimento no SUS e também decorre da ineficiência ou ausência do Estado em prestar os serviços públicos de saúde (VENTURA et al., 2010). Como positivo, está o fato de o Estado analisar que determinada demanda é grande e buscar desenvolver ou atender melhor a área, comprando e distribuindo procedimentos terapêuticos pela rede pública (BAPTISTA; MACHADO; LIMA, 2009).

Este estudo não tem o propósito de se deter nesta discussão, somente procura mostrar um panorama acerca da judicialização da saúde em uma Comarca do interior do Rio Grande do Sul, uma vez que este tema tem sido recorrente em todo o país, e por óbvio, na Comarca de Cachoeira do Sul. Porém, poderá servir para reflexão e balizamento para outros estudos sobre este tema.

Os resultados do estudo permitem dizer que o fato da maioria das ações judiciais relacionarem-se com medicamentos estão de acordo com estudos já realizados, cujas razões são variadas e necessitam um aprofundamento para identificação efetiva de suas causas. É importante também salientar que pelos dados colhidos, em que a origem de grande parte das ações se deu através da Defensoria Pública, pode-se especular que tenha partido de usuários sem condições financeiras, embora um número considerável esteja vinculado a escritórios particulares. Como fator de destaque, no período estudado, houve a constatação de um

encaminhamento produtivo das ações em termos de tramitação e decisão.

Os dados também podem nos motivar ao questionamento sobre como está se dando o acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção, pois temos o maior número de ações relacionadas com especialidades médicas, em faixas etárias acima dos quarenta anos e do sexo masculino. Que esses elementos possam mais do que buscar melhorias na judicialização da saúde, que sirvam para subsidiar os gestores na construção de indicadores monitoramento das ações judiciais para o acompanhamento temporal e para a comparação da situação dos mandados judiciais entre diferentes locais, proporcionando a integralidade da atenção.

Para um diagnóstico mais acurado da realidade sobre a judicialização da saúde no Brasil, torna-se imperioso a realização de mais estudos, envolvendo diferentes segmentos interessados, mas especialmente pelos gestores do SUS em todas as suas esferas. Pesquisas dirigidas para identificar os possíveis determinantes deste fenômeno que vêm impacientando profissionais de saúde e do direito, gestores e usuários, são recomendáveis que aconteçam em todas as regiões do país para o surgimento de sugestões de medidas que possam garantir o direito o acesso à saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Corroborando com a necessidade de pesquisas nessa área, uma revisão bibliográfica acerca da judicialização da saúde realizada por Franco (2010) destacou que, ainda que se trate de um tema de significativa relevância, após a realização de buscas nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e nas bibliotecas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e COCHRANE, publicações de entidades vinculadas à área da saúde, constatou-se que o assunto ainda é pouco difundido.

Agradecimentos

À Direção do Fórum de Cachoeira do Sul, aos seus servidores, pela liberação dos dados e presteza no fornecimento de informações; à Doutora Enfermeira Maria Élide Machado pelas suas qualificadas observações neste trabalho e ao acadêmico Lucas Ferreira pela disponibilidade e apoio na execução de muitas etapas deste artigo.

Referências

BAPTISTA, T. W. F.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação judicial. **Revista de Direito da Procuradoria-Geral do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 5, p. 234-272, 2009.

BASSETTE, F. **RS reúne metade das ações judiciais de saúde**, 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,rs-reune-metade-das-acoes-judiciais-de-saude-imp-712418>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª Instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/07.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. Lei no. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

CARLOS NETO, D. Impactos da judicialização na Saúde Pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 1, Ano 1, p. 15-20, mar. 2016.

COCHRANE BRASIL: **Home**. Disponível em: <<http://www.brazil.cochrane.org/>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

ESPIÑOSA, A. U. **A interferência da judicialização na gestão em saúde**. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul, Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, EAD, RS, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufsm.br/handle/1/164>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

FRANCO, T. B. Judicialização das Políticas de Saúde no Brasil: uma revisão sobre o caso do acesso a medicamentos. 2010. Cidade do México. In: XXI Congresso da Associação Latina de Análises de Sistema de Saúde (ALASS). **Anais...** México: 2010.

FREDDI, G.; BJOKMAN, J. W. Controlling medical professionals. **The comparative politics of health governance**. London: SAGE Publications, 1989.

GONTIJO, G. D. A judicialização do direito à saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, p. 606-611, 2010.

LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de Aids: metamorfoses de uma política dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 3, p. 763-778, 2008.

MACHADO, M. A. A. et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2403.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MONTEIRO, A. S. M.; CASTRO, L. P. G. **Judicialização da Saúde: causas e consequências**. Pontifícia Universidade Católica. Goiânia, 2007. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/JUDICIALIZACAO%20DA%20SAUDE%20CAUSAS%20E%20CONSEQUENCIAS%20ANDR%20SOUTO%20MARTINS%20MONTEIRO.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

PEPE, V. L. E. et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da Assistência Farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/integralidade.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

SANTOS, V. C. C. **As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira**. 2010. 132f. Dissertação (Mestrado Modalidade Profissional em Saúde Pública) –Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 abr. 2019.

TAVARES, L. L. G. O fornecimento de medicamentos pelo Estado. **Revista de Direito da Procuradoria-Geral**, Brasília, v. 55, p. 109-110, 2002.

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 77-100, 2010.

VIANNA, L. W. **A judicialização da Política e das relações sociais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 1999.

Pesquisas

EDUCAÇÃO E TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE 2010 A 2017

EDUCATION AND INTERPROFESSIONAL WORKING HEALTH IN BRAZILIAN PRIMARY CARE: ANALYSIS OF SCIENTIFIC PRODUCTION FROM 2010 TO 2017

EDUCACIÓN Y TRABAJO INTERPROFISIONAL EN SALUD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN BRASIL: ANÁLISIS DE LA PRODUCCION CIENTÍFICA ENTRE EL AÑO 2010 Y 2017

Fernanda Hilgert Mallmann¹

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi²

Resumo

Este estudo analisa a produção científica nacional em relação à educação e trabalho interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Foi realizado estudo bibliométrico na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando como descritores controlados os termos: Relações interprofissionais, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família e como descritores não controlados: Educação Interprofissional, Prática Interprofissional. Esses descritores foram combinados e acrescidos do operador booleano 'AND' para a realização da busca na base de dados. Como critérios de inclusão, as publicações deveriam ser artigos, dissertações, teses e ensaios em português, inglês ou espanhol sobre a temática analisada no período de 2010 a 2017. Foram analisadas 19 publicações (14 artigos, 3 dissertações e 2 teses). O vínculo da maioria dos primeiros autores foi com instituições públicas de ensino superior (n=18), destacando-se a Região Sudeste (n=9). Seis publicações apresentaram fonte de financiamento. Em relação aos artigos analisados, a publicação em periódicos da área de Saúde Pública foi mais frequente (n=9). Das 19 publicações, 17 realizaram pesquisas de campo, sendo uma revisão de literatura e um relato de experiência. Os participantes mais citados foram os profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de 13 diferentes núcleos profissionais. Os estudos mais referidos foram os de abordagem qualitativa (n=16). A técnica de coleta de dados mais utilizada foi a associação de técnicas (n=7). As principais temáticas relacionaram-se à educação e trabalho interprofissional na Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (n=12) e às experiências de educação interprofissional voltadas para o ensino na saúde (n=6). Esta análise bibliométrica mostrou que o tema da interprofissionalidade no contexto da

¹ Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: femallmann@hotmail.com

² Cirurgiã-dentista. Doutora em Educação. Professora associada do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

APS apresenta um número discreto de publicações na literatura publicada no Brasil. Novas pesquisas com foco na interprofissionalidade são recomendadas.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Atenção Primária à Saúde. Prática Interprofissional. Saúde Pública.

Abstract

This study analyzes the national scientific production related to education and interprofessional working health in Brazilian Primary Care. A bibliometric analysis was conducted in the Virtual Health Library database with controlled descriptors: Interprofessional Relations, Primary Health Care, Family Health Strategy and uncontrolled descriptors: Interprofessional Education, Interprofessional Practice. These descriptors were combined and added by the Boolean operator 'AND'. The search included articles, dissertations, theses and essays written in Portuguese, English or Spanish published between 2010 and 2017. A total of 19 articles were analyzed (14 articles, 3 dissertations and 2 theses). The first authors being linked to Public Universities (n=18), being the greater part in the south eastern (n=9). Six studies reported funding source. The publication in Public Health journals was more often (n=9). Of the 19 publications, 17 conducted field researches, being a literature review and an experience report. The most cited participants were professionals of Family Health Strategy and Family Health Support Units of 13 different occupations. Qualitative approach studies were the most observed (n=16). Data collection technique most cited was the association of techniques (n=7). The most frequent themes related to education and interprofessional work in the Family Health Strategy and the Family Health Support Units (n=12) and experiences of interprofessional education focused on health education (n=6). This bibliometric analysis showed that the theme interprofessional work in the context of Primary Care presents a discrete number of publications in the literature published in Brazil. New researches focusing on interprofessionalism are recommended.

Keywords: Interprofessional Education. Primary Health Care. Interprofessional Practice. Public Health.

Resume

El artículo analiza la producción científica en relación a educación y trabajo interprofesional en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil. Se realizó un estudio bibliométrico en la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, utilizando como descriptores controlados: Relaciones Interprofesionales, Atención Primaria de Salud, Estrategia Salud Familiar y descriptores no controlados: Educación Interprofesional (EIP), Práctica Interprofesional. Los referidos descriptores fueron combinados con el operador booleano 'AND'. Los criterios de inclusión deberían ser artículos, disertaciones, tesis, ensayos en los idiomas portugués, inglés o español en el período de 2010 a 2017. Fueron analizadas 19 publicaciones (14 artículos, 3 disertaciones, 2 tesis). El vínculo de la mayoría de los primeros autores fue con instituciones públicas de enseñanza superior (n=18), destacándose la región Sudeste (n=9). Seis publicaciones presentaron financiación. En relación a los artículos analizados, la publicación en periódicos del área de Salud Pública fue más frecuente (n=9). De las 19 publicaciones, 17 realizaron investigaciones de campo, siendo una revisión de literatura y un relato de experiencia. Los participantes más citados fueron los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar e los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia, de 13 diferentes núcleos profesionales. Los estudios más referidos fueron los de abordaje cualitativo (n=16). La técnica de recolección de datos más utilizada fue la asociación de técnicas (n=7). Los temas más frecuentes relacionados con la educación y el trabajo interprofesional en la Estrategia de Salud Familiar y del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (n=12) y las experiencias de educación interprofesional dirigidas a la enseñanza en salud (n=6). Este análisis bibliométrico mostró que el tema de la interprofesionalidad en el contexto de la APS presenta un número discreto de publicaciones en la literatura publicada en Brasil. Se recomiendan nuevas investigaciones con foco en la interprofesionalidad.

Palabras clave: Educación Interprofesional. Atención Primaria de Salud. Práctica Interprofesional. Salud Pública.

Introdução

O aumento da complexidade das demandas em saúde trouxe a necessidade de se romper com práticas fragmentadas de atenção à saúde. Os modelos de educação na saúde com característica uniprofissional, apesar de ainda serem hegemônicos, passaram a ser discutidos buscando a elaboração de estratégias para novos modelos de cuidado (OMS, 2010).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe a perspectiva da modificação do conceito de saúde – antes definido unicamente como ausência de doenças e sintomas –, tornando a saúde como um direito fundamental do ser humano, tendo como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. A partir dessa compreensão ampliada de saúde, passam a ser construídas práticas profissionais e modelos de atenção que pudessem abranger as múltiplas dimensões das necessidades de vida e de saúde das pessoas, famílias e comunidades (BRASIL, 1990; AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Priorizando tais necessidades e reconhecendo a limitação de práticas isoladas e fragmentadas de saúde para garantir a integralidade do cuidado, o trabalho em equipe torna-se essencial (FORTE et al., 2016; COSTA, 2016). Nesse contexto, surge o desafio da busca pela superação do modelo tradicional de educação uniprofissional e biomédico, enfatizando a necessidade do trabalho colaborativo em equipe e inclusão de atividades de educação interprofissional na formação dos profissionais da saúde (PEDUZZI, 2016).

A educação interprofissional (EIP) constitui-se em uma oportunidade educacional em que membros de duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade da atenção aos usuários, famílias e comunidades (REEVES et al., 2016). É reconhecida como estratégia facilitadora de práticas colaborativas por meios de vivências e aprendizagens interativas que priorizam o trabalho em equipe, a integração e o respeito às profissões, buscando a melhoria da qualidade de vida do paciente (BATISTA; BATISTA, 2016).

A EIP apresenta características marcantes como o trabalho em equipe, o empenho na solução de problemas, a discussão da atuação dos profissionais e a negociação na tomada de decisões, comprometendo-se com uma formação voltada para o interprofissionalismo. Para isto, a valorização de diferentes áreas profissionais, o respeito e o reconhecimento do outro como parceiro de trabalho, o diálogo, a busca pela colaboração e o comprometimento são fatores essenciais para essa prática clínica (BATISTA, 2012).

Diante da importância da interprofissionalidade para práticas integrais e resolutivas em saúde, o presente estudo tem o objetivo de analisar a produção científica em relação à educação e trabalho interprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período de 2010 a 2017.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de caráter bibliométrico sobre a educação e o trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS) que utiliza a base de dados bibliográficos da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (<<http://www.bireme.br>>), a qual inclui as seguintes fontes de informação: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

A identificação dos descritores controlados para a busca foi realizada junto ao DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (<<http://decs.bvs.br/>>). Foram utilizados como descritores controlados os termos (português, inglês e espanhol): Relações interprofissionais/ Interprofessional Relations/ Relaciones Interprofesionales, Atenção Primária à Saúde / Primary Health Care/ Atención Primaria de Salud, Estratégia Saúde da Família / Family Health Strategy/ Estrategia Salud Familiar e como descritores não controlados: Educação Interprofissional/ Interprofessional Education/ Educación Interprofesional, Prática Interprofissional / Interprofessional Pratic/ Pratica Interprofesional. Esses descritores foram combinados e acrescidos do operador booleano ‘AND’ para a realização da busca na base de dados:

- Relações Interprofissionais AND Atenção Primária à Saúde
- Relações Interprofissionais AND Estratégia Saúde da Família
- Educação Interprofissional AND Atenção Primária à Saúde
- Educação Interprofissional AND Estratégia Saúde da Família
- Prática Interprofissional AND Atenção Primária à Saúde
- Prática Interprofissional AND Estratégia Saúde da Família

Como critérios de inclusão, as publicações deveriam ser artigos, dissertações, teses e ensaios em português, inglês ou espanhol, envolvendo a temática estudada ‘educação e o trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde’. Foram excluídos da seleção artigos, dissertações e teses de bases duplicadas ou que não estivessem incluídos nos critérios de inclusão.

Após a obtenção dos resultados de busca, os artigos serão lidos na íntegra,

selecionados e analisados pelo revisor (primeira autora). Em caso de dúvida, a orientadora (segunda autora) foi consultada.

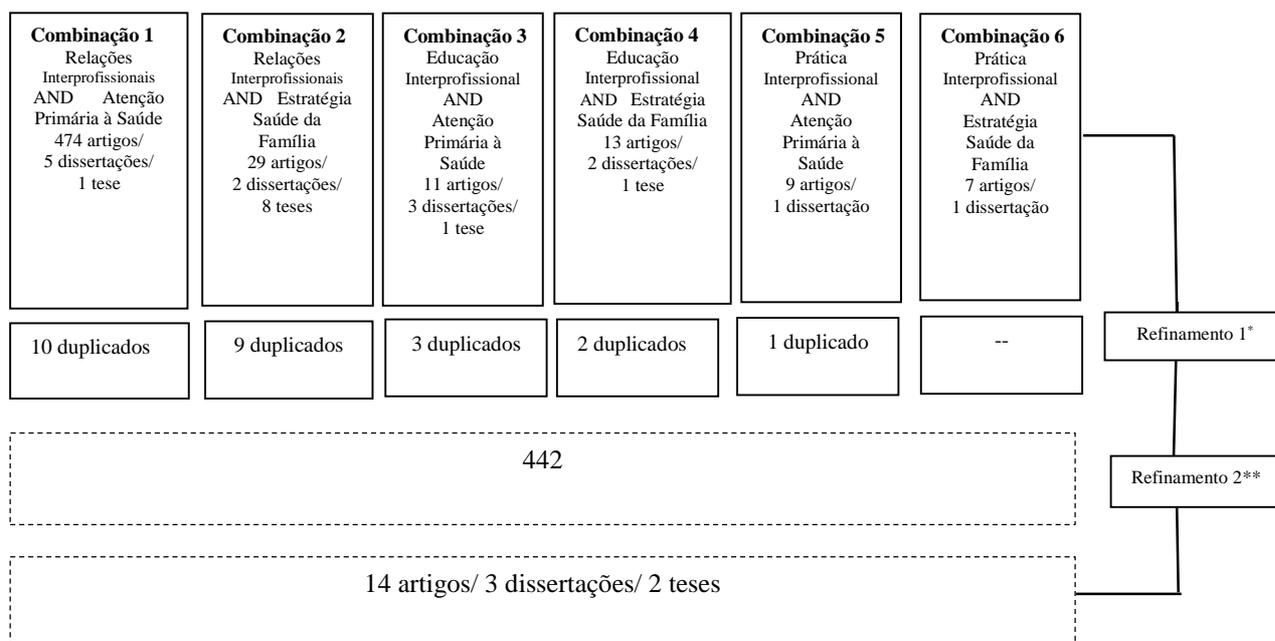
Para a análise dos artigos, foi construída uma planilha eletrônica com as seguintes variáveis: número de artigos por ano de publicação; número de autor (es) e tipo de instituição vinculada; fonte de financiamento; local de realização das pesquisas; periódico de publicação/assunto; população participante e abordagem metodológica das pesquisas; técnica de coleta de dados e temas emergentes das pesquisas. O programa *Microsoft Excel* versão 2010 (Microsoft® Office) foi utilizado para a construção da planilha eletrônica e cálculo das frequências e médias.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Projeto 34490).

Resultados

Foram encontrados 543 artigos, 14 dissertações e 11 teses. Destes trabalhos, 442 não abordavam a temática no Brasil e 25 encontravam-se duplicados entre as bases pesquisadas. Após as exclusões, 19 trabalhos (14 artigos, 3 dissertações e 2 teses) foram selecionados, os quais foram obtidos e lidos na íntegra para análise (Figura 1).

Figura 1 – Sistematização do processo de seleção dos documentos.



*Refinamento 1: exclusão de documentos duplicados na combinação ou entre as combinações (1 a 6)

**Refinamento 2: exclusão de documentos fora da temática da pesquisa

Destes 19 trabalhos selecionados, observaram-se seis publicações até o ano de 2014, aumentando esse número entre 2015 e 2016, chegando a 12 trabalhos publicados no período. O número de autores por publicação variou de um a seis (com média de três autores por publicação), totalizando 57 autores para as 19 publicações. A maior parte dos trabalhos analisados (n=13) apresentou entre um e três autores e três publicações apresentaram seis autores (Tabela 1).

Os primeiros autores dos trabalhos avaliados eram brasileiros e 18 estavam vinculados a diferentes instituições públicas de ensino no país. Destas 18 publicações que informaram o vínculo do primeiro autor com Instituições de Ensino Superior (IES) públicas, nove estavam vinculadas a IES localizadas na região Sudeste (Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo), sete na região Nordeste (Ceará e Rio Grande do Norte) e três na região Sul (Paraná e Rio Grande do Sul).

A Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal do Ceará (UFC) apareceram vinculadas a seis e a cinco publicações respectivamente. As Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade estadual de Maringá (UEM), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) estavam vinculadas a uma publicação cada.

Em relação ao vínculo de trabalho do primeiro autor, onze publicações fizeram referência a tal informação, constando um vínculo com o curso de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão, com o Instituto Superior de Teologia Aplicada, com o curso Técnico em Saúde Bucal da universidade Federal de Uberlândia e com a Associação Comunitária Monte Azul, os demais possuem vínculo de trabalho com instituições de ensino.

A fonte de financiamento foi mencionada em seis das 19 publicações. As fontes citadas foram: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Desses trabalhos que apresentaram financiamento, três estavam vinculados ao estado do Ceará (Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual Vale do Acaraú) e três vinculados a uma mesma instituição de ensino no estado de São Paulo (Universidade de São Paulo).

Essas pesquisas foram realizadas principalmente nas regiões Sudeste (n=9) e Nordeste (n=6). A região Sul foi a que apresentou o menor número de publicações. Nas demais regiões do Brasil, publicações relacionadas à temática não foram identificadas (Tabela 1).

Dos 14 artigos analisados, o destaque foi para os publicados em periódicos da área de Saúde Pública (n=9), seguido por periódicos da área da Educação/ Saúde Pública (n=3) e Enfermagem (n=2) (Tabela 1). As classificações Qualis apresentadas dos artigos para a área da Saúde Coletiva foram treze Qualis B (cinco B1, dois B2, dois B3 e quatro B4) e um Qualis C. Em relação aos participantes das publicações, o número de indivíduos variou de 7 a 232 pessoas, de acordo com o objetivo e metodologia propostos. Das 19 publicações analisadas, 17 realizaram pesquisas de campo, sendo uma revisão de literatura e um relato de experiência.

A população mais frequente nas publicações foram os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), seguido pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Tabela 1). Os enfermeiros foram os profissionais da saúde mais citados nas publicações, seguidos por médicos e agentes comunitários de saúde. Ao todo, 13 categorias de profissionais da área da saúde apareceram nas publicações selecionadas, entre elas agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, educador físico, psicólogos e terapeuta ocupacional.

Os estudos de abordagem qualitativa foram os mais referidos nas pesquisas realizadas sobre a educação e o trabalho interprofissional na Atenção Primária no Brasil (n=16). Dentre os estudos qualitativos, foram citadas as abordagens analítica, descritiva, descritiva e exploratória, descritiva e explicativa, exploratória, estudo de caso, hermenêutica, narrativa e observacional. O estudo misto (quanti-qualitativo) (n=1) e a revisão de literatura (n=1) apareceram seguidos do relato de experiência que apesar de não ser caracterizado como pesquisa, aparece entre os estudos analisados. As publicações analisadas apresentaram variabilidade quanto as técnicas de coleta de dados, sendo a associação de técnicas a forma mais observada (n=7) seguida pela entrevista (n=6) (Tabela 1).

Tabela 1 – Quadro síntese das publicações analisadas.

ANO / NATUREZA	AUTOR (ES)/ NÚMERO DE AUTORES	LOCAL DE REALIZAÇÃO	ASSUNTO DO PERIÓDICO	POPULAÇÃO DO ESTUDO	ABORDAGEM METODOLÓGICA/ TÉCNICA DE COLETA DE DADOS
2010/ Dissertação	SILVA/ 1	Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro	--	Trabalhadores da ESF	Qualitativa/ Entrevista
2012/ Artigo	ELLERY; PONTES; LOYOLA/ 3	Ceará	Saúde Pública	--	Revisão de literatura/ Pesquisa em bases de dados
2012/ Dissertação	MATUDA/ 1	Município de São Paulo, São Paulo	--	Trabalhadores do NASF e da ESF	Qualitativa/ Entrevista

2012/ Tese	ELLERY/ 1	Município de Fortaleza	--	Trabalhadores da ESF, NASF e Residência Multiprofissional	Qualitativa/ Associação de técnicas
2013/ Artigo	MAGNO; ARAÚJO; GALIMBERTTI/ 3	Município de grande porte do Nordeste	Psicologia	Trabalhadores do NASF	Qualitativa/ Associação de técnicas
2013/ Artigo	ELLERY; PONTES; LOIOLA/ 3	Fortaleza, Ceará	Saúde Pública	Profissionais da ESF e da Residência	Qualitativa/ Associação de técnicas
2015/ Artigo	MATUDA et al./ 4	Município de São Paulo, São Paulo	Saúde Pública	Profissionais do NASF e da ESF	Qualitativa/ Entrevista
2015/ Artigo	SILVA et al./ 1	Município de São Paulo, São Paulo	Enfermagem	Docentes, profissionais da saúde e estudantes da área da saúde	Qualitativa/ Associação de técnicas
2015/ Artigo	CAMARA; GROSSEMAN; PINHO/ 3	Belo Horizonte, Minas Gerais	Educação; Saúde Pública	Tutores do PET-Saúde	Qualitativa/ Entrevista
2015/ Artigo	BONES et al./ 6	Porto Alegre, Rio Grande do Sul	Medicina, Saúde Pública	Estudantes de séries iniciais	Relato de experiência
2015/ Artigo	MADRUGA et al./ 6	João Pessoa, Paraíba	Educação, Saúde Pública	Estudantes da área da saúde	Qualitativa/ Questionário online
2015/ Artigo	FERNANDES et al./ 6	Cidade da região sul do Rio Grande do Sul	Enfermagem, prestação de cuidados de saúde	Profissionais da Unidade de Saúde da Família	Qualitativa/ Entrevista
2016/ Dissertação	PEREIRA/ 1	Cidade de São Paulo, São Paulo	--	Estudantes, preceptores e tutores	Qualitativa/ Associação de técnicas
2016/ Artigo	CASTRO; OLIVEIRA; CAMPOS/ 3	Campinas, São Paulo	Saúde Pública	Profissionais do Apoio Matricial	Qualitativa/ Questionário
2016/ Artigo	ROCHA; BARRETO; MOREIRA/ 3	Juazeiro do Norte, Ceará	Educação, Saúde Pública	Gestores, professores e profissionais da saúde	Qualitativa/ Associação de técnicas
2016/ Artigo	ARRUDA et al./ 4	Ceará	Saúde Pública	Coordenadores da Residência Multiprofissional	Qualitativa/ Entrevista
2016/ Artigo	SÁ; VELARDI; FLORINDO/ 3	Cidade de São Paulo, São Paulo	Medicina Esportiva	Trabalhadores da saúde	Qualitativa/ Grupo Focal
2016/ Tese	FAQUIM/ 1	Uberlândia, Minas Gerais	--	Gestantes e profissionais da saúde	Quanti-qualitativa/ Associação de técnicas
2017 Artigo	PREVIATO; BALDISSERA/ 2	Maringá, Paraná	Enfermagem	Profissionais da ESF e do NASF	Qualitativa/ Grupo Focal

Quanto aos temas emergentes das pesquisas, verificou-se um número maior de publicações relacionando educação e trabalho interprofissional (EIP/TIP) no processo de trabalho em equipe da ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (n=12). Na temática do ‘ensino na saúde’, os trabalhos envolveram graduação, residências multiprofissionais e pós-

graduação (n=6). Três publicações referiam-se a experiências relacionadas ao Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde) (Tabela 2).

Tabela 2 – Temas emergentes das pesquisas.

TEMAS DAS PESQUISAS	n
EIP e TIP NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	12
Processo de trabalho em equipe na saúde (NASF)	1
Desenvolvimento de relações interprofissionais (NASF)	1
Residência Médica como práticas de saberes na ESF	1
Relações interprofissionais na produção do cuidado na ESF	1
Construção da Comunidade de Prática na ESF	1
Identificação de barreiras no trabalho compartilhado na ESF	1
Organização do trabalho para prática interprofissional na ESF e NASF	1
Desenvolvimento das práticas colaborativas na ESF	1
Integração de conhecimento e colaboração interprofissional na ESF	1
Cuidado interprofissional de gestantes	1
Educação na promoção de saúde na ESF	1
Relações no processo de trabalho na UBS	1
EIP NO ENSINO NA SAÚDE (GRADUAÇÃO, RESIDÊNCIA E PÓS-GRADUAÇÃO)	6
Colaboração interprofissional entre gestores e docentes de três instituições privadas que adotam a ESF como campo de estágio curricular para seus discentes	1
Estudo entre o PET-Saúde e uma universidade pública para avaliar a relevância da EIP para a formação em saúde	1
Formação para o trabalho em equipes profissionais que cursam a Residência Multiprofissional em Saúde	1
Articulação entre práticas na APS e a EIP	1
Percepção da EIP presente no PET-Saúde a partir da narrativa de tutores	1
Trabalho interprofissional e a integração ensino-serviço	1
EIP NO ESPAÇO ESCOLAR	1
Construção da integralidade da atenção em escola primária	1
TOTAL	19

Discussão

Esta pesquisa propôs-se a analisar a produção científica sobre a educação e o trabalho interprofissional em saúde na Atenção Primária no Brasil, por meio de revisão bibliométrica.

A bibliometria caracteriza-se como um método que avalia de forma objetiva a produção científica de uma determinada área de conhecimento por meio da obtenção de indicadores. São pesquisas bibliométricas que buscam a quantificação e avaliação da produção científica sobre um determinado tema (ARAUJO, 2006; RAVELLI et al., 2009). A bibliometria analisa o quanto e o que se produz, agindo como orientação temática para os pesquisadores (QUINTÃO; SANNA, 2013).

A produção sobre a educação e trabalho interprofissional é analisada no âmbito da necessidade de mudanças na compreensão sobre as demandas em saúde. A

interprofissionalidade, nesse contexto, surge como um modelo capaz de melhorar a qualidade do atendimento em saúde, levando ao trabalho colaborativo, mantendo o respeito e o reconhecimento das categorias profissionais de forma a conservar suas especificidades e importância na equipe de saúde (SILVA et al., 2011).

A EIP é considerada uma metodologia importante para a formação profissional, sendo o seu estudo essencial para a integralidade do cuidado em saúde. Segundo Costa (2016, p. 197), a EIP está articulada com princípios do SUS e, “em suas bases teóricas e metodológicas, complementa e fortalece os ideários do SUS e fornece subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada de saúde”.

A EIP proporciona valores aos trabalhadores e melhora a relação da equipe, contribuindo com a colaboração e a qualidade da assistência à saúde, além de conduzir mudanças nos níveis educacionais, profissionais e organizacionais (REEVES, 2016).

No presente estudo, foram identificadas 19 publicações (14 artigos, 3 dissertações e 2 teses), do período de 2010 a 2017, sobre a temática da educação e do trabalho interprofissional no contexto da APS no Brasil, mostrando um número incipiente de publicações sobre esse tema.

Para Batista (2012), a insuficiência nas práticas de ensino interprofissional no Brasil está relacionado a pouca expressividade nas publicações. Costa (2016) relata que pesquisas sobre a EIP no Brasil ainda são discretas, mas que esse tema está ganhando espaço por meio de disciplinas ofertadas a diferentes cursos da área da saúde, residências multiprofissionais, currículos estruturados de forma interprofissional e projetos de extensão acadêmica.

O perfil das publicações analisadas neste estudo foi marcado por primeiros autores brasileiros, a maioria vinculados a universidades públicas no país, especialmente na região Sudeste e com destaque para a Universidade de São Paulo (USP), o que mostra o protagonismo dessa região em debater assuntos de relevância para o país, como no caso da EIP (CUENCA et al., 2011). A maior parte das revistas dessas publicações tratam de assuntos voltados à saúde pública.

Para Batista (2012), os efeitos da EIP não se limitam apenas para o desenvolvimento de habilidades para práticas colaborativas, mas está relacionada também com a solução de problemas, com a negociação de decisões, com o planejamento participativo e com o exercício da tolerância e da negociação, mostrando a relevância dessa temática na área acadêmica.

No que se refere aos artigos científicos sobre a ‘interprofissionalidade no Brasil’, observou-se que estes foram publicados em 14 periódicos distintos, sendo as revistas Interface e Ciência & Saúde Coletiva, os periódicos de preferência para tais publicações, ambos com

classificação Qualis B1 para a área de Saúde Coletiva. Em relação à Interface, destaca-se que em 2016 a revista publicou número específico voltado à interprofissionalidade, apresentando processos sociais e políticos que têm contribuído para o desenvolvimento da prática interprofissional no Brasil e também uma síntese dos resultados do I Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional, em Natal, Rio Grande do Norte, nos dias 12 e 13 de julho de 2015, que se constituiu num importante fórum para discussão e debate da educação e colaboração interprofissional (CÂMARA et al., 2016).

Outro resultado que chama a atenção é que as pesquisas sobre educação e trabalho interprofissional no Brasil foram preferencialmente conduzidas por estudos de abordagem qualitativa. Uma das potências da pesquisa qualitativa está em ser eficaz na análise de processos sociais e no estudo de detalhes sutis da vida humana (KERR; KENDALL, 2013). São pesquisas realizadas quando as respostas exigidas não podem ser traduzidas em números, mas sim, em vivências e ações, levando em conta a subjetividade (MINAYO, 2012).

As temáticas das publicações estudadas focaram-se mais no trabalho interprofissional voltado à colaboração na APS do que à EIP, expressando o cotidiano do trabalho em equipe nos diferentes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), como a ESF e o NASF. A prática interprofissional se refere à articulação entre profissionais de diferentes áreas da saúde com tendência de organizar o cuidado em saúde dentro da APS. Trata-se de uma característica das equipes integradas, cujas qualidades são: respeito mútuo e confiança, reconhecimento do papel profissional das diferentes áreas, interdependência e complementaridade dos saberes e ações (D'AMOUR et al., 2008).

Na temática voltada ao ensino, não houve, nos trabalhos analisados, evidências que indicassem quando a EIP deve ser iniciada e nem o melhor método para desenvolvê-la na prática. As publicações apresentaram vivências positivas de formação com foco na EIP, como as experiências no Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-Saúde), onde são identificados processos de reestruturação da formação em saúde e valores direcionados aos princípios do SUS (COSTA, 2016). Esse programa de educação, introduzido desde a graduação, permite que ocorram trocas de experiências contínuas, o que minimiza o preconceito formado pelos estudantes e potencializa a comunicação interprofissional e a resolução de conflitos (REEVES, 2016).

A maior crítica observada pelos estudos analisados nessa pesquisa, fez referência à organização dos currículos de ensino superior, onde estudantes da área da saúde identificaram a formação uniprofissional como sendo um 'isolamento' e que a comunicação interprofissional é fundamental para o trabalho em equipe. Estudo de Faquim (2016)

argumenta que essa integração curricular é benéfica pois permite ao estudante trazer para a sala de aula dúvidas, angústias e conflitos profissionais, visando mudanças comportamentais que poderão contribuir com a prática colaborativa.

A reorganização dos currículos da área da saúde incluindo iniciativas de EIP se faz evidente quando se compreende que a formação uniprofissional limita o processo de assistência integral ao paciente, dificultando o trabalho colaborativo em equipe (PEDUZZI et al., 2013) e que o sistema de saúde presta serviços cada vez mais fragmentados e pouco resolutivos (OMS, 2010). A EIP contraria a lógica da educação tradicional e verticalizada, tendo potencial para promover o aprendizado sobre o trabalho de cada profissão, aprimorando, desse modo, o cuidado em saúde (BARR, 1998).

A literatura mostra a importância da educação interprofissional e do trabalho colaborativo para aproximar profissionais e estudantes da realidade sanitária da população, da integralidade do cuidado e dos princípios da APS. Reeves (2016) explicita que a necessidade da EIP decorre da natureza multifacetada da saúde, requerendo coordenação eficaz de serviços para oferta de atenção integral. O número discreto de estudos sobre o tema estudado merece atenção de educadores, gestores da educação e saúde, e pesquisadores do Brasil. Incorporar e avaliar práticas de EIP em serviços do SUS, baseadas em metodologias ativas de aprendizagem e que facilitem interações entre estudantes de diferentes profissões já na graduação, tem potencial para formar profissionais que trabalhem de forma colaborativa em equipes de saúde, buscando o cuidado integral, centrado nas pessoas e suas necessidades.

Como esta análise bibliométrica utiliza a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, considera-se essa uma possível limitação do presente estudo. Estudos bibliométricos que possam complementar os resultados aqui encontrados, incluindo na metodologia um número maior de bases de dados, são recomendados para a avaliação da produção científica sobre o tema da interprofissionalidade, tanto nas práticas de ensino quanto nas de trabalho em equipe na APS.

Referências

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

ARAÚJO, C. A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 11-32, jan./jun. 2006.

ARRUDA, G. M. M. S. et al. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, 2016.

BARR, H. B. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. **J. Interprofessional Care**. Abingdon, v. 12, no. 2, p. 181-188, 1998.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, 2012.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. Educação Interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, 2016.

BONES, A. A. N. S. et al. Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. **ABCS health sci.**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 343-347, 2015.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 25 maio 2019

CÂMARA, A. M. C. S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção dos tutores. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 19, n. 1, p. 817-829, 2015.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 5-8, jan./mar. 2016.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1625-1636, 2016.

COSTA, M. V. A Educação Interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

CUENCA, A. M. B. et al. Periódicos brasileiros de saúde pública: a questão do financiamento. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 101-110, jul./dez. 2011.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professional in healthcare organization. **BMC Health Serv. Res.**, Londres, v. 8, p. 188, 2008.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S., LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S., LOIOLA, F. A. Comunidade de prática enquanto modo coletivo de aprendizagem e desenvolvimento de práticas e saberes na estratégia saúde da família: um estudo teórico. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 104-112, 2012.

ELLERY, A. E. L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família**: condições de possibilidade para integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012, 255 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

FAQUIM, J. P. S. **Colaboração interprofissional na Estratégia da Saúde da Família e a produção do cuidado em saúde durante o pré-natal**. 2016, 166 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

FERNANDES, H. N. et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1915-1926, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-26704>> Acesso em: 5 fev.2019.

FORTE, F. D. S. et al. Educação Interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 798-796, 2016.

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 6, n. 14, p. 1061-1063, 2013.

MADRUGA, L. M. S. et al. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 19, n. 1, p. 805-816, 2015.

MAGNO, E.; ARAUJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015.

MATUDA, C. G. **Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da ESF no município de São Paulo**. 2012, 143 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Gabinete da Rede de Profissões de Saúde – Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para Ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra, 2010. 64 p.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, maio 2016.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

PEREIRA, P. M. **A educação interprofissional e o Pró PET-Saúde USP-Capital 2012/2014: a percepção de tutores, preceptores e estudantes**. 2016, 110f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. Domínios e competências da prática interprofissional colaborativa nas equipes de Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1966-1970, 2017.

QUINTÃO, R. V.; SANNA, M. C. O uso do estudo bibliométrico pelos pesquisadores da saúde em periódicos científicos digitais brasileiros. **XXV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia**,

Documentação e Ciência da Informação. Florianópolis, 2013, não paginado. Disponível em: <<https://portal.febab.org.br/anais/article/view/1547>>. Acesso em: 14 jan. 2019.

RAVELLI, A. P. X. et al. A produção do conhecimento em enfermagem e envelhecimento: estudo bibliométrico. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 506-512, jul./set., 2009.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Med. Teach.**, London, v. 38, no. 7, p. 656-68, 2016.

ROCHA, A. A., BARRETO, I. C. H.; MOREIRA, A. E. M. M. Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 415-426, 2016.

SÁ, T. H.; VELARDI, M.; FLORINDO, A. A. Limits and potentialities of educating family health workers for physical activity promotion: a participatory research. **Revista Brasileira Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 427-436, 2016.

SILVA, R. H. A.; SCARPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 167-184, 2011.

SILVA, J. A. M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, p. 16-24, 2015.

SILVA, J. L. **A prática educativa como expressão da prática profissional no contexto da equipe de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.** 2010, 148 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Pesquisas

VIOLÊNCIA SEXUAL E ASSISTÊNCIA À SAÚDE: QUANDO O HOMEM SOFRE A AGRESSÃO

SEXUAL VIOLENCE AND HEALTH CARE: WHEN THE MAN SUFFERS AGGRESSION

VIOLENCIA SEXUAL Y ASISTENCIA DE LA SALUD: CUANDO EL HOMBRE SOFRE LA AGRESIÓN

Manuela Darosci¹

Luciana Patrícia Zucco²

José Pedro Simões Neto³

Resumo

O estudo aborda a caracterização da população de homens atendidos em situação de violência sexual no serviço de Urgência e Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Trata-se de uma pesquisa com coleta retrospectiva de dados secundários oriundos de notificações referentes ao serviço de emergência para o atendimento de homens em situação de violência sexual, de 2012 a 2017. Diante do silenciamento do tema no espaço institucional e na literatura, as seguintes questões nortearam o estudo e foram trabalhadas na discussão dos dados: Quem é o homem que procura o serviço voltado a pessoas em situação de violência sexual? Como a violência sexual ocorreu com esses sujeitos? Quais os vínculos sociais do agressor com o agredido? Os resultados apontam que a violência sexual no campo da saúde continua sendo um fenômeno que ocorre com as mulheres, pelas poucas informações disponíveis. O perfil do homem que procura o serviço de saúde é o que possui idade média de 26 anos, de raça/etnia branca. São sujeitos que já vivenciaram a violência sexual em outros momentos e que conhecem seus agressores.

Palavras-chave: Violência Sexual. Saúde Masculina. Masculinidades.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSS/UFSC). Especialista em saúde, com ênfase em urgência e emergência, pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da UFSC (RIMS/HU). Integrante do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Relações de Gênero (NUSSERGE/UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: manueladarosci@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Professora Associada do Departamento de Serviço Social (DSS/UFSC), do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSS/CSE/UFSC) e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH/CFH/UFSC). Coordenadora do Núcleo de Estudos em Serviço Social e Relações de Gênero (NUSSERGE/UFSC) e integrante do Instituto de Estudos de Gênero (IEG/UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: lpzucco@uol.com.br

³ Doutor em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro. Professor do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: josepeneto@gmail.com

Abstract

This study deals with the characterization of the population of men treated in a situation of sexual violence in the Emergency and Emergency Department of the University Hospital Polydoro Ernani de São Thiago, Federal University of Santa Catarina (HU/UFSC). This is a retrospective collection of secondary data from notifications referring to the emergency service for the care of men in situations of sexual violence, from 2012 to 2017. Faced with the silencing of the issue in the institutional space and literature, the following questions guided the study and worked on the discussion of the data: Who is the man who seeks the service aimed at people in situations of sexual violence? How has sexual violence occurred with these subjects? What are the social ties of the aggressor with the aggressor? The results indicate that sexual violence in the health field continues to be a phenomenon that occurs with women, due to the limited information available. The profile of the man who seeks the health service is the one with the average age of 26 years, of white race/ethnicity. They are subjects who have experienced sexual violence at other times and who know their aggressors.

Keywords: Sex Offenses. Men's Health. Masculinity.

Resume

El estudio aborda la caracterización de la población de hombres atendidos en situación de violencia sexual en el servicio de Urgencia y Emergencia del Hospital Universitario Polydoro Ernani de São Thiago, de la Universidad Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Se trata de una investigación con recolección retrospectiva de datos secundarios oriundos de notificaciones referentes al servicio de emergencia para la atención de hombres en situación de violencia sexual, de 2012 a 2017. Ante el silenciamiento del tema en el espacio institucional y en la literatura, las siguientes cuestiones orientaron el estudio y se trabajaron en la discusión de los datos: ¿Quién es el hombre que busca el servicio volcado a personas en situación de violencia sexual? ¿Cómo ocurrió la violencia sexual con estos sujetos? ¿Cuáles son los vínculos sociales del agresor con el agredido? Los resultados apuntan que la violencia sexual en el campo de la salud sigue siendo un fenómeno que ocurre con las mujeres, por las escasas informaciones disponibles. El perfil del hombre que busca el servicio de salud es el que tiene una edad promedio de 26 años, de raza/etnia blanca. Son sujetos que ya han vivido la violencia sexual en otros momentos y que conocen a sus agresores.

Palabras clave: Delitos Sexuales. Salud del Hombre. Masculinidad.

Introdução

No campo da saúde, a violência recebeu atenção a partir de estudos que indicaram as consequências do fenômeno para a saúde individual e coletiva (MINAYO et al., 2018). O entendimento a respeito das causas, incidência e tipologia da violência repercutiu na tentativa de organização de ações de prevenção e tratamento que visualizassem a discussão de maneira interdisciplinar e multiprofissional. No Brasil, a discussão é ampliada em 2001 a partir da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), que prevê três segmentos centrais para a prestação da assistência: a) violência contra a criança e adolescente; b) violência contra a mulher; c) violência contra a pessoa idosa.

A violência é entendida e classificada de acordo com suas características e repercussões na vida dos sujeitos, sendo organizada em quatro modalidades de abusos ou maus-tratos: violência física; violência psicológica; violência sexual e negligência; abandono ou privação de cuidados (MINAYO, 2007).

As diferentes formas de violência são expressas de maneira singular e possuem análises próprias sobre suas tendências e incidências. No que concerne à violência sexual, esta é definida como ato ou tentativa de ato sexual sem consentimento, no qual se utiliza de coerção. Sua ocorrência gera diversos impactos negativos à pessoa em situação de violência, com danos imediatos e a longo prazo no bem-estar físico, psicológico, social, sexual e outros (DELZIOVO et al., 2017).

O debate acerca da violência sexual foi historicamente informado por estudos feministas, por serem as mulheres mais expostas a esse tipo de violência. Do total de notificações de violência sexual no Brasil em 2011, 88,5% das vítimas eram mulheres (IPEA, 2014). No município de Florianópolis, Santa Catarina, no período de 2009 a 2014, houve 682 registros de violência sexual contra mulheres maiores de 15 anos para 126 casos de homens maiores de 15 anos (DATASUS, 2018)¹.

Devido à forma com que incide na sociabilidade das/os sujeitas/os, foram pensadas ações de prevenção e enfrentamento da violência de maneira intersetorial. A Lei nº 11.340/2006, denominada Lei Maria da Penha, é identificada como avanço na garantia dos direitos e proteção das mulheres, uma vez que retirou do campo do privado o fenômeno. No Código Penal, a violência sexual é tipificada nas Leis nº 11.106/2005 e 12.015/2009 e, nestes documentos, são incluídos ambos os sexos como possíveis vítimas de violência sexual (GASPAR; PEREIRA, 2018). A Lei nº 12.845/2013 reafirma o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência, definindo violência sexual como qualquer forma de atividade sexual não consentida.

As normativas mais recentes do Ministério da Saúde (MS) para prestação da assistência à saúde são: Portaria GM/MS nº 485/2014; Portaria SAS/MS nº 618/2014; Portaria nº 2.415/2014; Portaria GM/MS nº 1.662/2015; Portaria Interministerial MS/MJ/SPM-PR nº 288/2018. Em tais documentos não é explicitado a situação dos homens que vivenciam a violência sexual, pontuando apenas os serviços especializados para mulheres. Winzer (2016) evidencia que estudos sobre a realidade dos homens agredidos ainda são escassos, mesmo que a temática esteja recebendo mais atenção.

A situação dos homens que vivenciam a violência sexual é invisibilizada tanto na sociedade quanto nos estudos científicos. Está envolta em tabus e silenciamentos, uma vez que

¹ Informações obtidas através do banco de dados do SUS, que apresenta o conteúdo notificado via Sistema de Informações de Agravos de Notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais (Viva/Sinan). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violeSC.def>>. Acesso em: 10 maio 2019.

repercutem em construções e desconstruções de gênero socialmente estabelecidas – como das masculinidades infrangíveis e invulneráveis (ALVES et al., 2011; GOMES; NASCIMENTO, 2006; MELO, 2010).

Sarti, Barbosa e Suarez (2006) afirmam que a construção do ‘ser homem’ se refere ao sujeito com postura viril e forte, dificultando sua identificação como pessoas passíveis de viverem a violência sexual. A violência sexual masculina constitui-se em um problema de saúde pública, requisitando estudos no intuito de possibilitar ações de prevenção e assistência adequada nos serviços de saúde.

Em termos de política municipal, em Florianópolis, a Secretaria de Saúde instituiu no ano de 1999, seguindo as diretrizes do MS, a norma técnica de ‘Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes’. Tal instrumento foi atualizado em 2012, prevendo uma rede de serviços e profissionais voltados para as pessoas em situação de violência sexual. Em 2015-2016 foram ordenadas as diferentes instituições responsáveis e suas ações na ‘Rede de Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência Sexual’ (RAIVS).

O HU/UFSC é membro da RAIVS desde sua implementação no ano de 2000. É a instituição de referência no atendimento às seguintes situações, conforme Portaria MS 485/2014: mulheres e adolescentes acima de 14 anos (emergência obstétrica) e homens e adolescentes acima de 15 anos (emergência adulto); além das situações de interrupção legal da gestação nos casos permitidos em legislação.

Pela centralidade do HU/UFSC na prestação da assistência às pessoas que viveram a violência sexual, este estudo caracterizou a população de homens atendidos em situação de violência sexual no serviço de Urgência e Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), entre os anos de 2012 e 2017.

Metodologia

A pesquisa compõe o campo das ciências sociais em saúde ao abordar a questão da violência sexual a partir de uma compreensão ampliada de saúde, envolvendo, portanto, marcadores sociais de gênero, raça/etnia, classe social, entre outros, presentes no processo de saúde/doença. O estudo baseou-se na coleta retrospectiva de dados secundários oriundos de notificações do HU/UFSC. O interesse pela temática surgiu da imersão como Assistente Social Residente da unidade de Urgência e Emergência do HU/UFSC. No processo de trabalho, a partir do atendimento a quatro homens que vivenciaram a violência sexual e procuraram o

serviço de saúde, identificou-se a ausência da discussão no âmbito da Instituição e a necessidade de compreender o fenômeno da violência sexual perpetrada contra homens.

Para referenciar a discussão foi realizado levantamento da literatura em diferentes bancos de dados – ‘Scielo’, ‘Banco de Teses da Capes’ e ‘Biblioteca Virtual em Saúde – Brasil’, com os descritores ‘violência’ *and* ‘sexual’ *and* ‘masculina’ e ‘homem’ *and* ‘violência’ *and* ‘sexual’. Observou-se a ausência de produção sobre a relação masculinidades-violência sexual. De modo geral, os textos tratavam da relação violência-homens associada à morbidade por causas externas adversas ou do homem como sujeito autor da violência.

Os dados sobre homens em situação de violência sexual são organizados pelo Núcleo de Epidemiologia do Hospital Universitário (NHE-HU) e encaminhados à Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE), agregados, posteriormente, no Sistema de Informações e Agravos de Notificações (SINAN)¹. No NHE-HU constavam oito (08) notificações de homens que foram atendidos no serviço de emergência entre 2012-2017, compondo o universo da pesquisa.

Utilizou-se como critério de inclusão as notificações referentes à violência sexual perpetrada a homens maiores de 15 anos atendidos no Serviço, sendo referência para o atendimento de pessoas do sexo masculino a partir de 15 anos até maiores de 60 anos, segundo prevê a RAIVS. Os critérios de exclusão abarcaram as notificações de pessoas do sexo feminino, transexuais, travestis ou que estavam na faixa etária de 0 a 15 anos incompletos², logo, sendo excluídas todas as fichas que não respondiam ao delimitado.

Os dados foram sistematizados em novembro de 2018 a partir das variáveis que constavam nas fichas de notificação, através do *Microsoft Excel* (versão 2010 ou superior), e rodados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para posterior análise. Em virtude do pequeno número de casos notificados, resultando na baixa incidência de variáveis para a análise, foram realizadas estatísticas descritivas (frequência, média e percentual) e longitudinal, buscando identificar as características principais do fenômeno estudado. Para discutir a caracterização da população de homens atendidos, bem como os sentidos da violência sexual masculina presente nas fichas de notificação, buscou-se o auxílio da literatura referente às temáticas enfocadas, descortinando-as e dando visibilidade ao tema.

¹ Sistema criado pelo Ministério da Saúde, em 2006, com o objetivo de “[...] analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das vítimas de violências (interpessoais ou autoprovocadas)” (BRASIL, 2013, p. 23). Cabe destacar que a notificação é compulsória em todos os tipos de violência sexual.

² Pessoas entre 0 a 15 anos incompletos podem ser atendidos na Pediatria do HU/UFSC ou no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). As pessoas do sexo feminino em situação de violência sexual devem receber atendimento de saúde na Maternidade Carmela Dutra (MCD) ou na Emergência Ginecológica do HU/UFSC (FLORIANÓPOLIS, 2016).

A pesquisa, por sua natureza documental, foi avaliada pelo Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos do HU/UFSC (Parecer 3.000.518), e teve aprovada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar da sistematização de informações contidas em fichas de notificação, conforme itens IV.7 e IV.8 da Resolução 466/2012.

Apresentação e discussão dos dados

O processo de organização e análise dos dados ocorreu a partir das categorias dispostas na ficha do SINAN sobre a violência sexual, o agressor e as características da agressão. Na Tabela 1, estão distribuídos por ano/mês os casos notificados de violência sexual contra homens, após atendimento na unidade de Emergência do HU/UFSC.

Tabela 1 – Evolução das notificações de violência sexual segundo o NHE HU/UFSC, 2012-2017.

MÊS	2012	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Fevereiro	0	0	0	0	1	1
Junho	1	0	0	0	1	2
Setembro	0	0	1	0	0	1
Outubro	0	0	0	1	0	1
Novembro	0	0	0	0	1	1
Dezembro	0	1	1	0	0	2
TOTAL	1	1	2	1	3	8

Fonte: Núcleo Hospital de Epidemiologia do HU/UFSC, 2018.

Destaca-se que poucos são os registros e notificações, mas apresentam uma regularidade quanto ao número de atendimentos/ano no período analisado. Em 2017 ocorreu um aumento no quantitativo, indicando uma tendência de crescimento nas notificações de violência sexual. O Atlas da Violência no Brasil (IPEA, 2018) indica uma evolução temporal no que diz respeito às notificações dos casos de estupro entre 2011 e 2016, com ampliação do número de registros. Instituiu-se três hipóteses para o crescimento: “a) aumento da prevalência de estupros; b) aumento na taxa de notificação a reboque das inúmeras campanhas feministas e governais; ou c) expansão e aprimoramento dos centros de referência que registram as notificações” (IPEA, 2018, p. 58). Ao ser analisado o comportamento das notificações na última década, identifica-se um crescimento do número de registros na área da saúde (GASPAR; PEREIRA, 2018).

O HU/UFSC acompanha a tendência nacional e do estado de Santa Catarina ao registrar aumento do número de notificações de violência sexual ao longo dos anos (GARP; PEREIRA, 2018).

PEREIRA, 2018; DELZIOVO et al., 2017). Esse fenômeno pode estar associado à consolidação das políticas de prevenção e enfrentamento da violência sexual, à orientação dos profissionais de saúde que realizam o acolhimento e sua crescente adesão à proposta do SINAN. No entanto, a Portaria MS/GM nº 104 (BRASIL, 2011) instituiu a universalização e obrigatoriedade de modo compulsório às notificações das violências (sexual, doméstica, psicológica, etc.) nos serviços de saúde, projetando o tema, por meio do registro de casos que, até então, não eram monitorados (MINAYO et al., 2018).

Winzer (2016) afirma que não é possível quantificar o número de casos de violência sexual no Brasil, havendo, inclusive, discrepância entre os números indicados em boletins policiais e notificações da área da saúde, que apresentam a metade do número identificado nos boletins. Tal dificuldade é igualmente constatada no HU/UFSC¹ em relação ao preenchimento das informações previstas na ficha de notificação, com baixa ou ausência das seguintes variáveis: escolaridade; ocupação; situação conjugal; orientação sexual; identidade de gênero; deficiência; forma da agressão; número de envolvidos; sexo do agressor; uso de álcool. Há, portanto, uma falha no preenchimento das fichas de notificação, gerando uma incompletude dos registros, o que dificultou a construção da caracterização dos homens atendidos.

Este dado pode estar associado à emergência, unidade com alta rotatividade de usuários/as e superlotação, bem como rotina e dinâmica intensas de trabalho. Possibilita, ainda, questionar o debate conceitual sobre violência sexual realizado pelas equipes e no âmbito da Instituição, o domínio dos protocolos pelos/as profissionais no caso de atendimento à população masculina e as questões de gênero presentes nas relações de trabalho. Para muitos, o tema da violência sexual é entendido como assunto do mundo privado, não devendo ser acessado pelas instituições e seus profissionais (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006), principalmente no caso dos homens, em que seus corpos estão a serviço da produção, em tempos de paz, e do Estado, em tempos de guerra.

A violência sexual é percebida como uma demonstração extrema de poder por quem a perpetra e de sua ausência por quem a vive. Se para as mulheres envolve culpa e vergonha pela violação ocorrida e por não tê-la evitado, dificultando a procura pelos serviços (FREITAS;

¹ Os dados para o preenchimento da notificação do SINAN coletados para caracterizar os homens em situação de violência são: idade; sexo; raça/cor; escolaridade; município e bairro de residência; ocupação; situação conjugal; orientação sexual; identidade de gênero; se possui algum tipo de transtorno/deficiência. Para a caracterização da agressão são: município de ocorrência; bairro; logradouro; zona; hora da ocorrência; local da ocorrência; se o evento ocorreu outras vezes; motivação da violência; tipo da violência sexual (assédio sexual, estupro, pornografia infantil, exploração sexual); procedimentos realizados; número de envolvidos; vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida. Sobre o agressor: sexo do provável autor da violência; suspeita de uso de álcool; ciclo de vida do provável autor da violência.

FARINELLI, 2016), para os homens é reconhecer que a violência sexual aconteceu consigo, estando sua imagem associada aos predicados que ela mobiliza.

O baixo número de registrado de violência sexual na emergência do HU/UFSC em cinco anos é revelador das motivações que fazem com que os homens violentados não procurem os serviços de saúde, gerando subnotificação dos casos. Estas podem estar relacionadas à relutância em admitirem a violação da virilidade, ao temor de serem identificados como vítimas, ou seja, ao feminino (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006), à vergonha social, entre outras. Esta visão compromete o acesso dos homens ao sistema de saúde, bem como sua adesão aos encaminhamentos (profilaxias e atendimento na esfera da assistência social).

Ao analisar as características dos usuários atendidos no HU/UFSC não foi possível identificar a orientação sexual, talvez, pela dificuldade dos profissionais em abordar tal questão no momento do acolhimento. No material analisado por Winzer (2016), a maioria dos homens que denunciaram situações de violência eram heterossexuais.

A idade média dos homens atendidos é de 26 anos, com idade mínima de 16 e máxima de 37 anos. O maior quantitativo (cinco casos) possuía entre 20 e 30 anos. Em relação à raça/etnia, a maioria (sete casos) era de homens brancos, o que pode estar associada à predominância da população branca em Florianópolis (IBGE, 2010). Em 2010, data da coleta dos dados do Censo Demográfico, a população no município de Florianópolis era de 421 mil pessoas, sendo que 357 mil se autodeclararam brancas.

No que concerne à escolaridade, os dados são insuficientes, pois somente três registros dispunham da informação. Em dois registros os homens agredidos possuíam ensino fundamental incompleto e, em outro, ensino superior completo.

Os casos de violência sexual ocorreram em oito regiões de Florianópolis e englobou a área continental da cidade. A agressão foi perpetrada em 50% dos casos em localidades próximas ao HU/UFSC, a saber: Trindade, Pantanal, Itacorubi e Agrônômica. Os demais aconteceram no norte da cidade, nas localidades de Ponta das Canas, Vargem Grande e Vargem do Bom Jesus. A hipótese é de que os locais mais próximos ao Hospital possuem maior ciência e informação sobre o atendimento do serviço, além de acesso facilitado.

As informações sobre os dados da ocorrência revelaram que não foi a primeira vez que a violência sexual foi perpetrada em 50% dos homens atendidos, tendo ocorrido outras vezes. No que diz respeito às características situacionais, constatou-se que em 50% os homens violentados conheciam seus agressores; em dois casos desconheciam o agressor e em um caso foi o ex-cônjuge.

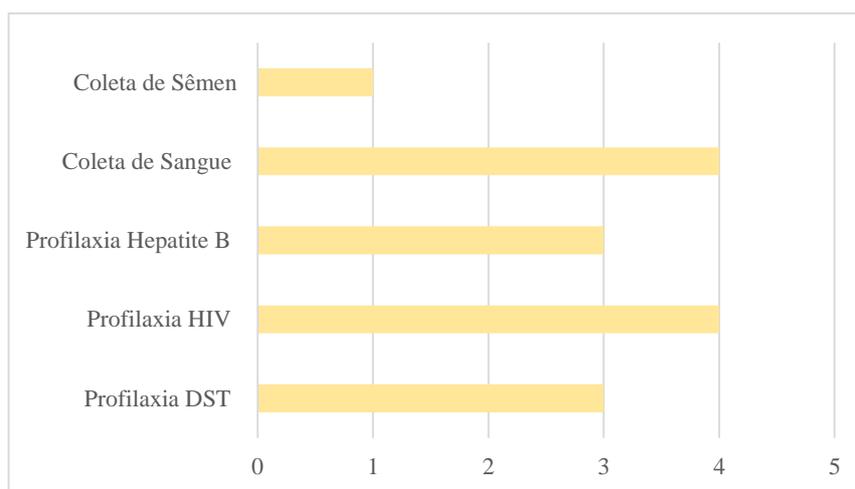
Segundo o Atlas da Violência (IPEA, 2018), nos casos em que os agredidos conhecem os agressores, a probabilidade é de que haja recorrência do estupro, indicando um percentual de 54,9% para essas situações. Nos casos de violência de autor desconhecido, somente 13,9% das vítimas tinham sido violentadas anteriormente. Entretanto, a tendência geral (53,52%) da violência sexual em adultos no Brasil é a de casos com autor desconhecido (Idem).

O número de envolvidos na violência sexual foi respondido em quatro notificações, mas todas indicavam que era apenas uma pessoa quem a praticou. Na definição de violência sexual, todos os casos confirmaram a ocorrência de violência sexual e 28,6% a relacionou ao assédio. Associada à violência sexual, foram registrados os relatos de violência física em 50% dos casos, além de violência psicológica e tortura, ambas com 13%.

Referente ao meio de agressão, em cinco casos houve confirmação da força física no ato da violência, bem como ameaça em três casos, sendo mencionado, ainda, outros tipos de agressões nos registros. Apesar do pequeno número informado de violência psicológica associada à violência sexual, compreende-se que o próprio acontecimento é permeado pela violência psicológica.

Os procedimentos realizados nos atendimentos aos homens no HU referem-se à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), conforme indica o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Procedimentos realizados nos atendimentos aos homens em situação de violência sexual no HU/UFSC, entre 2012-2017.



Fonte: Núcleo Hospital de Epidemiologia do HU/UFSC, 2018.

Após atendimento, conforme normativa da RAIVS, os homens devem realizar acompanhamento de no mínimo seis meses para dar seguimento ao tratamento profilático. A coleta de sêmen ocorre quando existe a autorização e desejo do homem em fazer a coleta de

materiais biológicos para constituição de inquérito criminal. Atualmente, o serviço responsável pela coleta e armazenamento é o Instituto Médico Legal (IML) de Santa Catarina. O HU/UFSC não realiza a coleta e armazenamento do material.

Identificou-se, ainda, a necessidade do aprofundamento das discussões de gênero e de capacitações das equipes de saúde para compreensão do fenômeno da violência sexual na população masculina, no sentido de assegurar o acolhimento na perspectiva do direito à saúde. Os investimentos do MS em políticas de combate à violência e na organização de serviços especializados para atendimento de crianças, adolescentes e mulheres caminham também no sentido da prevenção da revitimização das pessoas que viveram a violência sexual nos serviços de saúde. Esta realidade mostra-se mais complexa e invisibilizada nos casos dos homens, em decorrência da cultura patriarcal e da associação do masculino ao cenário da violência como sujeito agressor e não agredido.

Considerações finais

Os resultados trouxeram elementos importantes para uma primeira aproximação e tentativa de compreensão do fenômeno no cenário da pesquisa, em que pese o baixo número de casos e referências sobre o tema. No conjunto das ausências e silenciamentos, a pesquisa evidenciou que a violência sexual no campo da saúde, tanto no levantamento bibliográfico quanto nos dados coletados, continua sendo um fenômeno das mulheres. A intenção na construção do trabalho não foi o de exaurir análises e debates sobre o fenômeno, mas de propiciar caminhos para discussões sobre o tema, tecendo no campo teórico assertivas que fundamentem a intervenção.

A partir de uma leitura dos estudos feministas é possível afirmar que as atribuições de gênero acentuam invisibilidades, ausências e tabus, comprometendo, inclusive, o preenchimento dos registros no serviço de emergência. Se por um lado os casos custam a chegar na Instituição de referência para o atendimento, por outro, a assistência prestada revela uma compreensão medicalizante do fenômeno, secundarizando as demais dimensões de vida dos homens submetidos à violência sexual. As informações não preenchidas podem sinalizar uma visão restrita da atenção à saúde e um descompromisso com o conhecimento e sua produção, principalmente por ser um hospital escola.

De todo modo, os resultados reafirmaram tanto a existência da violência sexual na população masculina quanto sua subnotificação, isto porque em alguns casos os usuários tinham sido submetidos à violência em outros momentos de vida sem, contudo, haver o registro. Mesmo acompanhando a tendência da violência sexual feminina, cujo processo

indica aumento no número de notificações nos últimos anos, a realidade dos homens ainda precisa ser descortinada. A dificuldade em acessar o serviço de saúde pelos homens pode estar relacionada à resistência em admitirem que ocorreu violação da virilidade, além de não se perceberem e/ou identificarem como sujeitos que foram violentados.

Ademais, a pesquisa explicitou a necessidade de ações de políticas públicas, principalmente no campo da saúde, sobre prevenção e enfrentamento da violência sexual dirigida aos homens, também, com formação de equipes para a prestação da assistência. Associadas a estas, tem-se a necessidade de promoção de ações de desconstrução das atribuições de gênero, pautando os homens, igualmente, como ‘sujeitos vítimas’ de tal violência.

Referências

- ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia (Universidade Presbiteriana Mackenzie. Impresso): teoria e prática**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n3/v13n3a12.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011**. Brasília: Ministério de Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil**, 2011. Brasília: Ministério da Saúde, v. 44, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--9---VIVA-SINAN.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005, a Relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF, 25 jan. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 8 maio 2019.
- DATASUS. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações de Agravos de Notificações de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais (Viva/Sinan)**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/violeSC.def>>. Acesso em: 10 maio 2019
- DELZIOVO, C. R. et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p. 2-13, 2017. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/p9x4nd>>. Acesso em: 8 maio 2019.
- FERRAZ, L. F.; WÜNSCH, D. S. A violência contra crianças e adolescentes e a notificação compulsória, no âmbito da saúde, como mecanismo de proteção social. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 63-75, jul./dez. 2016. Disponível em:

<<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/181895/001074527.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social. **Rede de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual – RAIVS**. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/Protocolo_Mulher.pdf>. Acesso em: 8 maio 2019.

FREITAS, M. L.; FARINELLI, C. A. As consequências psicossociais da violência sexual. **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 37, v. 14, p. 270-295, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/25400>>. Acesso em: 8 maio 2019.

GASPAR, R. S.; PEREIRA, M. U. L. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 2-9, 2018.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 5, p. 901-911, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500003> Acesso em: 8 maio 2019.

IBGE. **Atlas Nacional do Brasil Milton Santos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. p. 307. Disponível em: <http://mapasinterativos.ibge.gov.br/atlas_ge/brasil1por1.html>. Acesso em: 10 maio 2019.

IPEA. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar)**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf>. Acesso em: 8 maio 2019.

IPEA. **Atlas da Violência 2018**. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>>. Acesso em: 10 maio 2019.

MELO, M. K. F. **Saúde e masculinidades: desafios para a intervenção profissional**. 2010. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2013, 2018.

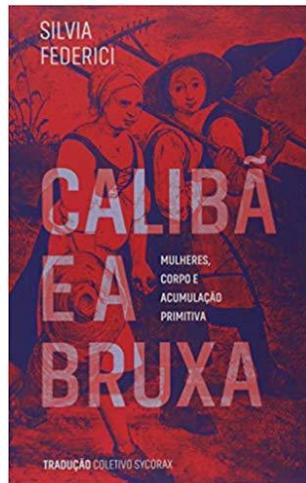
SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 16, p. 167-183, 2006.

WINZER, L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, p. 1-16, jul. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000702001>. Acesso em: 10 maio 2019.

Resenhas

QUANDO UMA RESENHA É MAIS, UM CONVITE À LEITURA

Carmen Lucia Bezerra Machado¹



Resenhar um livro de aproximadamente 464 páginas é por si só é um desafio. (Versão digital de 515 páginas está disponível em: <http://coletivosycorax.org/wp-content/uploads/2016/08/CALIBA_E_A_BRUXA_WEB.pdf>). Mais. Fazer a resenha de rigorosa tradução do Coletivo Sycorax, em parceria com a Fundação Rosa Luxemburgo e a Editora Elefante, da publicação original da historiadora italiana Silvia Federici de 2004, na edição brasileira de 2016, amplia o desafio.

A dureza vivida por mulheres resistentes inspira amor. A amorosidade convoca a enfrentar a dor. Por isso, a pergunta é o caminho que escolho.

1. Por que só agora?

A indicação terceirizada vem da colega Conceição Paludo. A leitura faz pensar e repensar, na esteira deixada pela autora de ‘Calibã e a bruxa – mulheres, corpo e acumulação primitiva’. O mundo inteiro precisa de uma sacudida e os movimentos sociais e a crise política na Europa dos séculos XII ao XVIII, como na atualidade, mostram a servidão como uma relação

¹ Professora titular de Sociologia da Educação do curso de Pedagogia da Faculdade de Educação e professora permanente no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carmen.machado@ufrgs.br

de classe. Na luta pelo comum e pela liberdade a divisão social baseia-se nos movimentos milenaristas e heréticos. A politização da sexualidade associa as mulheres à heresia. A política sexual é constituída como surgimento do Estado, para além da contrarrevolução. Lutas urbanas pela sobrevivência enfrentam a doença (peste negra) e também a crise do trabalho. O livro havia passado despercebido.

2. Por que aqui na Revista Saberes Plurais do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde?

Porque esta revista, segundo o Professor Paulo Peixoto de Albuquerque, tem por objetivo socializar questões que normalmente ficam subsumidas nas discussões disciplinares e nas práticas protocolares hegemônicas. Um curso da área da saúde coletiva, e com a maioria de mulheres atuando no SUS, aprendendo a trabalhar com o ensino na e da saúde do corpo, da mente, do afeto, de práticas integrativas, ao menos nos discursos, precisa refletir sobre temas que normalmente são silenciados ou invisibilizados. Um “Programa interdisciplinar em que devia fazer frente a um tipo distinto de cercamento: o cercamento do saber, isto é, a crescente perda, entre as novas gerações, do sentido histórico de nosso passado comum” (p. 17) é como Federici conceitua o programa no qual pesquisa e socializa seus achados. Serviria aqui e agora?

3. “O que podemos aprender sobre o desdobramento capitalista, passado e presente quando examinado de uma perspectiva feminista?” (p. 25). Porque resenhar este livro dentre tantos indicados e de inúmeras novas publicações?

A compreensão do esquema construído em cinco capítulos articula a perseguição às bruxas e a exigência capitalista num ataque genocida contra as mulheres seus saberes e suas resistências (1. O mundo precisa de uma sacudida; 2. A acumulação do trabalho e a degradação das mulheres; 3. O grande Calibã; 4. A grande caça às bruxas na Europa; 5. Colonização e cristianização). As circunstâncias históricas específicas da “perseguição às bruxas – assim como o tráfico de escravos e os cercamentos” de caça às bruxas, no contexto das crises europeias, demográfica e econômica, e crises mundiais das políticas de terra e do trabalho da época mercantilista, relaciona o desenvolvimento capitalista a uma nova divisão sexual do trabalho – constituem um aspecto central da acumulação e da formação do proletariado moderno. O livro de Silvia Federici busca esclarecer estes dois processos na Europa e no Novo Mundo. Este complexo tema ainda não havia sido investigado desta perspectiva. Além disso, a escrita é agradável e fundamentada em pesquisa documental e bibliográfica, enriquecida de 68 imagens de domínio público. Cores, textura e primorosa composição – cheiro de papel. Há analogias possíveis com a realidade vivenciada no Brasil do século XXI.

4. E, de onde vem esse original título?

Da peça shakespeariana ‘A tempestade’, o Calibã, escravo selvagem, vem o rebelde anticolonial, cuja luta “ressoa e também é símbolo para o corpo proletário” (p. 20), e sua mãe Sycorax – a bruxa o símbolo do feminino associado à vassoura entendida como símbolo fálico, simbolizam a dimensão sexista e racista que o capital impõe. O título é “expressão da perversão do capital” – é “terreno e instrumento de resistência à lógica vigente”. Em perspectiva feminista conta a história das resistências. A que estamos a escrever, neste momento e neste espaço “dependerá de nossa capacidade de ouvir as vozes daqueles que percorreram caminhos semelhantes” (p. 17).

Símbolo para o corpo proletário (terreno e instrumento de resistência à lógica do capitalismo), a bruxa (serva do diabo), antes relegada a segundo plano, situa-se no centro da cena para Federici. As mulheres com acesso à terra: lavradoras, pedreiras, parteiras e curandeiras, sábias, independentes, irreverentes e muitas vezes pobres e solteiras, possuíam conhecimentos sobre ervas e sobre a natureza, e tinham autonomia sobre seus corpos, decidindo elas mesmas sobre a gravidez ou o aborto. Ali, os processos reprodutivos estavam em pé de igualdade com a produção. Feminicídios cometidos em nome da caça às bruxas seguem um aspecto fundante do capitalismo. Atribui às mulheres o papel de produtoras de mão de obra, obrigando-as, pelo terror ao trabalho forçado e sem remuneração, a exercer gratuitamente os serviços domésticos necessários para sustentar os maridos e os filhos homens para serem usados como força de trabalho do sistema nascente. Também as filhas mulheres novas produtoras de mão de obra. Calibã representa o rebelde anticolonial cuja luta ressoa.

5. A leitora foi capturada. Mas a solitária aproximação ao livro exige, do eu leitora, o compartilhar da indagação: “De que maneira se relacionam a expropriação e a pauperização com o permanente ataque contra as mulheres?” (p. 25).

Livros ficarão para outra ocasião. A escritura desta resenha se faz necessária. Repensar o desenvolvimento do capitalismo a partir de um ponto de vista feminista, ao mesmo tempo evitando as limitações de uma ‘história das mulheres’ separada do masculino da classe trabalhadora. Encarnação de sujeitos que o capitalismo precisou destruir: “a herege, a curandeira, a esposa desobediente, a mulher que ousa viver só, a mulher *obeah* que envenenava a comida do senhor e incitava os escravos à rebelião” (p. 24) - resistências. Educadores educam as dores ou aos portadores. Calibãs e bruxas.

6. E, em quais teorias se ancora este extenso e rico texto?

O método científico constituído como ciência moderna, requer teorias, e as expressam. É o mesmo que se origina nas formas de perseguição e interrogatório torturante das bruxas, “para que o conhecimento da natureza seja conquistado, revelado e estuprado” (p.370). Federici se vale de rigorosa busca nas mais diversas referências bibliográficas e as disponibiliza para *leitorix* em 67 páginas. Apresenta um contraponto ao pensamento de Karl Marx afirmando que, em vez de se tratar de um aspecto precursor do capitalismo, a acumulação a ele é inerente.

À acumulação primitiva enunciada por Marx, a autora acresce o diálogo com Michel Foucault, a quem critica duramente por não haver levado em conta em sua “História da sexualidade” com a produção de corpos dóceis e sujeitos indiferenciados atingindo igualmente “homens e mulheres se depara com as peculiaridades do feminino” (p.350). A abordagem feminista analisa práticas contra o corpo feminino – o extermínio de centenas de milhares de mulheres na fogueira. A sexualidade a serviço da repressão, da censura e rejeição foi capaz de “produzir” uma mulher laborativa e não mais erótica. Entre os séculos XVI e XVIII as mulheres inicialmente retratadas “como seres selvagens, mentalmente débeis, de desejos insaciáveis, rebeldes, insubordinadas, incapazes de autocontrole”, são responsabilizadas pela incapacidade de impor aos homens o trabalho e o autocontrole, vão sendo “revertidas para serem retratadas como seres passivos, assexuados, castas, mais obedientes e morais que os homens, capazes de exercer uma influência positiva sobre eles” (p. 205). No final do século XVII, até “mesmo sua irracionalidade podia ser valorizada e o poder do ‘instinto materno’ feminino”, passa a ser visto “como um mecanismo providencial”, assegurando a continuidade, a reprodução, apesar das desvantagens do “parto e da criação de filhos” (p. 205). A mecanização na alienação do corpo supõe “não apenas a repressão de desejos, emoções e comportamentos já erradicados” como demonstrou Foucault, mas converte-o em “identidade individual”, concebida como “alteridade em relação ao corpo” e simultaneamente “em perpétuo antagonismo com ele” (p. 276), opondo mente e corpo, afirmando a necessidade de autocontrole. “Corpos femininos, moldados pela nova disciplina do trabalho (p. 260), forjados a ferro e fogo, com o sangue produzido pela tortura, criam comportamento regular, homogêneo e uniforme” (p. 262). O livro evidencia o nexos entre a função reprodutiva das mulheres e a divisão sexual do trabalho, “gênero e classe são partes de um mesmo todo e não uma dicotomia” (p. 27).

Junto a Foucault e Marx, autoras feministas compõem o tripé teórico do livro. Estas, de A a W, desde Accati (1980), falando sobre “o parto e a maternidade como suporte da identidade feminina” (p.438), até Wiesner ao estudar o trabalho feminino na Alemanha renascentista, e as mulheres que “perdem até mesmo suas prerrogativas como a realização de

partos e a fabricação de cervejas” (p. 153). Restam apenas os “empregos de baixos *status*: empregadas domésticas, trabalhadoras rurais fiandeiras, bordadeiras, vendedoras ambulantes ou amas de leite” (p. 182).

Dependendo do país variam as formas locais, mas, sempre o objetivo é “fazer feminização da pobreza” (p. 34) para que elas sigam a participar na “produção” ajudando seus maridos em sua casa, com o “não-trabalho”, o que é sem valor e até as viúvas deveriam receber apenas o suficiente para não depender da assistência pública. Ou, como nos casos da Europa ou das Américas, onde os costumes locais de mulheres, majoritariamente pobres que lutam pela sobrevivência, são considerados magia ou um obstáculo para a racionalização do processo de trabalho. Segundo a autora, “as acadêmicas feministas” desenvolveram um esquema interpretativo que lança bastante luz sobre duas questões históricas muito importantes: “explicar a execução de centenas de milhares de ‘bruxas’ no começo da Era Moderna”, e a “guerra contra as mulheres no surgimento do capitalismo” (p. 114), com o apoio do Estado. A precarização do trabalho e a perda dos direitos sociais, como a licença gestante, o tempo de serviço e igualdade salarial de hoje, tem precedentes.

7. Conhecimentos do corpo feminino e poder do Estado se relacionam?

“As perseguições às bruxas foram encabeçadas por juristas, magistrados e demonólogos, por vezes a mesma pessoa”, em cooperação de intelectuais, filósofos, e cientistas de prestígio na época, tal como escreveram o inglês Hobbes e o francês Jean Bodin, “incluindo os descendentes na condenação à morte e à fogueira”, pois a “magia mata a indústria” (p. 257). Com eles Bacon, Kepler, Galileu, Boyle, Shakespeare, Pascal e inclusive a referência maior da ciência moderna (a racionalidade e ao domínio do pensamento sobre as ações) Rennè Descartes, “concluem que a bruxaria era ‘o crime mais vil’” (p. 306). Em plena Era da Razão — a idade do ceticismo e da dúvida metódica —, encontramos um ataque feroz ao corpo. O ‘saber’ apenas pode converter-se em ‘poder’ se conseguir fazer cumprir suas prescrições.

O corpo mecânico, o corpo-maquina, não poderia ter se convertido em modelo de comportamento social sem a destruição, por parte do Estado, de uma ampla gama de crenças pré-capitalistas, práticas e sujeitos sociais cuja existência contradizia a regulação do comportamento corporal prometido pela filosofia mecanicista (FEDERICI, 2016, p. 257).

Morre o “conceito do corpo como receptáculo de poderes mágicos que havia predominado no mundo medieval”. Morrem os corpos e o conceito é destruído. Por trás da nova filosofia está a intervenção ou “iniciativa do Estado, a partir da qual o que os filósofos

classificaram como ‘irracional’ foi considerado crime” (p. 257), mesmo sem provas, tal como no Brasil desta década do século XXI.

O fato de que as acusações nos julgamentos se referiam frequentemente a acontecimentos ocorridos havia várias décadas; de que a bruxaria tivesse sido transformada em um *crimen exceptum*, ou seja, um crime que deveria ser investigado por meios especiais, incluindo a tortura; e de que eram puníveis inclusive na ausência de qualquer dano comprovado a pessoas e coisas [...] (FEDERICI, 2016, p. 306).

A criminalização dos conhecimentos das mulheres confere e referenda um conhecimento científico, autorizado pelo Estado a serviço da dominação e da exploração. Mais uma analogia com a realidade vivida. A lição política a ser extraída “é que o capitalismo, enquanto sistema econômico-social, está necessariamente ligado ao racismo e ao sexismo [...] precisa justificar e mistificar as contradições incrustadas em suas relações sociais” (p. 37) – e entre a promessa de liberdade e de prosperidade e a realidade da coação e de penúria generalizada – difamam “a ‘natureza’ daqueles a quem explora: mulheres, sujeitos coloniais, descendentes de escravos africanos, imigrantes deslocados pela globalização” (p. 37). A criminalização da legislação, apoiada nos conhecimentos acadêmicos, sustenta a necessidade das reformas trabalhista e da previdência e estas modificam as relações de trabalho e de aposentadoria para as mulheres brasileiras em 2018 e 2019, respectivamente. Séculos antes, como agora, se trata de uma “colonização global” (p. 206).

8. No livro o Estado ensina a saúde? Aparentemente não. Está invisibilizado. Fazer ensino pela provocação retira a *todix* da zona de conforto. O uso da linguagem (escrita e falada) envolve a quem ensina e a quem aprende. Há garantias de aprendizagens?

A condenação da contracepção e particularmente do aborto, tido como um *maleficium*. Reduziu o corpo feminino a “uma máquina para a reprodução do trabalho – nas mãos do Estado e da profissão médica” (p. 262). “Os métodos contraceptivos, instrumentos diabólicos, institucionalizam o controle do Estado sobre a reprodução da força de trabalho” (p. 335). Analogamente ao que a disciplina capitalista fez e ainda faz ao “criminalizar qualquer atividade sexual que ameace a procriação, a transmissão da propriedade na família e/ou diminua o tempo e a energia para o trabalho” (p. 354), aqui ocorre. No Brasil, a Proposta de Emenda Constitucional de nº 29 de 2015 (<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/02/15/pec-que-proibe-aborto-pode-ser-emendada-para-incluir-as-excecoes-da-lei-atual>>), “garantindo a inviolabilidade do direito à vida desde a concepção”, segue reforçando a existência do aborto inseguro. A colega

professora, médica Camila Giugliani, ao reforçar a importância de tomada de decisões baseadas no conhecimento e nas tecnologias disponíveis, coloca em perspectiva a descriminalização do aborto como forma de reduzir um dos fatores responsáveis pela elevada taxa de morbimortalidade materna no mundo (47 mil mortes, segundo dados da OMS para 2013). Pensar, sentir e decidir apenas o que não está proibido.

O Estado, “como defensor da aristocracia Latifundiária na Europa e dos colonizadores nas Américas”, politicamente pretende a redução do exército de reserva disponível para o trabalho, base da acumulação capitalista e também da destruição da força de trabalho do sec. XVI ao XXI. “Tal como as bruxas europeias, os nativos americanos colonizados e os africanos escravizados forneceram ao capital a provisão de trabalho necessário para a acumulação” (p.362), controlar os corpos, agora, com a intensificação da violência contra as mulheres, é outra caça às bruxas. Esta permanência do sistema capitalista se deve mais à rede de desigualdades construída no corpo do proletariado mundial, do que a mera submissão. Inculca o medo aos homens, numa “destruição das práticas, crenças e das próprias mulheres para produzir a reprodução social” (p. 306).

9. E as resistências?

Ah, estas tiveram que se “confrontar com o chicote, o tronco, a prisão, a tortura, a violação e até o assassinato para reestabelecer a disciplina do trabalho” (p. 384) e assim reconhecer aos índios do Novo Mundo, como seres humanos. Um corpo feminino, possibilidade de “reprodução biológica na máquina de produção” que precisa existir. Resistir. Nada pode fazer quem desconhece o processo histórico de resistência dos corpos e dos saberes propriamente femininos que coexistem com a exploração necessariamente desde seu surgimento.

Na América Latina, nos protestos das populações locais, as mulheres estão muitas vezes na linha de frente. Matá-las, busca demonstrar à comunidade que resistir é inútil. Voltando à terceira questão acima enunciada – “O que podemos aprender sobre o desdobramento capitalista, passado e presente quando examinado de uma perspectiva feminista?” – se coube às mulheres o trabalho de gerar, criar e ensinar, durante a primeira infância aos milhões de seres humanos, eliminar ou transformar requereu tempo, para além da apropriação dos corpos por homens e pelo Estado as resistências se apresentam nos nove séculos do processo. O corpo convertido em “instrumento de produção de força de trabalho é o lugar de uma alienação fundamental que só pode ser superada com o fim da disciplina trabalho que o define” (p. 28).

Desde o feudalismo, romantizado nas salas de aula e nos livros didáticos, como um período monótono com damas e cavaleiros, ao contrário, havia muita luta. As pessoas percebiam que estavam sendo afastadas da terra e de suas vidas comunitárias no tempo depois reconhecido como “um embrião do capitalismo”. Costumamos pensar na caça às bruxas como algo ultrapassado. Mas, sempre que o capitalismo entra em crise, bambeia, desequilibra, voltamos a experimentá-la. Como em ‘O Pêndulo de Foucault’, oscila e torna-se novamente uma história do presente. No cerne “encontramos não apenas uma relação simbiótica entre o trabalho assalariado contratual e a escravidão, mas também, e junto com ela, a dialética que existe entre acumulação e destruição da força de trabalho” (p. 37). Ou, na perseguição e catequização dos povos nativos durante os processos coloniais na América e na África, nos processos de escravidão, na Guerra Fria e, agora, na crescente violência contra mulheres, negros e grupos LGBTs, também à natureza e às questões ecológicas no que ela chama de um processo de “colonização global” é que a “tensão pelas quais as mulheres pagaram o preço mais alto, com seus corpos, seu trabalho e suas vidas” (p. 37).

Mas, e há um ‘mas’, ou um ‘mais’, houve resistências às imposições capitalistas. Inicialmente, muitas mulheres capturadas pelos tribunais preferiram morrer a delatar outras “bruxas”. Hoje, essa resistência persiste como “Quando vejo mulheres unidas, trabalhando juntas”. Movimentos como o ‘ME TO’ ou ‘ELE NÃO’ ou ‘Margaridas’, “sinalizam a resistência feminina e que a força dessas bruxas ainda está viva. Hoje a resistência é na dimensão global” (p. 35), que é atemporal. Movimentos que escrevem nas ruas contra o racismo, o sexismo, a LGBTfobia, e, como diz Diego Bezerra Machado, a próxima revolução será feminista, negra e amorosa. Sem medo de ‘ser mais’.

Referência

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2016. Tradução Coletivo Sycorax. 464 p.