

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

A Revista de Atenção Primária à Saúde (APS) é uma publicação semestral do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Rede de Educação Popular em Saúde, que tem por finalidades: sensibilizar profissionais e autoridades da área de saúde em APS; estimular e divulgar temas e pesquisas em APS; possibilitar o intercâmbio entre academia, serviço e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem interdisciplinar e servir como veículo de educação continuada e permanente no campo da Saúde Coletiva, tendo como eixo temático a APS.

1. A revista está estruturada com as seguintes seções: **Artigos Originais**; **Artigos de Revisão**; **Artigos de Atualização**; **Relato de Casos e Experiências**; **Entrevista**; **Tribuna**; **Atualização Bibliográfica**; **Serviço**; **Notícias** e **Cartas**.

A seção “**Artigos Originais**” é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da APS. “*Artigos originais*” são trabalhos que desenvolvem crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte das ciências da saúde que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. (Devem ter até 25 páginas com o texto na seguinte estrutura: introdução; material ou casuística e métodos, resultados, discussão e conclusão).

A seção “**Artigos de Revisão**” é composta por artigos nas áreas de “*Gerência, Clínica, Educação em Saúde*”. Os “*artigos de revisão*” são trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre matérias das ciências da saúde buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagens dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza e sua inserção social e cultural. Têm por objetivo resumir, analisar, avaliar ou sintetizar trabalhos de investigação já publicados em revistas científicas. (Devem ter até 20 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Artigos de Atualização**” é composta por artigos que relatam informações atuais ou novas técnicas das áreas cobertas pela publicação. (Devem ter até 15 páginas com texto estruturado em introdução, desenvolvimento e conclusão).

A seção de “**Relato de Casos e Experiência**” é composta de artigos que relatam casos ou experiências explorando um método ou problema através do exemplo. Os relatos de caso apresentam as características do indivíduo estudado, com indicação de sexo, idade e pode ser realizado em humano ou animal, ressaltam sua importância na atuação prática e mostram caminhos, condutas e comportamento para sua solução. (Devem ter até 8 páginas com a seguinte estrutura: introdução, desenvolvimento, conclusão).

As demais seções são de responsabilidade dos Editores para definição do tema e convidados: **Entrevista** - envolvendo atores da APS; **Tribuna** – debate sobre tema polêmico na APS, com opinião de especialistas (2 páginas); **Atualização bibliográfica** - seção onde são divulgados lançamentos de publicações, resenhas (1 página) e resumos de dissertações ou teses (2 páginas), de interesse na APS; **Serviço** contempla a divulgação de eventos e endereços úteis; **Notícias** - eventos ocorridos, portarias ministeriais, relatórios de grupos de trabalho, leis de interesse na APS; **Cartas** - opiniões de leitores e sugestões sobre a revista são bem recebidas.

3. Os trabalhos devem ser encaminhados em disquete, acompanhado de 2 cópias impressas ou pela internet, programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, letra "Times New Roman" tamanho 12, espaço entre linhas um e meio, com o limite de páginas descrito entre parênteses em cada seção acima citada. Devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome dos autores e endereço para correspondência, e-mail, telefone, fax e serem endereçados à revista. Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética da Instituição.
4. Os trabalhos devem obedecer à seguinte seqüência de apresentação:
- título em português e inglês;
 - nome completo (nomes seguido(s) do(s) sobrenome(s) do(s) autor(es) e, no rodapé a indicação da Instituição a qual está vinculado, cargo e titulação;
 - resumo do trabalho em português em que fiquem claros a síntese dos propósitos, os métodos empregados e as principais conclusões do trabalho;
 - palavras-chave – mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentadas em português de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – URL: www.bireme.br
 - abstract – versão do resumo em inglês;
 - key words – palavras chave em inglês, de acordo com DeCS;
 - artigo propriamente dito, de acordo com a seguinte estrutura recomendada para cada tipo de artigo, citados no item 2;
 - figuras (gráficos, desenhos, tabelas) devem ser enviadas em separado, com indicação na margem do local de inserção no texto; as fotografias em preto e branco devem ser apresentadas em papel brilhante;
 - referências: Em conformidade com a última versão da NB 6023 da ABNT, disponível em: www.ufjf.edu.br/biblioteca (Normalização - ABNT)

Citações no texto: no corpo do texto citar apenas o sobrenome do autor e ano de publicação: Ex: 1 autor: Vasconcelos (2000), fazendo parte do texto - ou (VASCONCELOS, 2000) no final da frase ou parágrafo; 2 autores: Bruschini e Holanda (1998) ou (BRUSCHINI; HOLANDA, 1998). No caso de citações de documentos elaborados por 3 ou mais autores só deverá ser citado o primeiro autor seguido da expressão et al. Ex.: Sampaio et al. (1998) ou (SAMPAIO et al., 1998). Em citações na íntegra, colocar também o número da página. Ex.: *A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar cotidiano da população.* (VASCONCELOS, 2000, p.25). Todas as referências citadas no texto, incluindo as de quadros, tabelas e gráficos deverão fazer parte das referências, apresentadas em ordem alfabética, no final do artigo.

A seguir são apresentados alguns exemplos de referências bibliográficas:

Livro

Autoria própria

BIRMAN, J. **Pensamento freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 204p.

Sem autoria

ANÁLISE do desempenho hospitalar: III Trimestre. Rio de Janeiro: CEPESC, 1987. 295p.

Capítulo de Livro

VASCONCELOS, E.M. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: _____. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. cap.9, p.65-69.

Dissertação

CALDAS, C.P. **Memória dos velhos trabalhadores**. 1993. 245f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Tese

TEIXEIRA, M.T.B. **Sobrevida de pacientes com câncer de estômago em Campinas, SP**. 2000. 114f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

Trabalhos de Congressos, Seminários, Simpósios, etc.

MAUAD, N.M.; CAMPOS, E.M. Avaliação da implantação das ações de assistência integral à saúde da mulher no PIES/UFJF. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, 2000, Salvador. **Resumos...** Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2000. p.328, ref.1101.

Artigo de Periódico

Com um autor:

VALLA, V. V. Educação popular e saúde diante das formas de se lidar com a saúde. **Revista APS**, Juiz de Fora, n. 5, p. 46-53, 2000.

Com dois autores:

WALKER, Z.; TOWNSEBD, J. Promoting adolescent mental health in primary care: a review of literature. **Jornal of Adolescence**, v. 21, n. 5, p.621-634, 1998.

Com três ou mais autores:.

LEVAV, I. et al. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 63-69, fev. 1994.

Artigo de Jornal

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras mas campanha de informação a turistas começa domingo. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15 abr. 1999. Primeiro Caderno, Cidade, p.25.

Referência de documentos de acesso exclusivo em meio eletrônico

A. Banco de Dados

ÂCAROS no Estado de São Paulo (Enseios concordis): banco de dados preparado por Carlos H.W. Flechtman. In: FUNDAÇÃO TROPICAL DE PESQUISAS E TECNOLOGIA "ANDRÉ TOSELLO". **Base de Dados Tropical**: no ar desde 1985. Disponível em: <<http://www.bdt.org/bdt/acarosp>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

B. Lista de discussão

BIOLINE Discussion List. List maintained by the Bases de Dados Tropical, BDT in Brasil. Disponível em: <lisserv@bdt.org.br>. Acesso em: 25 nov. 1998.

C. Homepage Institucional

CIVITAS. Coordenação de Simão Pedro P. Marinho. Desenvolvido pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 1995-1998. Apresenta textos sobre urbanismo e desenvolvimento de cidades. Disponível em: <<http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>>. Acesso em: 27 nov. 1998.

D. Arquivo em disquete

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas.doc**. normas para apresentação de trabalhos. Curitiba, 7 mar. 1998. 5 disquetes, 3 1/2 pol. Word for Windows 7.0.

E. Base de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca de Ciências e Tecnologia. **Mapas**. Curitiba, 1997. Base de Dados em Microlsis, versão 3.7.

F. Software Educativo CD- ROM

PAU no gato! Por quê? Rio de Janeiro: Sony Music Book Case Multimídia Educacional, [1990]. 1 CD-ROM. Windows 3.1.

5. Os artigos são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

6. Em trabalhos que envolvam financiamentos estes devem ser citados após a informação do endereço.

7. Avaliação por pares: os artigos recebidos são protocolados na secretaria da revista e encaminhados ao Editor Geral e aos Editores Associados para a triagem, avaliação preliminar e posterior distribuição ao Conselho Editorial em conformidade com as áreas

de atuação e especialização dos membros e o assunto tratado no artigo. Todos os artigos são submetidos à avaliação de dois consultores, de instituição diferente do(s) autor (es) em um processo duplo cego, que os analisam em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; clareza das informações; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência a linha editorial da revista. Os consultores preenchem o “formulário de parecer”, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Nesses casos, os artigos serão devolvidos ao(s) autor(es) para os ajustes e re-envio; e aos consultores para nova avaliação. O resultado da avaliação é comunicado ao(s) autor(es) e os artigos aprovados ficam disponíveis para publicação em ordem de protocolo. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação.

8. Os artigos devem ser enviados para:

Núcleo de Assessoria Treinamento e Estudos em Saúde (NATES)

Revista de APS

Rua Benjamin Constant, 790

CEP: 36015-400 Centro

Juiz de Fora – Minas Gerais

Ou via internet através do E-mail: revaps@nates.ufjf.br.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA E FAMÍLIA E COMUNIDADE - SBMFC

End. Rua Morales de Los Rios, 22 - Maracanã

Rio de Janeiro - RJ - Cep: 20.540-010

Revista APS on line

Site do NATES/UFJF www.nates.ufjf.br

Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde – BVS MS no endereço:

http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/periodicos/revistaAPS_v7n2.pdf

A construção do periódico científico de qualidade

Quando recebemos em nossa casa, pesquisamos em bibliotecas, acessamos via internet um periódico científico, certamente não passa pela nossa cabeça como se dá essa construção. Apesar de toda a tecnologia disponível hoje, esse trabalho é ainda bastante artesanal.

Da recepção dos artigos submetidos ao periódico até a sua impressão, há um longo e trabalhoso caminho, que demanda uma enorme atenção para todos os detalhes. Apesar de estarem explicitados os procedimentos de arbitragem dos artigos submetidos à Revista APS nas instruções para colaboradores, entendemos ser relevante dedicar esse editorial à descrição desse processo, recheado pela subjetividade do editor geral.

Cada artigo submetido é apreciado pelos editores associados e ou editor geral, sendo observado se: a) o título é claro e traduz o conteúdo do artigo? b) a estrutura do artigo está de acordo com as normas da revista? c) o objetivo está descrito e atende aos objetivos da revista? d) a metodologia utilizada está explicitada? e) a linguagem é clara para nossos leitores? f) as referências bibliográficas estão de acordo com as normas? g) o artigo é pertinente aos objetivos da revista? h) contém titulação, inserção profissional e endereço do(s) autor(es)? h) os gráficos e tabelas estão no corpo do texto com indicação do lugar onde deverá ser inserido? Caso sejam considerados como aceitáveis todos esses pontos, o artigo é enviado para um dos colaboradores do Conselho Editorial, especialista na temática de que trata o artigo em questão. O parecerista envia suas considerações ao editor geral, que reenvia ao autor. Muitas vezes, há algumas idas e vindas até que o artigo esteja completamente adequado. A partir daí passamos às revisões das normas técnicas, do português e do inglês. Só então os artigos selecionados e as outras seções da revista vão para a diagramação. Terminado esse trabalho, são produzidas duas cópias impressas. A primeira é corrigida pelo editor geral, revisoras de texto e de normas e devolvido à diagramação. A segunda cópia, então, é impressa e todo esse processo é feito mais uma vez. Finalmente, mais uma revisão é realizada na tela do computador. Só aí é encaminhada para a impressão. Além de todo esse detalhamento, que é necessário, o editor geral convive ainda com atrasos de alguns dos sujeitos envolvidos no processo, com problemas de computadores – arquivos que não abrem ou não permitem correções, mensagens que voltam, perdas de arquivos, etc. E, com tudo isso, a angústia do prazo, afinal é um **periódico**. Vivemos isso há oito anos, tempo em que aprendemos e aperfeiçoamos nosso trabalho. Já conseguimos reconhecimentos e continuamos caminhando!

O principal estímulo nessa produção tem sido o reconhecimento dos leitores, traduzido em mensagens de vários pontos do Brasil, solicitando números antigos, textos na íntegra de números que não estão disponíveis on-line (até o volume 5, número 2 de 2002). O aumento de artigos remetidos é outro indício da boa aceitação do público leitor referente à única publicação periódica que se dedica exclusivamente à Atenção Primária à Saúde!

Neuza Marina Mauad – CRMMG 25812-1T
Editor geral da Revista APS

ARTIGOS ORIGINAIS

Caracterização do resíduo sólido urbano da cidade de Leopoldina-MG: proposta de implantação de um centro de triagem

Characterization of solid urban waste in the city of Leopoldina, MG: a proposal to implant a waste separation center.

Mário Rubens Antunes Faria

Perfil de atividades dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família da zona norte de Juiz de Fora

Profile of activities of Community Health Agents of the Family Health Program in the northern zone of Juiz de Fora

Marcelo Henrique da Silva, Maria Ruth dos Santos

Programa Médico de Família de Niterói: avaliação da assistência pré-natal na Região Oceânica

Niterói Family Doctor Program: evaluation of pré-natal care in the Oceanic Region

Moema Guimarães Motta

Proposta de prontuário para as equipes de saúde da família

Patient medical chart proposal for Family Health teams

Marcelus Motta Negreiros; José Tavares-Neto

Riscos ocupacionais na Atenção Primária à Saúde: susceptibilidade às doenças imunopreveníveis dos profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, Ceará– 2003

*Occupational risks in primary health care: vulnerability to immune-preventable diseases of professionals who work at a primary health care center in Fortaleza, Ceara - 2003**

Cid Carlos Soares de Alcântara; Feliciano Gomes do Carmo da Fonseca; Adriana B. Brasil de Albuquerque; Alberto Novaes Ramos Jr.

ARTIGOS DE REVISÃO

A água seus caminhos e descaminhos entre os povos

Water: its flow and misflow among civilizations

Ana Piterman; Rosângela Maria Greco

Alcoolismo em cuidados primários: diagnóstico, desintoxicação e prevenção da recaída

Alcoholism in Primary Health Care: diagnosis, detoxification and prevention of recurrence

Hamilton Lima Wagner

Atendimento domiciliário ao idoso na Atenção Primária à Saúde

Home care for the aged in Primary Health Care

Maria das Graças Melo Fernandes; Kyldery de Melo Fragoso

Os princípios da Medicina de Família e Comunidade

The principles of Family and Community Medicine

Carlos Eduardo Aguilera Campos

ARTIGOS DE ATUALIZAÇÃO

Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental

The more you prevent the more you have to remedy

Jubel Barreto

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A importância do raciocínio clínico e do diagnóstico diferencial. Uma abordagem em atenção primária para “dor na perna”.

The relevance of clinical acumen and differential diagnosis. A Primary Care approach to “leg pain”

José Luiz Pedroso

O que aprender com uma abordagem equivocada de um caso neurológico em APS

What can be learned from an incorrect approach to a Primary Health Care neurological case

José Luiz Pedroso

TRIBUNA

O trabalho dos profissionais de saúde na APS

Maria Regina Fagundes de Paula Netto; Marcelo da Silva Alves; Juarez Souza Araújo; Telmo Mota Ronzani.

ENTREVISTA

O SUS e a Atenção Primária à Saúde

Eugênio Vilaça Mendes

ATUALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

CARACTERIZAÇÃO DO RESÍDUO SÓLIDO URBANO DA CIDADE DE LEOPOLDINA-MG: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE TRIAGEM

Characterization of solid urban waste in the city of Leopoldina, MG: a proposal to implant a waste separation center.

Mário Rubens Antunes Faria, Engenheiro Civil Crea 18981/D, graduado Escola de Engenharia da Universidade Federal de Juiz de Fora em Dezembro de 1978, Secretario de Obra da Prefeitura Municipal de Leopoldina. Endereço: Praça Senador Botelho n.º 97, Leopoldina – MG CEP: 36.700.000E-mail: mariorubens@leopoldina.com.br

RESUMO

O volume de lixo produzido no mundo, 30 bilhões de toneladas, aumentou três vezes mais do que a população nos últimos 30 anos. Isto devido à proliferação de embalagens descartáveis, à cultura do consumimos e à do desperdício, Colavatti (2003). Um mundo novo é possível, devendo a sociedade tomar conhecimento das agressões que os cidadãos, as organizações e a sociedade como um todo provocam. Este trabalho teve como objetivo conhecer como é praticada a gestão dos resíduos sólidos na cidade de Leopoldina e sua caracterização mássica, a fim de propor à Administração local a implantação de um centro de triagem, levando-se em consideração a quantidade de resíduos gerados na cidade e o potencial de materiais recicláveis, transformando-os novamente em matéria prima para a indústria. Foi executado no lixão da cidade todo o levantamento necessário para conhecer o lixo domiciliar; o processo constituiu na coleta de 18 amostras (três amostras por rotas de coletas), nos meses de outubro, novembro e dezembro. Os valores encontrados foram: matéria orgânica, 48,14 %; papel/acartonado, 4,91 %; plástico filme, 9,66 %; plástico rígido, 3,28 %; PET, 0,8 %; metal ferroso, 1,95 %; metal não ferroso, 10 %; tecido, 7,97 %; vidro, 1,39 %; madeira, 0,37 %; contaminante biológico, 7,06 %; contaminante químico, 0,21 %; inerte, 0,18 %; e outros, 1,22 %. O percentual de material reciclável foi de 88,58 %. Tudo isso demonstrou a viabilidade para a implantação de um centro de triagem na cidade de Leopoldina.

Palavras-chave: Limpeza Urbana; Resíduos Sólidos; Separação de Resíduos Sólidos; Processamento de Resíduos Sólidos; Disposição de Resíduos Sólidos.

ABSTRACTY

The amount of waste produced in the world, about thirty billion tons, has gone up three times more than the Earth's population during the last thirty years. This has to do with the increase of disposable packing and a culture that emphasizes consumption and waste, according to Colavatti (2003). However, a clean new world is possible, and society should be aware of the tremendous harm that citizens, organizations and the society as a whole provoke. The aim of this study was to learn how solid waste is managed in the city of Leopoldina, and its characterization of mass, in order to suggest the creation of a selection center to the local Administration, considering the amount of solid residue produced in the city area and the potential of recyclable material which can be processed and changed into raw material for industry. Detailed research was done at the city dump to learn what was necessary about domestic garbage. Eighteen samples were collected (three samples per each collection route),

during the months of October, November and December. The percentages found were as follows: 48.14 % organic matter, 4.91 % paper/cardboard, 9.66 % soft plastic, 3.28 % hard plastic, 0.81 % PET, 1.95 % ferrous metal, 0.10 % non ferrous metal, 7.97 % woven fabrics, 1.39 % glass, 0.37 % wood, 7.06 % biologically contaminated material, 0.31 % chemically contaminated material, 0.18 % inert and 1.22 % other materials. The percentage of recyclable material was 88.58 %. This proves that the creation of a selection center in Leopoldina is feasible.

Key words: Urban Cleaning; Solid Wastes; Solid Waste Segregation; Solid Waste Processing; Refuse Disposal.

1. INTRODUÇÃO

O ato de desprezar alguma coisa acompanha o homem aonde quer que ele vá, desde os primórdios da civilização, conseqüência direta da escolha entre a parte que nos serve e a parte que não nos serve daquela coisa, este ato nunca teve tanta importância para a humanidade como tem agora e terá daqui por diante.

Segundo Oliveira apud Rocha (1993), citado por SARTORI (2002), "O problema do lixo surgiu desde quando os homens começaram a abandonar a vida nômade para se tornarem sedentários". Esta fixação exigiu a construção de edificações mais seguras que as tendas permitindo que, fixado, o homem desenvolvesse a agricultura e domesticasse os animais, obtendo, assim, recursos mais variados para a sua nutrição e para sua proteção, o que evidentemente refletiu-se já naquela época, numa composição mais variada e uma quantidade maior do seu lixo.

Segundo Pereira Neto (1994) e Scarlato e Pontin (1995), os problemas com os resíduos sólidos urbanos podem ser minimizados mediante a reciclagem de materiais, possibilitando a sua redução, economia de recursos naturais, redução de patologias e uma série de outros benefícios à comunidade e ao meio ambiente. As discussões sobre questões ambientais, inseridas no amplo conceito "desenvolvimento sustentável", ganham intensidade neste final de século, refletindo uma tendência irreversível para o próximo milênio, CEMPRE (2000).

A reciclagem é a mola propulsora deste processo, pois o conceito abrange diversos aspectos técnicos, econômicos e sociais da relação HOMEM X MEIO AMBIENTE.

Entender a importância da reciclagem é o primeiro passo, mas saber praticá-la é o desafio maior. Ao contrário do que muitos imaginam, a relação custo / benefício de um projeto de reciclagem bem gerenciado pode apresentar resultados positivos surpreendentes.

Neste sentido, este estudo foi realizado tendo como objetivos:

- mostrar como os resíduos sólidos urbanos são tratados na cidade de Leopoldina, onde a questão ainda carece de solução como a maioria dos municípios brasileiros;
- avaliar as características do resíduo sólido urbano, com o intuito de, conhecendo-se sua quantidade e sua composição mássica, usar como subsídio para se implantar um centro de triagem.

2. O Município de Leopoldina

2.1 – Sua história

As terras do atual Município de Leopoldina eram habitadas por índios Puris, quando os primeiros brancos aqui chegaram à procura de terras férteis para cultivar. O núcleo inicial da cidade foi um pouso de tropas às margens do córrego Feijão Cru, afluente do Rio Pomba. Esse povoado, que recebeu o nome de Feijão Cru, cresceu em torno da capela erguida em honra de São Sebastião, em terras doadas na década de 1830 por fazendeiros da região. Em 27 de abril de 1854 (Lei nº 666), foi criado o Município com território desmembrado de Mar de Espanha. A mesma Lei criou o distrito e transformou o antigo povoado de São Sebastião do Feijão Cru em Vila, já com denominação de Leopoldina, em homenagem à filha do Imperador Dom Pedro II, Princesa Leopoldina. A instalação do Município teve lugar em 20 de janeiro de 1855 e sua sede recebeu foros de cidade em 16 de outubro de 1861(Lei Provincial n.º 1.116). O desenvolvimento de Leopoldina está ligado, em sua fase inicial, à expansão da cultura cafeeira que, do vale do Paraíba, atingiu a Zona da Mata a partir de 1830. A produção de café transportada por tropas de muare até o Rio de Janeiro ou aos pontos terminais da estrada de ferro deu a Leopoldina expressiva função comercial. A chegada à cidade, em 1877, de um ramal da Estrada de Ferro Leopoldina, acentuou essa função com a

decadência da lavoura cafeeira. A economia do Município passa a fortalecer-se com a pecuária leiteira, as culturas de cereais, principalmente o arroz e, mais recentemente, com a industrialização. Essa última fase tem sido extremamente beneficiada pela construção da Rodovia Rio-Bahia, que atingiu a cidade na década de 1950. A nova ligação rodoviária veio fortalecer a posição de Leopoldina como entroncamento de comunicações, acarretando uma grande expansão no setor industrial.

Situado na Zona da Mata de Minas Gerais, o Município de Leopoldina possui uma área de 899 km², constitui o mais extenso Município dessa micro região, da qual representa cerca de 22,7%. Limita-se com os Municípios de Santo Antonio de Aventureiro, Argirita, São João Nepomuceno, Descoberto, Itamarati de Minas, Cataguases, Laranjal, Recreio, Pirapetinga, Estrela-Dalva, Volta Grande e Além Paraíba. O Município de Leopoldina é atualmente constituído por seis distritos: o da Sede, Abaíba, Piacatuba, Providência, Tebas e Ribeiro Junqueira. A Cidade de Leopoldina, sede Municipal, tem uma altitude de 210 m e sua posição é marcada pelas coordenadas geográficas de 21°32'55"Latitude S e 42°38'33" Longitude W Gr. (Catedral de São Sebastião).

O clima dominante na região é tropical, quente e úmido. A precipitação média anual está em torno de 1.450 mm³, as chuvas concentram-se no período de outubro a março. A estação seca dura de quatro a cinco meses e coincide com os meses mais frios. A temperatura média anual é de 22,3°C e a temperatura máxima pode ultrapassar 35°C no verão.

Leopoldina tem se beneficiado da rodovia Rio-Bahia - BR116 - que passa em sua sede Municipal, ligando-a aos maiores centros do País. Mais recentes e também de grande significado outras rodovias fazem de Leopoldina importante entrocamento rodoviário, partindo na direção de Juiz de Fora e Barbacena.

A sede Municipal está a 22 km de Cataguases, a 92 km de Ubá, a 65 km de Muriaé, a 115 km de Juiz de Fora, a 343 km de Belo Horizonte, a 210 km do Rio de Janeiro e a 560 km de São Paulo.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o senso de 2000 apresentou o Município de Leopoldina com 50.041 habitantes assim distribuídos: 43.778 na zona urbana e 6.263 na zona rural (fonte dos dados: Prefeitura Municipal de Leopoldina).

2.2 – Trabalho de campo

A parte de campo deste trabalho foi realizada no lixão de Leopoldina, distante 25 Km da zona urbana e localizando-se próximo à divisa com o Município de Laranjal. A figura 1 mostra a localização do lixão do Município de Leopoldina.

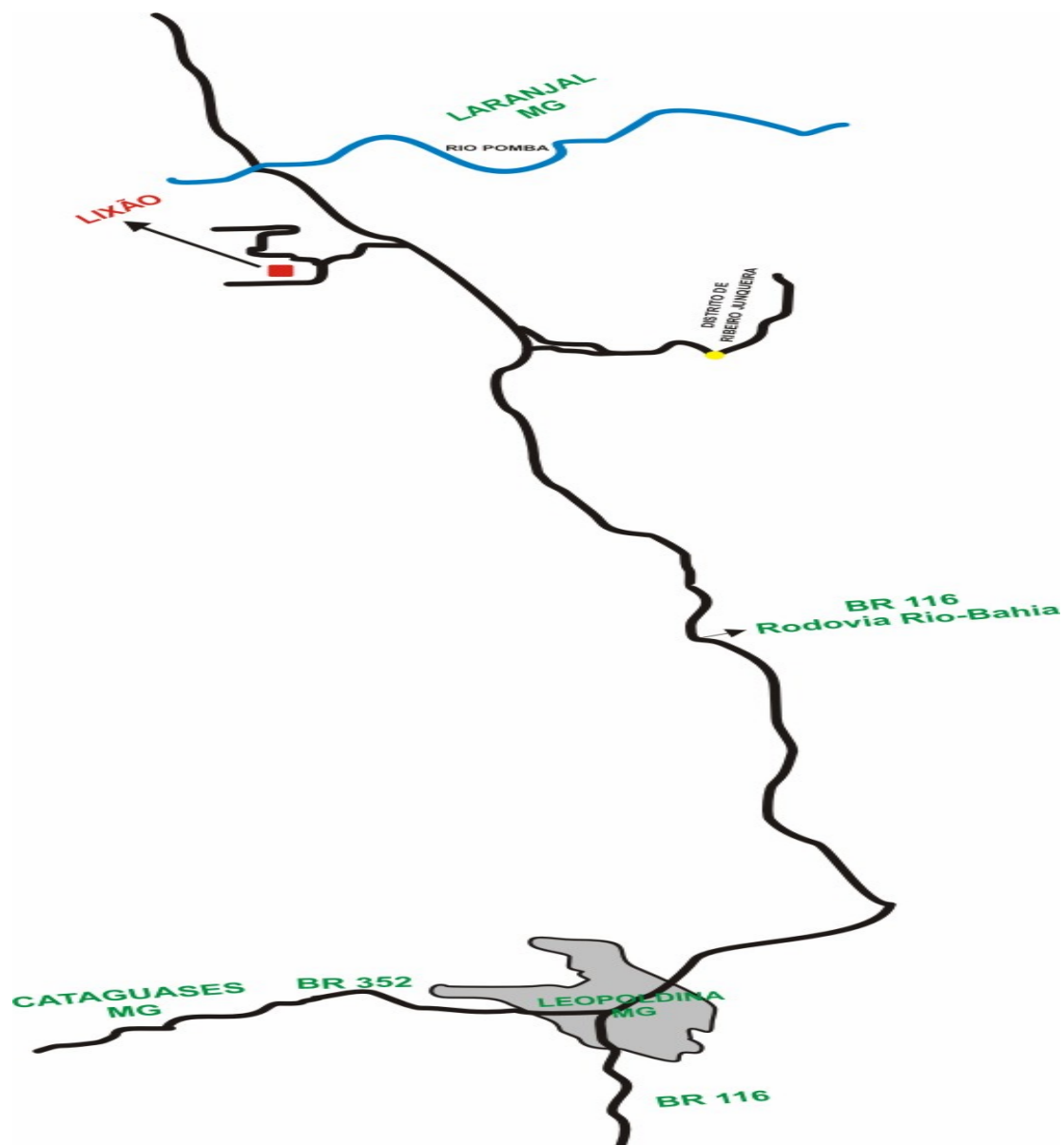


Figura 1 - Localização do lixão do Município de Leopoldina.

A figura 2 mostra a realidade do lixão no Município de Leopoldina, onde os resíduos urbanos são despejados in natura a céu aberto e depois queimados para a redução do seu volume, abrindo, assim, área para descarte do lixo.

Esta área vem sendo utilizada pela Prefeitura por um período de dez anos; anteriormente outras áreas foram usadas e à medida em que esgotavam suas capacidades de armazenamento eram substituídas por outras.

A forma de despejo como vem sendo feita gera problemas ambientais, sanitários, econômicos e sociais, além da poluição das águas, ar e solo, liberação de gases nocivos e geração de lixiviados. Implica, também, no agravamento dos impactos ambientais (águas superficiais e subterrâneas) pela não existência de controles ambientais.

No caso específico do lixão de Leopoldina, com sua localização próxima à BR 116, a queima dos resíduos desloca sua fumaça para a rodovia trazendo sérios problemas de segurança aos motoristas pela má visibilidade causada, além do desagradável odor de lixo queimado.

Figura 2 - Vista parcial do lixão de Leopoldina com destaque para o lixo espalhado e a



combustão proposital para redução do volume do resíduo.

2.3 - Sistema de coleta

A coleta dos resíduos sólidos urbanos é administrada e executada pela Prefeitura por meio de 02 caminhões coletores / compactadores com capacidade de 12m³ e um caminhão basculante prensa com capacidade de 7 m³. Em cada caminhão existem três garis.

A coleta do lixo inicia-se às 6 horas, utilizando-se tambores plásticos de 100 litros com alças. Assim que o caminhão estiver completo, dirige-se ao lixão acompanhado de um gari para auxiliar o motorista no despejo, voltando, se necessário, para completar a rota. Esta operação tem o seu término por volta das 17 horas. Ela é realizada diariamente em sua parte central inclusive aos domingos e a parte periférica dividiu-se em duas: às segundas ,quartas e sextas: e às terças, quintas e sábados, conforme tabela.

A seguir, apresenta-se, conforme tabela 1, as rotas de coletas com suas respectivas quilometragens, frequência de coleta e o itinerário a ser percorrido pelo caminhão coletor / compactador.

Tabela 1 Rota de Coleta Diária do Resíduo Urbano de Leopoldina

ROTA	KM	FREQÜÊNCIA	ITINERÁRIO	NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO
1	100	diária	Centro - Pirineus - Vila Esteves – Cohab Velha	alto
2	82	segunda, quarta e sexta-feira	Bandeirantes – Serra Verde - Limoeiro - Eldorado	médio baixo
3	127	segunda, quarta e sexta-feira	Alto da Ventania – São Luiz Quinta Residência- Vale do Sol	médio baixo
4	86	diária	Praça da Bandeira - Fátima- Fábrica	médio alto

5	85	terça, quinta e sábado	Bela Vista - Nova Leopoldina	médio baixo
6	80	terça, quinta e sábado	São Cristóvão – Imperador - Três Cruzes	médio baixo

Fonte: Prefeitura Municipal de Leopoldina

A coleta de entulho é feita por empresa particular, através de caçambas, sendo que os resíduos não vão para o lixão e são depositados em área particular às margens da rodovia Rio-Bahia, BR116, Km 762.

Os resíduos sépticos são coletados por funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, em veículo apropriado, e dispostos no lixão em valas e locais separados do resíduo sólido urbano e depois cobertos com terra.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos, este estudo foi desenvolvido através de um trabalho de campo no lixão de Leopoldina, em que foram coletadas 18 amostras (três amostras por rotas de coletas) nos meses de outubro, novembro e dezembro.

A seguir são descritos os materiais utilizados na coleta das amostras:

- Plástico: utilizou-se, onde os caminhões foram descarregados, lona plástica preta para impermeabilizar o terreno e não contaminar a amostra. Após as homogeneizações necessárias, utilizou-se um saco plástico preto com capacidade de 50 litros, onde acondicionaram-se os materiais recicláveis.
- Faca, enxada e pá foram utilizados para o rompimento dos sacos plásticos e homogeneização do resíduo.
- Tambores de aço com capacidade de 200 litros para colocação do resíduo coletado sobre plástico - a pesagem do material selecionado foi feita em tambores, usando balança com capacidade para 150 Kg .

3.1 – Determinação de Amostras para a Caracterização Mássica dos Resíduos Sólidos Urbanos

Na literatura são apresentados diferentes métodos para realizar a composição gravimétrica dos resíduos sólidos, a maior parte com base no quarteamento da amostra, conforme a NBR 10.007 ABNT (2004). A amostragem constou das fases relatadas a seguir.

Inicialmente foram retiradas amostras dos resíduos sólidos urbanos de todas as rotas dos caminhões coletores / compactadores do Município, em dias aleatórios, durante uma semana de cada mês, sendo que esta extração deveria ser realizada periodicamente, uma vez que podem ocorrer mudanças nos hábitos de consumo da população.

Os caminhões provenientes da coleta de lixo despejavam os resíduos urbanos sobre uma lona plástica medindo 40 m², para o quarteamento. As sub-amostras coletadas foram cinco, quatro na base e laterais e uma no topo, de forma a se obter 5 m³.

Após a homogeneização, o material foi quarteado com descarte dos quartos vis a vis, em etapas subsequentes até a obtenção de 1 m³.

Posteriormente, o material era colocado em tambores de duzentos litros cada, pesado e encaminhado à mesa de triagem, onde funcionários devidamente treinados realizaram a segregação.

A seguir, os materiais selecionados foram dispostos em sacos de 50 litros e pesados em separado, determinando então as diversas frações componentes em cada veículo coletor.

A figura 3 mostra a representação esquemática de como deve ser feita a amostragem para a caracterização mássica dos resíduos sólidos urbanos, com as seguintes categorias: matéria orgânica, plástico filme, plástico rígido, plástico não reciclável, PET, papel / papelão, vidro, metal ferroso, metal não ferroso, tecido, madeira, contaminante biológico, contaminante químico, inerte e outros.

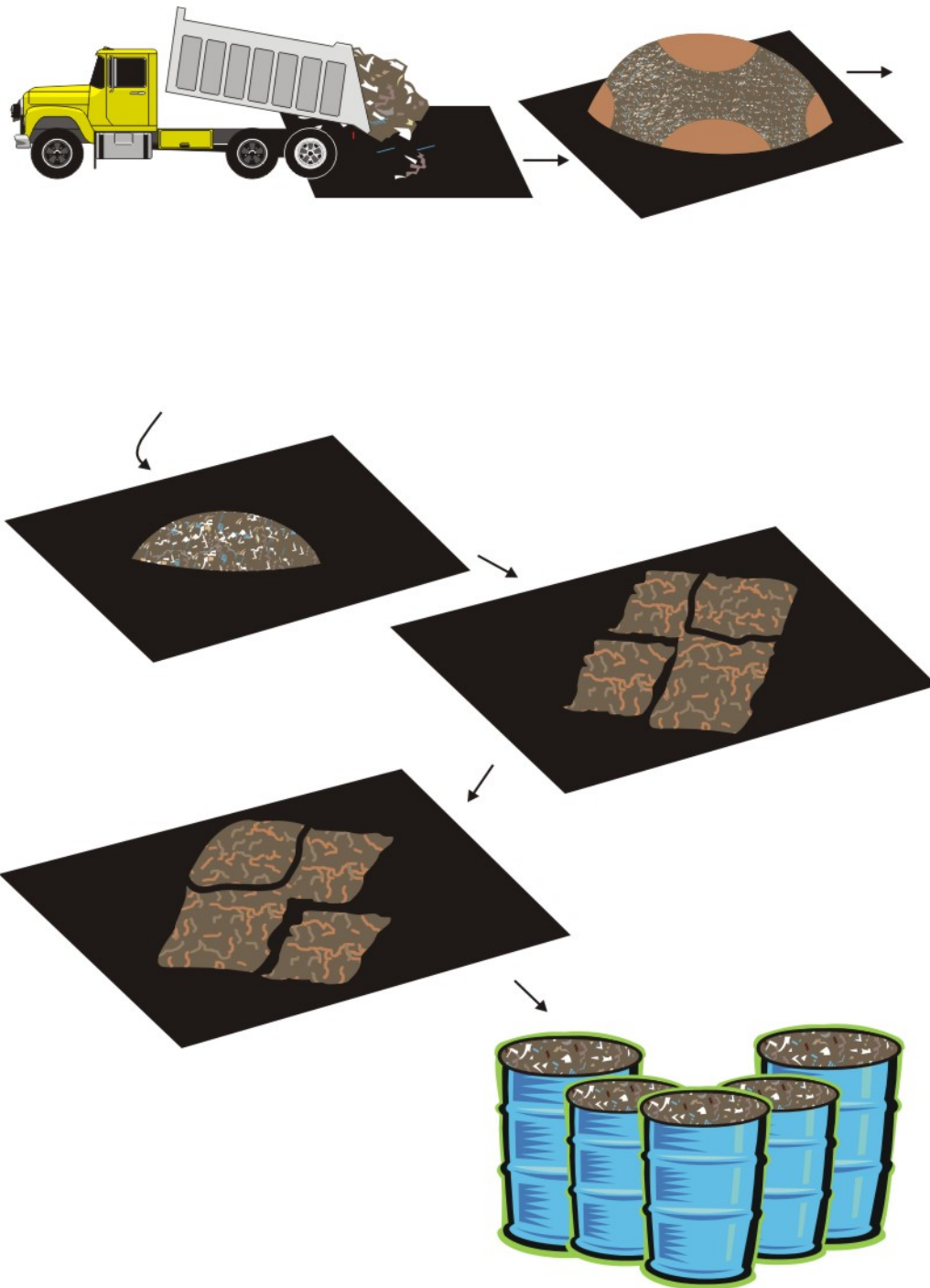


Figura 3 - Representação esquemática da coleta de amostra para caracterização mássica.

3.2 - Taxa de Geração Per Capita do Resíduo Sólido Urbano de Leopoldina

A taxa de geração per capita do resíduo urbano da cidade de Leopoldina foi realizada através da pesagem dos caminhões da coleta vazios e após a coleta. O período da pesagem consistiu em uma semana, sendo este procedimento repetido por mais 3 vezes. A partir daí foi calculada a contribuição per capita de resíduos, conforme tabela abaixo:

Tabela 2 Determinação da Produção Per Capita

Pesagem semanal dos resíduos (Ps)	$Ps = \sum \text{Pesagens}$
Produção diária dos resíduos sólidos urbanos – R.S.U (Pd)	$Pd = Ps/7$
Abrangência do serviço de coleta (n)	N
População urbana atual (P)	P
Produção per capita atual (Ppc)	$Ppc = Pd/P \times n$

4. RESULTADO

4.1 - Caracterização do Resíduo Sólido Urbano da Cidade de Leopoldina

4.1.1 - Percentual Per Capita

O percentual per capita é de suma importância para o sistema de limpeza urbana, pois através deste a Secretaria de Serviços Urbanos tem como calcular as quantidades de resíduos a serem coletados.

Os passos para a determinação do percentual per capita foram feitos através da tabela 2 abaixo, tendo como resultado do somatório de pesagens os anexos de 1 a 3.

Tabela 3 Cálculo do Percentual Per Capita

Pesagem semanal dos resíduos (Ps)	$Ps = \sum \text{Pesagens} = 116.310$
Produção diária dos resíduos sólidos urbanos – R.S.U (Pd)	$Pd = Ps/7 = 116.310/7 = 16.615,72$
Abrangência do serviço de coleta (n)	90%
População urbana atual (P)	43.778
Produção per capita atual (Ppc)	$Ppc = Pd/P \times n = 16.615,72 / 43.778 \times 0,90$

A taxa de geração per capita encontrada na cidade de Leopoldina foi de: 0,422 Kg/hab.dia

4.1.2 – Determinação da Composição Gravimétrica Média do Resíduo Sólido Urbano da Cidade de Leopoldina

A determinação da composição gravimétrica deu-se segundo a metodologia do quarteamento da amostra, conforme normas da ABNT NBR 10.007 (2004).

Sua importância está na indicação da possibilidade de aproveitamento das frações recicláveis para a comercialização e da matéria orgânica para produção de composto orgânico.

O gráfico 1 apresenta a composição gravimétrica média encontrada nos resíduos sólidos urbanos da cidade Leopoldina, tendo como resultado os anexos de 4 a 9.

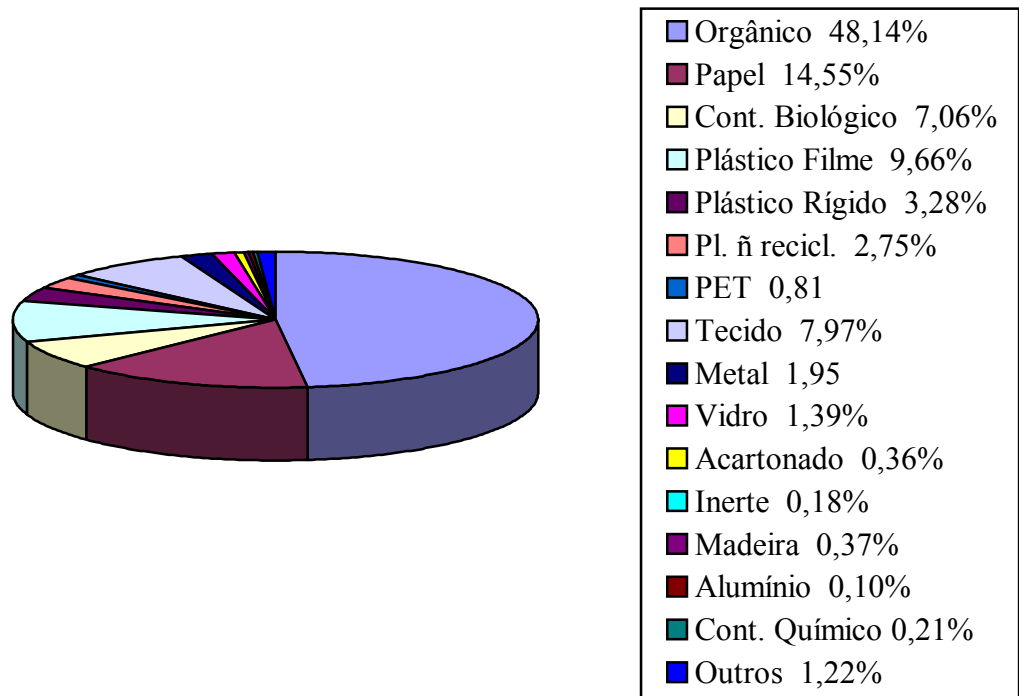


Gráfico 1- Composição gravimétrica média encontrada nos resíduos sólidos urbanos da cidade de Leopoldina

Outro indicador que se pode ter da composição gravimétrica média do resíduo sólido urbano da cidade de Leopoldina é com relação aos percentuais de materiais putrescível, recicláveis e combustíveis. Para obtê-los é feita a soma das porcentagens individuais de cada componente obedecendo a classificação de cada material, e os resultados encontram-se na tabela 5:

Tabela 5 Porcentagem de Materiais Putrescível, Reciclável e Combustível Correspondente aos Meses de Outubro, Novembro e Dezembro.

Percentuais de Materiais Putrescível, Recicláveis e Combustíveis			
Material	Putrescível	Reciclável	Combustível
Matéria Orgânica	48,14	48,14	-
Papel	14,55	14,55	14,55
Acartonado	0,36	0,36	0,36
Plástico Filme	-	9,66	9,66
Plástico Rígido	-	3,28	3,28
PET	-	0,81	0,81
Plástico não Recicláveis	-	-	2,75
Metal Ferroso	-	1,95	1,95
Metal não Ferroso (AL)	-	0,10	-
Tecido	-	7,97	7,97
Vidro	-	1,39	-
Madeira	0,37	0,37	0,37
Total	63,42	88,58	41,79

5 . CENTRO DE TRIAGEM A SER IMPLANTADO

Tendo como base os levantamentos realizados, em que 88,58% do total do lixo foi composto de materiais recicláveis, este centro de triagem é uma proposta viável frente à realidade encontrada. Tal proposta deve contar com o incentivo do Governo do Estado, através do ICMS Ecológico, e mais com a experiência de outras cidades que operam com eficiência o sistema.

O centro de triagem a ser implantado deve contemplar as etapas de forma a atender a legislação ambiental e as normas técnicas, com a finalidade de se ter um meio ambiente saudável e ambientalmente correto.

Deve-se considerar incoerente e extremamente desagradável a cidade que implanta um centro de triagem e possui um lixão como sistema de destino final aos seus resíduos sólidos.

Para a implantação na cidade de Leopoldina, faz-se necessária uma área mínima de 20.000 m², conforme anexo 10, onde serão executadas as obras civis necessárias para o perfeito funcionamento do sistema tais como: sanitários, vestiários, refeitório, administração, guarita com balança, estação de tratamento e aterro de rejeitos.

O centro de triagem foi baseado na quantidade diária de lixo coletada (anexo 11), com uma previsão de reserva técnica de capacidade para suprir o crescimento populacional nos anos subsequentes, turismo, demanda sazonal. Será formada por uma unidade de recepção (moega) e por uma esteira rolante com capacidade de processar até 30 toneladas por dia, de onde serão retirados os materiais recicláveis, os quais serão colocados em carrinhos, anexos à esteira de catação que, após preenchidos, serão armazenados nas respectivas baias para posterior enfardamento, pesagem e venda. Todo o conjunto será abrigado sob uma estrutura de ferro, com cobertura metálica.

A parte operacional será feita com a utilização das pessoas que já trabalham na catação dos recicláveis autonomamente e estão desempregadas, à margem da sociedade, visando sua integração e a retomada de sua cidadania e auto-estima, agrupadas num projeto de inclusão social. O regime de trabalho proposto será o de reuni-los numa cooperativa com estatuto regimental, com todas as ações supervisionadas pela prefeitura.

O custo de implantação do sistema completo é da ordem de R\$450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais).

6. RECEITAS POSSÍVEIS A SEREM OBTIDAS COM O CENTRO DE TRIAGEM.

Com o resultado do anexo 11, juntamente com uma série de pesquisas nos pontos de compra de materiais recicláveis para se conhecer os preços médios praticados na cidade, originou-se a tabela 6 abaixo:

6.1 – Triagem

Tabela 6 - Receita com o centro de triagem

Tipo	%	Kg	R\$ / Kg	Total
Papelão	2,5	461,86	0,24	110,85
Papel	8.0	1.477,95	0,14	206,91
Plástico Filme	2.0	369,49	0,43	158,88
Plástico Rígido	1.0	184,74	0,38	70,20
PET	1,5	277,11	0,75	207,83
Metal Ferroso (Latas)	2.0	369,49	0,27	99,76
Metal não Ferroso (AL)	0,3	55,42	3,25	180,12
Vidro	2,7	498,80	0,03	14,96
Total				1.049,51

Considerando-se 25 dias úteis trabalhados, o centro de triagem poderá a preços médios praticados arrecadar $25 \times \text{R\$ } 1.049,51 = \text{R\$ } 26.237,75$ (vinte seis mil duzentos trinta sete reais e setenta cinco centavos). Se se conseguir vender o material separadamente, a venda poderá ser feita através de contatos com os grandes compradores, como Paraibuna de Papéis e Siderúrgica Belgo Mineira, em JF; Cisper S.A. e Sipami, no RJ, eliminando-se, assim, os intermediários. Haveria um treinamento para os operadores para adquirirem melhores produtos obtendo maiores valores.

6.2 – Custos Operacionais

Os custos operacionais do centro de triagem foram calculados para um número de 30 trabalhadores com seus respectivos encargos sociais e demais despesas para o perfeito funcionamento do galpão de recicláveis, conforme descrição abaixo:

- Mão de Obra (Operários) $30 \times \text{R\$ } 260,00 = \text{R\$ } 7.800,00$

- Encargos trabalhistas 100 % = R\$ 15.600,00
- Manutenção de Equipamentos = R\$ 500,00
- Energia/ Água = R\$ 500,00
- Custo Total / Mês = R\$ 24.400,00 (Gasto total da Associação dos catadores).

Deduzido os custos operacionais o centro de triagem apresentará um resultado positivo de R\$ 1.837,75 (um mil oitocentos trinta sete reais e setenta e cinco centavos).

6.3 - ICMS Ecológico

Apelidada de “Lei Robin Hood”, a lei 12.040/95 favorece os municípios de menor porte e mais pobres com aumentos expressivos na quota-parte de ICMS. Procura atenuar os graves desequilíbrios regionais através de uma distribuição socialmente mais justa e incentivar o investimento em áreas prioritárias como educação, saúde, agricultura patrimônio cultural e preservação do meio ambiente.

O objetivo é compensar os municípios que possuem porções de seu território comprometidas com unidades de conservação que implicam restrições de uso do solo, e incentivar a criação, implantação e manutenção de unidades de conservação pelos próprios municípios, contribuindo para descentralizar. É consolidar a política de proteção de ecossistemas naturais.

O ICMS ecológico é repassado pelo Estado aos municípios com o seguinte cálculo:

- Aterro sanitário – 3 Ufir/hab.
- Usina de triagem e compostagem – 20 Ufir/hab.
- ETE – 39 Ufir/Hab.

Levando-se em consideração o valor da Ufir igual a R\$ 1,0641 e a população urbana igual a 43.778 habitantes, chegaremos ao valor anual de R\$ 931.683,39, que representa R\$ 77.640,28 mensais.

Isso hoje não ocorre, pois do total acarretado pelo Estado de ICMS, ele rateia 1% entre os municípios com respectivos projetos licenciados junto à FEAM Fundação Estadual do Meio

Ambiente. Segundo informações colhidas junto ao órgão, o valor repassado aos municípios mensalmente com usina de triagem é de R\$ 20.000,00. Ações tem sido desenvolvidas pelo Governo do Estado para aumentar o percentual do rateio para 2%, para que os compromissos assumidos possam ser cumpridos.

7 – CONCLUSÃO

O estudo *Caracterização do Resíduo Sólido Urbano da cidade de Leopoldina – MG: Como Proposta de Implantação de um Centro de Triagem* ofereceu uma nova ferramenta de trabalho direcionada à cidade de Leopoldina, com o qual será possível uma melhora na eficiência no serviço de limpeza urbana e a criação de novos empregos.

O trabalho de campo foi realizado no lixão da cidade nos meses de outubro, novembro e dezembro, constituiu na análise de dezoito amostras, tendo como metodologia o quarteamento da amostra conforme normas da ABNT NBR 10.007 (2004).

A composição mássica dos resíduos urbanos encontrados foi: matéria orgânica, 48,14%; papel / acartonado, 14,91%; plástico filme, 9,66%; plástico rígido, 3,28%; PET, 0,81%; metal ferroso, 1,95%; metal não ferroso, 0,10%; tecido, 7,97%; vidro, 1,39%; madeira, 0,37%; contaminante biológico, 7,06%; contaminante químico, 0,21%; inerte, 0,18%; e outros, 1,22%. O percentual per capita encontrado foi de 0,422 kg/ hab. dia.

Pode-se afirmar que a composição do resíduo urbano é bem variada e com alto índice de material reciclável (88,58 %) o que justificaria por si só a implantação do Centro de Triagem.

Outro ponto importante para a implantação de um Centro de Triagem vem do Governo de Minas Gerais, através da Lei 12.040/95, apelidada de Lei Robin Hood, onde o Estado incentiva as cidades a implantarem sistemas de tratamento e disposição final de resíduos.

O ICMS Ecológico é repassado como cálculo de 20 Ufir/ Hab. Por ser um rateio entre Municípios, o que deveria ser de R\$ 77.640,28 mensais, atualmente é de R\$ 20.000,00. Mesmo assim, com menos de dois anos, a cidade de Leopoldina terá o retorno de todo investimento aplicado e também terá um sistema de tratamento e disposição final dos resíduos dentro das normas técnicas.

Este estudo não procurou justificar a reciclagem como alternativa única para o correto manejo de resíduos; pelo contrário, procurou ser realista ao máximo na avaliação das reais possibilidades de se desenvolver um sistema compatível para a cidade de Leopoldina, o que mostrou ser um instrumento viável tanto tecnológico quanto econômico para a redução do lixo

8 - REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **Resíduos sólidos: classificação**, NBR 10.004. São Paulo, 2004.

BARBOSA, M. et al. **A Reciclagem do lixo como forma de transformação econômica e proteção do meio ambiente em Caldas Novas**. Caldas Novas: UEG, 2002.

CALDERONI, S. **Os bilhões perdidos no lixo**. 4.ed. São Paulo: Humanitas Editora, FFLCH/USP, 2003.

CEMPRE – Compromisso Empresarial para Reciclagem. Disponível em: < <http://www.cempre.org.br>.> Acesso em: 13 dez. 2004.

COLAVATTI, F. Reciclar, Reduzir e Reutilizar, a Receita para Acabar com o Lixo. **Revista Galileu**, Rio de Janeiro, n. 143, p. 40-50, jun. 2003.

GARIBALDI, G. **O Lixo do futuro e o futuro do lixo**: a importância da reciclagem no gerenciamento de resíduos sólidos urbanos. São Paulo, 1989. Mimeografado

IBGE. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/Pesquisas/condvida.destinodolixo.html>. Acesso em 13/12/2004.

INSTITUTO DE PESQUISAS TECNOLÓGICAS-IPT, COMPROMISSO EMPRESARIAL PARA RECICLAGEM -CEMPRE . **Lixo municipal**: manual de gerenciamento integrado I. 2. ed. São Paulo, 2000.

LELIS, M. P. N.; PEREIRA NETO, J. T. Usinas de reciclagem de lixo: porque não funcionam?. In: CONGRESSO DE ENGENHARIA SANITÁRIA E AMBIENTAL, 21., João Pessoa, 2001. **Anais ...** João Pessoa: Paraíba, 2001

LIPOR, A caracterização dos resíduos sólidos. Porto, PT: Lipor, 2000. (Cadernos Técnicos, 1)

O LIXO que vira ouro. **Revista Globo Ciência**, Rio de Janeiro, n.8, p. 26-31, ago. 1998.

MONTEIRO, J. H. P. et al. **Manual integrado de gerenciamento dos resíduos sólidos**. Rio de Janeiro: IBAM, 2001. 197 p.

PEREIRA NETO, J. T. Lixo urbano, reciclagem e compostagem como solução de um grande problema. **Revista Ecos**, Porto Alegre, n.2, p. 5-6, set. 1994.

PRANDINI, L. F. et al. **Lixo municipal**: manual de gerenciamento integrado. São Paulo: Instituto de Pesquisas Tecnológicas-IPT, Compromisso Empresarial para Reciclagem -CEMPRE, 1995. 278 p.

SARTORI, H. Epidemiologia aplicada ao gerenciamento de resíduos sólidos. Belo Horizonte. Notas de aula do Curso Especialização em Saneamento Ambiental - CEFET, agos. 2002.

SCARLATO, E. C. PONTINI. A. **Do nicho ao lixo**: ambiente, sociedade e educação. 5. ed. São Paulo: Atual, 1992.

Submissão: abril 2005 Aprovação: agosto 2005

ANEXOS

Anexo 1 Pesagem de Caminhões / Outubro

Pesagem de Caminhões / Outubro			
Dia	HMM8110	HMM0724	HMM7362
	Peso Líquido	Peso Líquido	Peso Líquido
segunda	5620	4520	4820
feira	5600	3170	3250
06/10/2003	0	0	0
terça	7500	3180	5230
feira	0	0	4150
07/10/2003	0	0	0
quarta	3470	3500	3730
feira	2030	0	2130
08/10/2003	0	0	0
quinta	3410	2950	3960
feira	3250	0	0
09/10/2003	0	0	0
sexta	5200	4460	4610
feira	0	0	4170
10/10/2003	0	0	2250
sábado	4350	4030	3890
11/10/2003	0	0	3000
	0	0	0
domingo	0	0	2860
12/10/2003	0	0	0
Total	40430	25810	48050
Total Geral	114.290		
Relação Kg/dia	16.327.14		

Anexo 2 Pesagem de Caminhões / Novembro

Pesagem de Caminhões / Novembro			
Dia	HMM8110	HMM0724	HMM7362
	Peso Líquido	Peso Líquido	Peso Líquido
segunda	7020	6870	7450
feira	6180	0	0
10/11/2003	0	0	0
terça	7790	3500	5460
feira	0	0	4080
11/11/2003	0	0	0
quarta	3540	2950	3490
feira	0	0	3040
12/11/2003	0	0	0
quinta	4490	3905	4550
feira	3015	0	0
13/11/2003	0	0	0
sexta	6440	3960	5545
feira	0	0	5290
14/11/2003	0	0	0
sábado	4070	3285	3500
15/11/2003	0	0	3420
	0	0	0
domingo	0	0	2550
16/11/2003	0	0	0
Total	42545	24470	48375
Total Geral	115.390		
Relação Kg/dia	16.484.29		

Anexo 3 Pesagem de Caminhões / Dezembro

Pesagem de Caminhões / Dezembro			
Dia	HMM8110	HMM0724	HMM7362
	Peso Líquido	Peso Líquido	Peso Líquido
segunda	6040	6110	7100
feira	6970	0	0
08/12/2003	0	0	0
terça	8010	3880	4160
fFeira	0	0	5710
09/12/2003	0	0	0
quarta	4220	2420	3550
feira	0	0	2890
10/12/2003	0	0	0
quinta	4510	4700	4960
feira	4240	0	0
11/12/2003	0	0	0
sexta	6690	4700	4650
feira	0	0	5790
12/12/2003	0	0	0
sábado	4280	3520	3970
13/12/2003	0	0	2990
	0	0	0
domingo	0	0	3190
14/12/2003	0	0	0
Total	44960	25330	48960
Total Geral	119.250		
Relação	17.035.72		

Anexo 4 Composição Gravimétrica mês Outubro Rotas 1, 2 e 3

Mês Base		Outubro							
Rota		1		2		3			
Veículo Placa		HMM 7362		HMM 8110		HMM 0721/GVI7534			
Frequência		Diária		seg/quar/sext		seg/quar/sext			
Itinerário		Centro - Pirineus-Vila EstevesCohab Velha		Bandeirantes-Serra Verde-Limoeiro-Eldorado		Alto da ventania-Quinta Residência-São Luiz-Vale do Sol			
Condição do Tempo		Bom		Bom		Bom			
		Peso Kg	%	Peso Kg	%	Peso Kg	%		
RESULTADOS	Orgânico	98	52,24	95,2	49	104,95	53,92		
	Papel	26,25	13,99	28,55	14,69	23,4	12,02		
	Cont. Biológico	11,8	6,29	15,4	7,93	10,9	5,6		
	Plásticos	Duro Mole	Filme	17,15	9,14	16,7	8,59	16,6	8,53
			PP,PS, met	4,1	2,12	7	3,6	5,95	3,06
		Duro	Duro	6,8	3,46	5,35	2,75	6	3,08
			Pet	2,3	0,75	2,05	1,06	1,7	0,87
	Tecido	8,9	4,74	13,8	7,1	10,7	5,5		
	Metal	3,6	1,92	3,95	2,03	5,15	2,65		
	Vidro	4,25	2,27	1,25	0,64	2,7	1,39		
	Tetra - Pak	0,5	0,27	0,55	0,28	0,9	0,46		
	Louça	0,8	0,43	0,4	0,21	0,5	0,26		
	Madeira	0,55	0,29	0,85	0,44	0,8	0,41		
	Alumínio	0,25	0,12	0	0	0,2	0,1		
	Infectante	0,25	0,14	0,25	0,13	2,5	1,28		
Outros	2,1	1,12	3	1,54	1,7	0,87			
Total		187,6	100	194,3	100	194,65	100		
Fator de conversão		1,88		1,94		1,95			

Anexo 5 Composição Gravimétrica mês Outubro Rotas 4, 5 e 6.

Rota		4		5		6			
Veículo Placa		HMM 0724		HMM 8110		HMM 0721/GVI7534			
Frequência		Diária		ter/quin/sab		ter/quin/sab			
Itinerário		Praça da Bandeira-Fátima-Fábrica		Bela Vista-Nova Leopoldina		São Cristóvão-Imperador-Três Cruzes			
		Peso Kg	%	Peso Kg	%	Peso Kg	%		
Condição do Tempo		Bom		Bom		Bom			
RESULTADOS	Orgânico		99,5	54,9	94,5	50,56	108	51,49	
	Papel		25,9	14,29	27,5	14,71	30,1	14,35	
	Cont. Biológico		13,05	7,2	14,8	7,92	16,9	8,06	
	Plásticos	Mole	Filme	15,55	8,58	20,9	11,18	19,5	9,3
			PP,PS, met	5,55	3,06	4,9	2,62	4,7	2,24
		Duro	Duro	4,35	2,4	5,9	3,16	7,9	3,77
			Pet	1,9	1,05	1,4	0,75	1,7	0,81
	Tecido		5,4	2,98	4,3	2,3	10,3	4,91	
	Metal		3,8	2,1	4,75	2,54	3,8	1,81	
	Vidro		2,7	1,49	2,8	1,5	2,1	1	
	Tetra - Pak		0,65	0,36	0,85	0,45	1	0,48	
	Louça		0,7	0,39	0,5	0,27	0	0	
	Madeira		0,3	0,17	0,8	0,43	0,75	0,36	
	Alumínio		0,2	0,11	0	0	0	0	
	Infectante		0,15	0,08	0,3	0,16	0,8	0,38	
Outros		1,55	0,86	2,7	1,44	2,2	1,05		
TOTAL		181,25	100	186,9	100	209,75	100		
Fator de conversão		1,81		1,87		2,1			

Anexo 6 Composição Gravimétrica mês Novembro Rotas 1, 2 e 3.

Mês Base		Novembro							
Rota		1		2		3			
Veículo Placa		HMM 7362		HMM 8110		HMM 0721/GVI7534			
Frequência		Diária		seg/quar/sext		seg/quar/sext			
Itinerário		Centro - Pirineus-Vila EstevesCohab Velha		Bandeirantes-Serra Verde-Limoeiro-Eldorado		Alto da ventania-Quinta Residência-São Luiz-Vale do Sol			
Condição do Tempo		Bom		Bom		Bom			
		Peso Kg	%	Peso Kg	%	Peso Kg	%		
RESULTADOS	Orgânico	98,85	51,59	102,7	46,29	88,9	44,59		
	Papel	27,15	14,17	30,7	13,84	29,1	14,6		
	Cont. Biológico	7,5	3,91	11,8	5,32	13,3	6,67		
	Plásticos	Mole	Filme	20,7	10,8	21,7	9,78	20,2	10,13
			PP,PS, met	8,5	4,44	6,7	3,02	6	3,01
		Duro	Duro	3,6	1,88	5,6	2,52	4,6	2,31
			Pet	0,9	0,47	1,65	0,74	1,8	0,9
	Tecido	13,5	7,05	27,2	12,26	21,8	10,94		
	Metal	2,9	1,51	4,25	1,92	3,5	1,76		
	Vidro	2,95	1,54	2,8	1,26	3,55	1,78		
	Tetra - Pak	0,95	0,5	0,7	0,32	0,8	0,4		
	Louça	0	0	0,6	0,27	0,7	0,35		
	Madeira	1,05	0,55	0,8	0,36	1	0,5		
	Alumínio	0,2	0,1	0,3	0,14	0,2	0,1		
Infectante	0	0	0,3	0,14	0,5	0,25			
Outros	2,85	1,49	40,5	1,83	3,4	1,71			
Total		191,6	100	221,85	100	199,35	100		
Fator de conversão		1,916		2,2185		1,9935			

Anexo 7 Composição Gravimétrica mês Novembro Rotas 4, 5 e 6.

Rota		4		5		6			
Veículo Placa		HMM 0724		HMM 8110		HMM 0721/GVI7534			
Frequência		Diária		ter/quin/sab		ter/quin/sab			
Itinerário		Praça da Bandeira-Fátima-Fábrica		Bela Vista-Nova Leopoldina		São Cristóvão-Imperador-Três Cruzes			
		Peso Kg	%	Peso Kg	%	Peso Kg	%		
Condição do Tempo		Bom		Bom		Bom			
RESULTADOS	Orgânico		84,9	47,6	105	47,05	101,4	48,09	
	Papel		30,85	17,3	33,3	14,92	35,3	16,74	
	Cont. Biológico		13,4	7,51	15,5	6,95	13	6,17	
	Plásticos	Mole	Filme	15,45	8,66	24,9	11,16	24,7	11,71
			PP,PS, met	5,75	3,22	7,6	3,41	7	3,32
	Plásticos	Duro	Duro	3,9	2,19	5,8	2,6	6,7	3,18
			Pet	1,9	1,07	1,65	0,74	1,3	0,62
	Tecido		14,75	8,27	18,8	8,42	9,8	4,65	
	Metal		2,15	1,21	3,9	1,75	2,8	1,33	
	Vidro		2,1	1,18	2,9	1,3	4,9	2,32	
	Tetra - Pak		1	0,56	0,4	0,18	1,4	0,66	
	Louça		0	0	0	0	0	0	
	Madeira		0,3	0,17	0,6	0,27	0,7	0,33	
	Alumínio		0,3	0,17	0,1	0,04	0,25	0,12	
	Infectante		0	0	0,1	0,04	0,4	0,19	
Outros		1,6	0,9	2,6	1,17	1,2	0,57		
TOTAL		178,35	100	223,15	100	210,85	100		
Fator de conversão		1,7835		2,2315		2,1085			

Anexo 8 Composição Gravimétrica mês Dezembro Rotas 1, 2 e 3.

Mês Base		Dezembro							
Rota		1		2		3			
Veículo Placa		HMM 7362		HMM 8110		HMM 0724			
Frequência		Diária		seg/quar/sext		seg/quar/sext			
Itinerário		Centro - Pirineus-Vila EstevesCohab Velha		Bandeirantes-Serra Verde-Limoeiro-Eldorado		Quinta Residência-São Luiz-Vale do Sol			
Condição do Tempo		Bom		Bom		Bom			
		Peso Kg	%	Peso Kg	%	Peso Kg	%		
RESULTADOS	Orgânico		119	46,75	105,7	39,89	110,8	46,02	
	Papel		44,1	17,32	38,8	14,64	32,1	13,33	
	Cont. Biológico		22	8,64	20,75	7,83	15,6	6,48	
	Plásticos	Mole	Filme	27	10,61	21,25	8,02	18,7	7,77
			PP,PS, met	7,7	3,02	6,6	2,49	8,6	3,57
		Duro	Duro	5,9	2,32	7,4	2,79	5,9	2,45
			Pet	2,1	0,82	2,6	0,98	1,8	0,75
	Tecido		10,7	4,2	46	17,36	33,7	14	
	Metal		7,15	2,81	4,35	1,64	3,85	1,6	
	Vidro		4,6	1,81	3,4	1,28	2,75	1,14	
	Tetra - Pak		1,05	0,41	0,4	0,15	0,5	0,21	
	Louça		1	0,39	0,9	0,34	0,8	0,33	
	Madeira		0,9	0,35	1,4	0,53	1	0,42	
	Alumínio		0,15	0,06	0,6	0,23	0,25	0,1	
Infectante		0,6	0,24	0,3	0,11	0,4	0,17		
Outros		0,6	0,24	4,55	1,72	4	1,66		
Total		254,55	100	265	100	240,75	100		
Fator de conversão		2,5455		2,65		2,4075			

Anexo 9 Composição Gravimétrica mês Dezembro Rotas 4, 5 e 6.

Rota		4		5		6			
Veículo Placa		HMM 0724		HMM 8110		HMM 0724			
Frequência		Diária		seg/quar/sext		seg/quar/sext			
Itinerário		Praça da Bandeira-Fátima-Fábrica		Bela Vista-Nova Leopoldina		São Cristóvão-Imperador-Três Cruzes			
Condição do Tempo		Bom		Bom		Bom			
		Peso Kg	%	Peso Kg	%	Peso Kg	%		
RESULTADOS	Orgânico	107,5	48,85	99,8	43,52	105,9	44,07		
	Papel	30,35	13,79	32,4	14,13	31,25	13		
	Cont. Biológico	17,4	7,91	21,6	9,42	17,6	7,32		
	Plásticos	Mole	Filme	20,3	9,23	20,6	8,98	28,2	11,74
			PP,PS, met	6,7	3,04	7,8	3,4	10,65	4,43
		Duro	Duro	5,9	2,68	7,6	3,31	8,6	3,58
			Pet	0,9	0,41	2,45	1,07	1,7	0,071
	Tecido	18,4	8,36	24	10,47	24	9,99		
	Metal	5,15	2,34	4,75	2,07	5	2,08		
	Vidro	2,3	1,05	2,4	1,05	2,2	0,92		
	Tetra - Pak	0,8	0,36	0,5	0,22	0,5	0,21		
	Louça	0,5	0,23	0,6	0,26	0	0		
	Madeira	0,5	0,23	0,9	0,39	1,3	0,54		
	Alumínio	0,55	0,25	0,15	0,07	0,3	0,12		
	Infectante	0,4	0,18	0,45	0,2	0,2	0,08		
Outros	2,4	10,9	3,3	1,44	2,9	1,21			
TOTAL		220,05	100	229,3	100	240,3	100		
Fator de conversão		2,2005		2,293		2,403			

Anexo 10 Composição de área necessária para implantação de um Centro de Triagem.

ITEM	DISCRIMINAÇÃO	ÁREA / M ²
1	Prédio Administração, vestiário, sanitários, refeitório	100,00
2	Centro de Triagem	400,00
3	Guarita com Sanitário	10,00
4	Balança Rodoviária	30,00
5	Depósito para Reciclados	1.000,00
6	Lagoa de Tratamento	2.000,00
7	Aterro Sanitário	9.000,00
8	Circulação	2.100,00
9	Taludes Gramados	1.100,00
10	Área de Reflorestamento / Jardins	1.500,00
11	Prédio Oficina / Almoxarifado / Borracharia	160,00
12	Pátio para Compostagem e Composto Curado	2.600,00
TOTAL		20.000,00

Anexo 11 Quantidade de recicláveis, rejeitos e matéria orgânica

Ano	População Taxa = 0,19% (1) IBGE	Taxa Geração (Kg/hab/ dia)	Produção (Kg/dia) (3)=(1)x(2)	Perda de Umidade na Trituração 4% de (3)	Quantidade (Kg/dia)		
					Recicláveis (4)=20% de (3)	Rejeito (5)=27,86% de (3)	Mat. Orgânica (6)=48,14% de (3)
2000	43.447	0,422	18334,63	733,3854	3666,927	5108,029	8826,293
2001	43.530	0,422	18369,66	734,7864	3673,932	5117,787	8843,154
2002	43.612	0,422	18404,26	736,1706	3680,853	5127,428	8859,813
2003	43.695	0,422	18439,29	737,5716	3687,858	5137,186	8876,674
2004	43.778	0,422	18474,32	738,9726	3694,863	5146,944	8893,536
2005	43.861	0,422	18509,34	740,3737	3701,868	5156,703	8910,397
2006	43.945	0,422	18544,79	741,7916	3708,958	5166,578	8927,462
2007	44.028	0,422	18579,82	743,1926	3715,963	5176,337	8944,323
2008	44.112	0,422	18615,26	744,6106	3723,053	5186,213	8961,388
2009	44.196	0,422	18650,71	746,0285	3730,142	5196,088	8978,453
2010	44.280	0,422	18686,16	747,4464	3737,232	5205,964	8995,517
2011	44.364	0,422	18721,61	748,8643	3744,322	5215,84	9012,582
2012	44.448	0,422	18757,06	750,2822	3751,411	5225,716	9029,647
2013	44.532	0,422	18792,5	751,7002	3758,501	5235,592	9046,711
2014	44.617	0,422	18828,37	753,135	3765,675	5245,585	9063,979
2015	44.702	0,422	18864,24	754,5698	3772,849	5255,578	9081,247
2016	44.787	0,422	18900,11	756,0046	3780,023	5265,572	9098,515
2017	44.872	0,422	18935,98	757,4394	3787,197	5275,565	9115,783
2018	44,957	0,422	18971,85	758,8742	3794,371	5285,559	9133,051

PERFIL DE ATIVIDADES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE VINCULADOS AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA NORTE DE JUIZ DE FORA

Profile of activities of Community Health Agents of the Family Health Program in the northern zone of Juiz de Fora

Marcelo Henrique da Silva , Maria Ruth dos Santos¹

RESUMO

Este artigo trata do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) nas equipes de saúde da família, cuja profissão foi criada recentemente. Pretende-se traçar o perfil de atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde que atuam há mais de um ano em unidades integrantes da rede assistencial da zona norte de Juiz de Fora, identificando possíveis variações presentes na identidade e atuação prática desses profissionais. Apoiando-se no método quantitativo, pretende-se levantar a visão dos próprios agentes comunitários de saúde sobre o seu trabalho.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

This article deals with the work of community health agents (ACS), members of family health teams, whose profession was recently created. The goal is to outline the profile of activities carried out by the community health agents who have been active for more than one year in units belonging to the Juiz de Fora northern zone assistance network, identifying possible variations present in the identity and practice of these professionals. Based on the quantitative method, this study seeks to explain the vision that the community health agents themselves have of their work.

Key words: Family Health Program; Community Health Agent.

INTRODUÇÃO

Desde a institucionalização inicial dos agentes comunitários de saúde (ACSs), a partir de um projeto emergencial de calamidade no Ceará nos anos 80 até os dias atuais, o seu número no Brasil chegou a 170 mil², dos quais 115 mil trabalham na área urbana e 57 mil na área rural , sendo a profissão reconhecida oficialmente pela lei 10.507 de 10 de julho de 2002.

¹ Enfermeiro do Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora-MG Especialista em Saúde da Família pela UFJF; Endereço: Av Sete de setembro 1335/102 Costa Carvalho CEP 36062000 Juiz de Fora MG E-mail: henfermar@uol.com.br
Farmacêutica-Bioquímica Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; E-mail: mariaruthsantos@ig.com.br

² Dados On-line: disponível na Internet via <http://www.portal.saude.gov.br/saude/> na seção profissional de saúde. Arquivo consultado em 10 de maio de 2004.

De acordo com o documento legal, o ACS é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema.

A profissão tem alguns condicionantes restritivos censitários – residência no local onde irá atuar – e de formação – conclusão de curso de qualificação básica. A sua atuação, antes intensiva em ações voltadas para o foco materno-infantil, atualmente envolve competências para ações no apoio às famílias e coletivos sociais, além de concentrar atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças ou pela mobilização de recursos e práticas sociais para intervenção no campo político e social numa micro-área de ação.

Um dos aspectos do perfil social do ACS - residência na comunidade - o que pressupõe compartilhamento de valores e interesses sedimentadores de uma identidade coletiva, tem reflexos na sua prática, já que o território é o âmbito de validade da profissão e de sua atuação. A matriz da figura do ACS assenta-se, conforme preconizado pelas instituições oficiais, em dois aspectos: identidade com a comunidade e pendor para a ajuda solidária.

Esses traços identificadores, incomuns em outros profissionais de saúde, permitem que o ACS possa cumprir a missão básica de execução de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito da comunidade em que resida e na qual tenha liderança, manifestando solidariedade entre os seus pares. É como afirmam Nogueira et al (2000) “o papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia humana ou cultural a seu perfil ocupacional”. Esses requisitos, quando presentes, freqüentemente o qualificam como um trabalhador “sui generis” ou fora do comum.

Traçar o perfil de atividades dos ACSs que atuam há mais de um ano em unidades de saúde com PSF é o objeto desse artigo. As unidades de saúde integram a rede assistencial da região norte de Juiz de Fora – MG, identificando possíveis variações presentes na identidade e atuação prática desses profissionais, em realidades diversas e heterogêneas onde essas experiências ocorrem.

No perfil de atividades, interessa verificar o quanto está mais voltado para o cumprimento de atividades prescritas na versão oficial do programa ou se predominam preocupações e ações voltadas para as necessidades e prioridades da comunidade.

Por se tratar de uma realidade ainda muito recente, corre-se o risco de não possuir elementos suficientes para emitir declarações conclusivas ou propor julgamentos seguros sobre o tema. No entanto, espera-se que os resultados se agreguem aos já produzidos sobre o assunto, projetando luz e caminhos para que novos estudos sejam possíveis e sirvam de referência para formuladores de política, gestores, profissionais de saúde, os próprios ACSs e tantos outros que se empenham em sua luta diária, na melhoria da proposta estratégica da Saúde da Família e na construção social de um sistema público verdadeiramente universal para todos os brasileiros, conforme previsto em nossa legislação.

Este texto, que tem como foco central os agentes comunitários de saúde, desenvolve e complementa o artigo "Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família da zona norte do município de Juiz de Fora"³, anteriormente publicado pelos mesmos autores; acrescentando-se outros elementos e reflexões sobre o trabalho desses atores, fundamentais na transformação das práticas sanitárias deste país.

Antecedentes Relevantes no Brasil

O Brasil, antes mesmo da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-Ata, União Soviética, em 1978⁴, que recomendou aos países a organização da atenção primária com participação comunitária, enquanto parte de um sistema nacional de saúde, envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, já havia experimentado em serviços e programas nacionais ou locais a incorporação de auxiliares da própria comunidade nas atividades de assistência a indivíduos, grupos humanos e famílias.

A visita domiciliar também já era praticada, enquanto estratégia de assistência, desde a primeira década do século XX, no modelo campanhista, tendo sido utilizada tanto para campanhas, quanto para saneamento e saúde.

Em junho de 1942, o Brasil assinou um contrato de cooperação com os EUA, dando origem ao Serviço Especial de Saúde Pública – SESP – que subsistiu até 1960. Foi sucedido pela Fundação Especial de Saúde Pública – FSESP – serviço pioneiro no país na criação e experimentação de modelos de assistência que empregava o trabalho

³ SILVA, M.H e SANTOS, M.R. Perfil Social dos Agentes Comunitários de Saúde Vinculados ao Programa de Saúde da Família da Zona Norte do Município de Juiz de Fora. Revista APS, v.6,n.2,p.70-76, jul./dez.2003.

⁴ Esta conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas. A sua meta consensualmente aprovada ficou conhecida como "Saúde para todos no ano 2000".

de pessoal auxiliar para o atendimento de grupos prioritários, como gestantes e crianças, e no controle de doenças transmissíveis.

Na FSESP, a visita domiciliar era realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento, para atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária. As visitadoras sanitárias assistiam regularmente nos domicílios as puérperas e recém-nascidos, acompanhavam nascidos vivos e os óbitos em menores de um ano e monitoravam pacientes portadores de doenças prevalentes, estando sob sua tutela uma área geográfica e populacional delimitada.

As competências necessárias para a atuação prática das visitadoras sanitárias eram adquiridas através de capacitação em serviço, durante seis meses, sendo acompanhadas e supervisionadas pelo enfermeiro.

Os princípios norteadores e as diretrizes estabelecidas pela FSESP certamente contribuíram para o surgimento de uma concepção e prática de saúde pública no país e têm uma grande importância na atualidade.

Vale destacar, no trabalho da FSESP, pela similitude com os princípios e diretrizes hoje defendidas pelo PSF e PACS, a experiência com modelos de oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade; a abordagem integral da família; a unidade de saúde indo à população; a adscrição de clientela; o enfoque intersetorial e a educação sanitária como mola mestra das ações. (SILVA; DALMASCO, 2002).

Segundo Silva e Dalmasco (2002), na década de 70, após a eleição direta de prefeitos em cidades que não eram capitais, nem municípios estratégicos, proliferaram iniciativas locais para resolver demandas sociais emergentes e urgentes, sendo a saúde uma das áreas priorizadas. Alguns vários municípios de São Paulo e Paraná implantaram programas dentro dos princípios da atenção primária em saúde, incluindo o programa de agentes comunitários de saúde, surgindo, assim, o desenvolvimento de ações próximas às identificadas na atualidade, como sendo do âmbito de atuação dos ACSs.

Os programas de saúde do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, em Diamantina, iniciados em 1971 e o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros em 1975, na opinião de Stralen (1995), se constituíram também em experiências originais e singulares de construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços, que previa uma estrutura hierarquizada em

quatro níveis: domiciliar, local, de área programática e de região, sendo os serviços distribuídos entre os quatro níveis.

Os auxiliares de saúde, elementos-chave desse sistema proposto, eram selecionados entre moradores da comunidade e deveriam atuar como agentes da participação popular nas decisões voltadas para alterações das relações do poder local.

As atividades educativas desenvolvidas pelos auxiliares se organizavam em torno de orientação ao trabalho das parteiras, reforço ao uso da medicina popular caseira com a utilização dos chás, orientação alimentar com os produtos da região, orientação em puericultura e amamentação natural, visita domiciliar, consultas coletivas, dentre outras.

Em que pese os problemas e dificuldades, o Projeto Montes Claros se transformaria, ao mesmo tempo, imediatamente, no principal modelo para a montagem, a nível nacional, da primeira experiência de extensão de serviços de medicina simplificada para a zona rural já levada à prática no país - o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, PIASS - e, posteriormente, em modelo para a reorganização dos serviços de saúde (SILVA, 1996).

O PIASS utilizou amplamente pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas, para a execução de um conjunto de práticas sanitárias relacionadas ao meio ambiente, domiciliar e à atenção individual.

Para dar suporte à formação de recursos humanos requeridos pela nova política de atuação na área voltada para a extensão de cobertura, conforme necessidades e possibilidades de diferentes áreas do país, foi criado, também em 1975, através de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal – que ficou incumbido da preparação, em larga escala, de pessoal de saúde de nível médio e elementar (SILVA, 2002).

O PIASS acabou por se expandir para todo o país e, em sua área de abrangência, foi incluído o Programa de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em área rural, Vale do Ribeira, São Paulo, que ficou conhecido nacionalmente como Projeto DEVALE (SILVA, 1996). Dentre outras estratégias, o DEVALE previa a extensão de atividades de assistência primária à população residente na periferia dos centros urbanos e na zona rural, mediante a instalação de postos de saúde operados por agentes de saúde, recrutados na própria comunidade.

A proposta de ação para o agente de saúde incluía a execução de curativos, vacinas, diagnósticos e tratamentos de doenças mais encontradas, atendimento à criança

e à gestante, encaminhamentos, primeiros socorros; a adoção de uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade; a incorporação do entendimento da inter-relação entre problemas de saúde e condições gerais de vida da população e a organização da comunidade para lutar pela saúde.

Os agentes de saúde, além de terem sido indicados a partir de critérios estabelecidos pela comunidade, selecionados e recrutados nas localidades, apresentavam alguns traços comuns: já haviam desempenhado anteriormente funções similares àquelas esperadas para os agentes e/ou já desenvolviam alguma ação comunitária nas igrejas, clubes de mães e de jovens, nas escolas comunitárias e nas associações civis voluntárias e informais (SILVA, 1996).

Com a criação e desenvolvimento da Pastoral da Criança, em 1983, que atua através de voluntários – líderes comunitários ou membros de equipes de apoio –, realizando visitas domiciliares a famílias carentes no Brasil, uma grande e vigorosa rede de solidariedade que une fé e vida foi criada. Enquanto alguns voluntários ensinam como melhorar a nutrição para aproveitamento adequado dos alimentos regionais e alternativos, como farelos e folhas verdes, outros ensinam o soro caseiro para combater a desidratação provocada por diarreias; estimulam a utilização de plantas medicinais; cuidam de gestantes; incentivam o aleitamento materno; promovem o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil. Os voluntários se dividem, ainda, em outras atividades, como nos projetos de Geração de Renda, Alfabetização de Jovens e Adultos, além de colaborarem com outras ações complementares.

A Pastoral da Criança e outras afins vêm difundindo um modelo de ação em saúde no Brasil, geradora de vínculos de agentes de saúde com famílias carentes, a partir das quais algumas ações básicas de saúde são desenvolvidas. No entanto, esses agentes comparativamente aos atuais ACSs, agem movidos pela força da fé e da religião; realizam trabalho voluntário e sem remuneração; cuidam de problemas sociais, financeiros, morais e até comportamentais das famílias e o trabalho que desenvolvem não é gerenciado, supervisionado e avaliado pelo sistema oficial de saúde.

METODOLOGIA

O estudo realizado foi do tipo descritivo exploratório, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família da zona norte de Juiz de Fora. Os sujeitos do estudo foram os ACSs lotados há mais de um ano nestas unidades.

Para a coleta de dados e informações utilizamos um formulário aplicado como pré-teste em uma UBS, sendo o mesmo aplicado posteriormente nas outras unidades. Analisamos ainda documentos referentes ao projeto de implantação do PACS, processo de recrutamento e seleção dos ACS no município de Juiz de Fora.

Os participantes do estudo foram informados sobre o objetivo, garantia de anonimato; só participando os que consentiram formalmente, de acordo com as da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram tabulados, utilizando-se para isso o programa EPI-INFO e apresentados em forma de quadros para facilitar a visualização. Utilizaram-se freqüências absolutas e relativas para a interpretação dos mesmos, além de compará-los com a literatura referente ao tema estudado.

Apresentação e análise dos dados

Os dados apresentados abaixo discutem o perfil ocupacional dos agentes de saúde.

Quadro 1: Número de ACSs que realizaram alguma preparação específica para o trabalho - Juiz de Fora, 2005

	Freqüência	%
Realizou	57	95,0
Não realizou	2	3,3
Ignorado	1	1,7
Total	60	100

Os dados descritos mostram que 95% receberam alguma preparação específica para orientação do trabalho, sendo o treinamento recebido condizente com as necessidades oriundas da prática profissional.

O Quadro 2 distribui as opiniões dos ACSs sobre a correspondência entre as ações desempenhadas e as que os agentes entendiam ser do seu âmbito profissional.

Quadro 2: Correspondência entre ações desempenhadas e competências dos ACSs - Juiz de Fora - 2005

Corresponde	Frequência	%
Sim	38	63,3
Não	21	35,0
Ignorado	1	1,7
Total	60	100

Percebe-se que 63,3 % entendem que as ações executadas estão no âmbito de atuação profissional, enquanto 35,0% afirmam que não. No entanto, quando perguntados sobre a razão da não correspondência, os entrevistados apontam diversos motivos e distorções no exercício de suas funções, como destacamos no Quadro 3.

Quadro 3: Motivos citados pelos ACS para as não correspondência ente ações executadas e ações prescritas - Juiz de Fora, 2005

Motivo	Frequência	%
Não tem suporte necessário para desenvolver as ações	1	4,76
Acha que algumas atividades não são do ACS	1	4,76
Deve aumentar o espaço de atuação do ACS	2	9,52
As ações do ACS não são claras	1	4,76
Falta de articulação com outros setores	1	4,76
Falta de recursos	3	14,28
Falta de treinamento constante	1	4,76
Não conhece muito bem a profissão	5	23,8
Outra realidade nos locais de atuação do ACS	1	4,76
Não respondeu	5	23,80
Total	21	100

Chama a atenção o fato de que os percentuais de 23,8% referentes ao desconhecimento da profissão e dos que não responderam são significativos e refletem a

busca por uma atividade ainda pouco clara e transparente para muitos. Outro ponto importante é a menção à falta de recursos para o exercício das atividades, fazendo com que muitas deixem de ser executadas e outras, estranhas à profissão, terminem por serem incorporadas.

Por outro lado, quando foram solicitados que registrassem as principais ações realizadas na última semana de trabalho antes da entrevista, reportam ações que estão estritamente vinculadas ao rol de atribuições previsto pelo Ministério da Saúde e incorporado aos documentos oficiais dos estados e municípios, como a visita domiciliar (96,7%), acompanhamento e cadastro das famílias (10%), cadastramento da população no Cartão Nacional do SUS (18,3%), participação em campanhas e em grupos educativos (35%), participação em grupos de estudos na UBS (5%), acompanhamento do estado vacinal dos menores de cinco anos (13,3%), incentivo ao aleitamento materno (1,7%), busca ativa de faltosos aos controles (8,3%), participação em reunião de equipe (18,3%), encaminhamento de avisos gerais às famílias (16,7%), acompanhamento de outro profissional em visita domiciliar (15%), participação em reunião do Conselho local de saúde (1,7%) e participação no acolhimento de usuários na UBS (3,3%):

Ressalte-se que as ações acima registradas se coadunam com o modelo prevalente no momento atual dos serviços no PSF, onde as atividades educativas, embora presentes, têm uma importância relativa baixa em relação às demais ações, revelando-nos que essas práticas são, na verdade, muito mais debatidas do que colocadas em prática.

Ao serem perguntados sobre a frequência em que desenvolvem as trinta e três atribuições previstas pelo MS, os ACSs responderam que não executam 16 das atividades listadas como: mapeamento da área de abrangência e das micro-áreas e áreas de risco (13,3%); execução de atividades de educação para a saúde individual e coletiva (1,7%); orientação sobre planejamento familiar (5,0%); orientação sobre DST/AIDS (3,3%); registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos a saúde (3,3%); estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia na conquista de qualidade de vida (15,0%); participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida (30,0%); ouvir as queixas das pessoas e famílias (1,7%); marcar exames, consultas, retornos, grupos educativos, etc, para pessoas e famílias assistidas (13,3%); acompanhar outro profissional para a visita ao domicílio (5,0%); acompanhar pessoa das famílias assistidas para consulta especializada, exame complementar e internação, etc (60%); levar medicamentos e outros insumos necessários para as pessoas e famílias assistidas

(16,7%); levar e trazer mensagens da unidade para o domicílio e vice-versa (1,7%) e outras atividades (90,0%).

Chama a atenção a predominância de atividades no trabalho do ACS, vinculadas ao modelo tradicional de cura das doenças e reabilitação, em detrimento de iniciativas conjugadas com outros setores para melhorar a qualidade de vida e saúde das famílias, incluindo medidas de promoção, vigilância e saúde, intersetorialidade e ações interdisciplinares.

Por outro lado, o trabalho do agente supera as dimensões de um simples atendimento domiciliar, como podemos visualizar nos dados acima, em que percebemos que o ACS funciona como ponte, consolidando rotas de entendimento e integração entre as demandas da população e os serviços de saúde, difundindo e aprimorando medidas preventivas, orientações e educação em geral.

No entanto, predomina em seu perfil de atuação as tarefas previamente definidas pelo sistema oficial de saúde, como por exemplo, acompanhamento de hipertensos, diabéticos, hansenianos e tuberculosos; acompanhamento do estado vacinal dos menores de cinco anos; acompanhamento das gestantes e incentivos ao aleitamento materno; que não são atribuições privativas dos ACS, sendo comuns a outros profissionais de saúde. O predomínio dessas ações e o seguimento regular e sistemático das normas de acompanhamento desses grupos, previstas em documentos oficiais terminam por tornar o trabalho do ACS rotineiro, sendo percebido por eles próprios e pela população como um ofício sem muita utilidade, já que nas visitas aos domicílios grande parte do tempo é gasto para o preenchimento dos formulários oficiais.

Ao serem solicitados para enumerarem outras atividades executadas além das prescritas na versão oficial do programa, 90,0% respondeu que não executam nenhuma outra, o que demonstra as dificuldades encontradas pelos ACSs e pelo própria equipe de PSF em revisar, na prática cotidiana, os aspectos do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico vigente e exercitar habilidades de percepção das vulnerabilidades dos indivíduos, nos cenários da família e da sociedade, estabelecendo parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Constatamos que os agentes são bastante procurados pela população fora do horário de serviço (93,3%). Dentre os motivos mais importantes alegados destaca-se a necessidade das pessoas de obterem informações sobre a estrutura e o funcionamento da Unidade de Saúde. Este fato respalda a evidência de que o trabalho do ACS funciona como elo entre famílias/comunidade e os serviços de saúde, prestando um atendimento de forma integral e contínua à população.

No entanto, de acordo com os depoimentos dos ACSs a relação de trabalho entre eles e a comunidade encontra várias dificuldades, sendo as mais importantes a falta de respaldo, comunicação e apoio da equipe para a resolução dos problemas; a falta de insumos, medicamentos e de vagas para consulta médica; a ausência de outro profissional de nível superior para acompanhá-los na visita domiciliar; numerosos formulários para preenchimento; grande distância entre os domicílios; número excessivo de famílias e a topografia da micro-área com a presença de barreiras físicas, como morros e escadas, que dificultam o acesso.

Chamam a atenção dentre as dificuldades, a falta de respaldo, comunicação e apoio da equipe para a resolução dos problemas, constituindo-se em dois domínios que não se completam e nem se complementam: o meio externo, constituído pelas famílias, comunidades e os problemas trazidos e identificados pelos agentes; e o meio interno, a unidade básica de saúde, constituída pela oferta organizada de ações pelos profissionais “donos do saber biomédico” e pela demanda espontânea da população que busca atendimento. O ACS entra exatamente para cumprir o desafiante papel de ser ponte, de amalgamar estes campos.

Dentre as medidas indicadas, que contribuiriam para melhorar o seu desempenho se encontram a necessidade do acompanhamento de outro profissional de nível superior durante a visita domiciliar; a redução do número de visitas domiciliares; meios de transporte para os locais muito distantes; melhoria salarial; material para o trabalho; além da necessidade de realização de alguns procedimentos de enfermagem (como por exemplo, a aferição de pressão arterial e de prestar primeiros socorros).

Um atributo freqüentemente associado à profissão de ACS e que se constitui como referência para a sua identificação é a realização de visitas domiciliares que, embora não privativa destes profissionais, têm um significado grande para a profissão, ocupando quase que integralmente a jornada de trabalho do ACS.

Entretanto, os ACSs entrevistados declararam como medida importante para a melhoria de seu trabalho, a realização da visita domiciliar acompanhado de outro profissional de nível superior. Esse fato pode estar associado ao despreparo, ao desconhecimento e insuficiência de proposições no qual se supunha serem capazes os ACSs durante a visita domiciliar para o encaminhamento dos problemas oriundos das famílias, muito embora a grande maioria tenha tido um preparo específico para o trabalho. Ressaltamos ainda a valorização que os próprios ACSs fazem do dito “saber biomédico”, já que ele quer ser acompanhado por profissionais de nível superior, teoricamente donos deste “saber”, e também deseja desenvolver habilidades técnicas

típicas de uma categoria profissional, a enfermagem; o que acabaria por descaracterizar um ofício recém-criado, elo entre serviço e comunidade

Ao responderem se visitam todas as famílias em sua micro-área de cuidado, 51,7% responderam que não. Eles, geralmente, atuam em áreas onde residem famílias pobres ou até mesmo miseráveis, o que faz com que muitos não se encontrem em seus domicílios no horário de funcionamento habitual das unidades básicas de saúde, que é o mesmo da jornada de trabalho do ACS, buscando o seu sustento fora de casa. Isto foi identificado pelos agentes como o principal motivo para não realização da visita.

Embora a maioria não consiga visitar todas as famílias da sua micro-área, 95% reconhecem como de suma importância para a realização do seu trabalho o fato de conhecerem previamente as pessoas e famílias sob sua responsabilidade.

Na opinião dos entrevistados, o trabalho que eles desempenham é importante, mas precisa passar por reformulações e ajustes para 65%. 30,0% entendem que é importante, porque ajuda e facilita a resolução dos problemas de saúde/doença das pessoas e, apenas 5,0% acham que é importante, porque ajuda a resolver os problemas da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho mostrou que os ACSs têm perfil de atuação de acordo com o delimitado pelas diretrizes governamentais, federais, estaduais e municipais, muito embora as atividades educativas, mola mestra de suas ações não sejam desempenhadas amplamente e estes profissionais terminem por incorporar atividades que extrapolam as prescritas em seu leque de competências.

Prevalecem atividades que reforçam o modelo biomédico, que, embora importantes e necessárias - a exemplo do acompanhamento de diabéticos e hipertensos-, no conjunto, não representam a totalidade do trabalho, em que atividades de promoção e prevenção para esses agravos e doenças deveriam ser intensivas.

Outro ponto relevante foi a questão da realização das visitas domiciliares, atividade de grande impacto no trabalho do ACS. Essa atividade, embora realizada de forma rotineira, necessita de maior atenção por parte dos seus supervisores e até de maior preparação dos próprios ACSs para o seu desenvolvimento .

O estudo aponta para a necessidade de maior engajamento em atividades de promoção e prevenção da saúde, pois em seu âmbito de atuação essas competências são

importantes. Os processos seletivos futuros devem levar em conta a capacidade dos candidatos de estarem vinculados de fato à sua comunidade, sendo lideranças efetivas, pois o ACS precisa ter capacidade de liderança, iniciativa e possibilidade de mobilização para a luta por melhores condições de vida e saúde. O fato de acompanharem grupos de riscos – focando o modelo biomédico – deixa um vácuo no desenvolvimento de atividades de promoção da qualidade de saúde, resultando num baixo grau de engajamento nas demandas da população em relação às condições gerais de vida.

Além disto, como constatado pelos próprios ACSs, o trabalho que desempenham é importante, mas precisa passar por reformulações e ajustes. Isso mostra que existem falhas no processo de recrutamento; treinamento inicial e continuado; supervisão; apoio da equipe e dos órgãos centrais; recursos logísticos para apoio do trabalho; meios de transporte e participação comunitária, sendo influenciado e influenciando a sua prática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 10.507, de 10 de julho de 2002.** Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e da outras providencias. Brasília, DF: Presidência da Republica, Casa Civil,Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde **Norma Técnica. Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF, Fundação Nacional de Saúde,1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde.**Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.NOB-SUS.96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão.** Brasília,DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997.Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Programa saúde da Família,**1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comunidade Solidária. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 1999b.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Brasília, DF, v. 6, n.10, p. 91-93, fev. 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: Agente Comunitário de Saúde.** Brasília; 2000. (Texto para discussão nº 735)

SILVA, H.; SANTOS, M.R. Perfil social dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa saúde da família da zona norte do município de Juiz de Fora. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.6, n.2, p.70-76, jul./dez. 2003.

SILVA, Joana Azevedo da. **Assistência Primária de Saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira.** 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASCO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, M.J.; RODRIGUES, R.M. Os agentes comunitários de saúde no processo de municipalização de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.2, n.1, jan/jun 2000. [Online]. Disponível em:< <http://www.fen.ufz.br/revista>.> Acesso em: 02 fev. 2003.

STRALEN, C. J. V. Do projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre a ideologia e realizações práticas. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Projeto Montes Claros a utopia revisitada.** Rio de Janeiro, RJ: Alvasco, 1995, p.165-91.

Submissão: junho 2005

Aprovação: novembro 2005

ANEXO - Instrumento de coleta de Dados

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA COM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Idade _____ Sexo: M() F()

SOBRE O TRABALHO:

- 1) *Foi realizada alguma preparação específica para o seu trabalho?*
() Sim
() Não
- 2) *A preparação que você teve corresponde às necessidades da sua prática profissional?*
() Sim
() Não
- 3) *As ações que você desempenha correspondem às ações que você pensava serem de competência do ACS?*
() Sim
() Não. Por quê? _____
- 4) *Em que local você desenvolve mais suas ações como ACS?*
() na Unidade Básica de Saúde
() na comunidade
() nos domicílios
() nas escolas
() nas igrejas
() outro(s). Especifique: _____
- 5) *Das ações que você desenvolve, quais são mais frequentes?*
() ações de promoção da saúde
() ações de prevenção de doenças e agravos
() ações de reabilitação/recuperação da saúde
() ações de planejamento e gestão do trabalho
() Outras. Especificar: _____
- 6) *Você participa regularmente das reuniões do Conselho Local de Saúde do seu bairro?*
() Sim
() Não. Por quê? _____
- 7) *Você se articula ou participa de articulações com outros setores do Serviço Público (educação, assistência social, desenvolvimento econômico, ambiente, etc) para reivindicar ou encaminhar discussões/soluções dos problemas de saúde das famílias e da comunidade que você atende?*
() Sim
() Não. Por quê? _____
- 8) *Você se articula ou participa de articulações com entidades, associações, sociedades, etc para organizar discussões e propor soluções para os problemas de saúde das famílias e comunidade que você atende?*
() Sim
() Não. Por quê? _____
- 9) *Quando ocorrem problemas no seu trabalho a quem você recorre mais frequentemente?*

- () ao enfermeiro da equipe
- () ao médico da equipe
- () ao assistente social da equipe
- () ao gerente da UBS
- () a outro profissional.

Qual? _____

10. Registrar as ações realizadas na última semana de trabalho do ACS ?
Enumera-las.

11. Das ações listadas abaixo, indique com um “x” o que corresponda à sua opção, considerando-se a frequência em que você executa a ação enumerada.

1 Frequentemente 2 Ocasionalmente 3 Não executa

- () cadastramento das famílias assistidas
- () atualização do cadastro das famílias assistidas
- () mapeamento da área de abrangência e das micro-área e áreas de risco
- () visitas domiciliares
- () grupos, reuniões, encontros com grupos diferenciados da população e outros setores da comunidade
- () acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos menores de 2 anos
- () incentivo ao aleitamento materno
- () acompanhamento do estado vacinal dos menores de cinco anos
- () orientação sobre o uso de soro oral
- () acompanhamento das gestantes
- () acompanhamento de hipertensos, diabéticos, hansenianos e portadores de tuberculose
- () orientação sobre planejamento familiar
- () orientação sobre DST/AIDS
- () diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação
- () execução de atividades de educação para a saúde individual e coletiva
- () registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde
- () estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia na conquista de qualidade de vida
- () participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor Saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida
- () ouvir as queixas das pessoas e famílias
- () marcar exames, consultas, retornos, grupos educativos, etc para pessoas e famílias assistidas
- () acompanhar outro profissional da equipe para visita ao domicílio
- () acompanhar pessoa das famílias assistidas a consulta especializada, exame complementar, internação, etc
- () levar medicamentos e outros insumos necessários para o tratamento das pessoas e famílias assistidas
- () levar e trazer mensagens da Unidade para o domicílio e vice-versa

realizar nos domicílios as “campanhas” propostas pelo Ministério da Saúde

Outras. Especificar: _____

12. Você é procurado pelas pessoas e famílias do bairro para resolver problemas fora o seu horário de trabalho?

Sim

Não.

13. Qual o motivo mais freqüente de procura fora do horário de trabalho?

14. Indique as três principais dificuldades que você enfrenta para implementar o seu trabalho.

1. _____

2. _____

3. _____

Não vê dificuldades.

15. Indique, duas medidas que, na sua opinião, contribuiriam para melhorar o trabalho do ACS. Por favor, indique apenas duas medidas que você julga mais importantes:

1. _____

2. _____

16. Você visita todas as famílias que estão dentro da sua micro-área de cuidado?

Sim

Não. Por que? _____

17. O fato de você conhecer previamente as pessoas e famílias da sua micro-área ajuda no seu trabalho?

Sim

Não. Por quê? _____

18. Na sua opinião, o trabalho do ACS é:

importante porque ajuda a resolver os problemas da comunidade

importante porque ajuda e facilita a resolução dos problemas de saúde/doença das pessoas

importante, mas precisa de passar por reformulações e ajustes

não sabe e/ou não tem opinião formada.

PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA REGIÃO OCEÂNICA

Niterói Family Doctor Program: evaluation of pré-natal care in the Oceanic Region

Moema Guimarães Motta¹

RESUMO

Interessada em avaliar a extensão da cobertura da assistência Pré-Natal de gestantes cadastradas no Programa Médico de Família (PMF) da Região Oceânica de Niterói-RJ, a autora recorre aos registros de nascidos vivos do município e Sistema de Atenção Básica (SIAB) do PMF/Niterói. Desta forma propõe melhorias nos registros do sistema de informação da atenção às gestantes atualmente em uso, enquanto aponta para bons resultados no trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde do PMF naquela região.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Mulheres Grávidas; Cuidado Pré-Natal; Sistemas de Informação.

ABSTRACT

The author, who is interested in measuring the extent of coverage achieved by the pre-natal care program for pregnant women who are registered with Niterói's Oceanic Region "Family Doctor Program" (PMF), researched live births registered in the city and in the "Basic Care System" (SIAB) of the PMF/Niterói. Based on her findings, she suggests improvements that can be made to the systems presently used to register information on the women's care, while noting the good results achieved by the PMF Health Teams in that region.

Key words: Family Health Program; Pregnant Women; Prenatal Care; Information System.

INTRODUÇÃO

Este estudo resulta da curiosidade das equipes de saúde que atuam no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói quanto à cobertura do mesmo dentro dos bairros da cidade onde atua.

¹ Moema Guimarães Motta é médica de família em Niterói desde 1998. Mestre em ciências, subárea saúde da Criança pelo IFF/FIOCRUZ. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. E-mail: moema.guimarães@cremerj.com.br Cel: (21) 9944-4442

Difícilmente o módulo do Médico de Família atenderá ao bairro como um todo, visto que cada equipe será responsável por aproximadamente 400 famílias, (em torno de 1400 habitantes). É sabido que a delimitação da área de atuação das equipes é fruto de um estudo prévio do território a ser atendido, privilegiando áreas de maior carência sócio-econômica.

No trabalho diário, muitas vezes, os profissionais de saúde (médico e auxiliar de enfermagem) têm dificuldade de avaliar se seu trabalho está atingindo objetivo proposto e o quanto contribui na captação das populações consideradas de risco (crianças abaixo de 2 anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, entre outros).

Trabalhando com grupo de gestantes no módulo do Maravista, a autora estranhou o pequeno número de usuárias grávidas acompanhadas na unidade. Junto à supervisão de gineco-obstetrícia constatou que, em geral, os módulos da Região Oceânica acompanhavam em torno de 6 a 10 gestantes/mês. Este dado apontava para baixa captação das gestantes pela equipe? Dificuldade de identificar o médico generalista como profissional capacitado para acompanhar as consultas de pré-natal? Má integração da equipe com os moradores?

Uma imagem forma-se de múltiplos pontos. Acostumados a gerenciar o nosso pequeno território, muitas vezes deixamos de enxergar a foto, detidos em um único ponto. Decidimos afastarmos um pouco, juntar dados regionais, municipais e modular, a fim de avaliar nosso trabalho, renovarmos a crença na proposta de atenção básica e planejarmos futuras ações.

REGIÃO OCEÂNICA

A estrutura urbana do município sofreu um grande impacto, na década de 1970, com a construção da Ponte Presidente Costa e Silva (Rio-Niterói) em 1974, realizando a ligação viária com a cidade do Rio de Janeiro (A HISTÓRIA ..., 2005).

As áreas loteadas na Região Oceânica em 1940, em sua maioria, permaneciam desocupadas, sofrendo um acelerado processo de urbanização. No início de 1980, surgem os “loteamentos especiais” na Região Oceânica, dentre eles o loteamento Maravista, no bairro de Itaipu.

Itaipu é um dos mais antigos bairros niteroiense e nasceu ao redor da capela construída em 1716, junto à qual floresceram engenhos de açúcar e mandioca, além da tradicional atividade pesqueira (A PRAIA ..., 2005)

Em 1992, foi elaborado o Plano Diretor de Niterói, leis no município, como uso e ocupação do solo (1995) e o plano urbanístico (Praias da Baía-1995). Assim, a Região Oceânica de Niterói modifica o ordenamento territorial, principalmente no que se refere à valorização fundiária, em que fundamenta a emergência de um padrão fragmentado de micro espaços privados, “desconectados” do seu entorno e conectados diretamente ao centro de comércio e serviço. Tal política, atrelada à proposta de preservação ambiental, forma um conjunto de atrativos à classe rica e média-alta e se auto-segrega, a exemplo do processo ocorrido na Barra da Tijuca, na cidade do Rio de Janeiro (COSTA; KUCHLER, 2004).

Atualmente a região representa a área de maior crescimento populacional em expansão no município, onde convivem os antigos moradores ligados à pesca ou trabalho agrícola, uma população com alto poder aquisitivo atraído pela beleza natural e a

expectativa de melhor qualidade de vida e uma nova população desprovida de recursos econômicos que trabalha na construção civil ou trabalhos domésticos.

Em 1992, com a implantação do Programa Médico de Família (PMF), abriu-se uma unidade modular no bairro do Engenho do Mato. Em 1999, quando da visita do presidente de Cuba à cidade, inaugurou-se o Módulo do Médico de Família do Maravista, objetivando assistir a população mais carente da área, sem desconsiderar os outros moradores do território de abrangência da Associação de Moradores e Amigos do Maravista (AMAM). A unidade modular conta com quatro equipes básicas (médico de família e auxiliar de enfermagem), atendendo a, aproximadamente, 400 famílias por dupla.

METODOLOGIA

Não poderíamos responder as nossas dúvidas locais desconhecendo os dados epidemiológicos da Região Oceânica de Niterói e compararmos com os dados populacionais do município. Buscamos registros no *site* da subsecretaria de Ciências e Tecnologia (SECITEC), Fundação Municipal de Saúde/ Coordenação do Observatório de Saúde (FMS/COOBS) e registros do Sistema de Atenção Básica (SIAB) consolidado pela coordenação do PMF/Niterói.

Procurando fazer uma ponte entre nosso *trabalho capilar* na rede de assistência pública do município e informações demográficas oficiais, buscamos na COOBS dados sobre os nascidos vivos de partos ocorridos em Niterói, filhos de gestantes residentes no município.

APRESENTANDO OS DADOS

Nascidos vivos residentes de partos ocorridos em Niterói segundo local de ocorrência -2004

Local Ocorrência	Nº
Hospital	5087
Outro estab. de saúde	1
Domicílio	7
Outros	1
Total	5096

Fonte: FMS/Niterói/COOBS

Gostaríamos de saber se a proporção de gestantes acompanhadas por equipes do PMF correspondeu aos partos ocorridos na cidade. Recorremos ao Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), consolidado pela coordenação do PMF/Niterói. Percebemos que o instrumento considera o total de gestantes cadastradas por equipe básica a cada mês, entretanto não destaca quantas iniciaram o pré-natal naquele mês, considerando em

conjunto aquelas que já faziam o acompanhamento no mês anterior. Assim, uma mesma gestante poderá ser computada seis ou mais vezes no mesmo ano. Algumas deverão ter sido atendidas no mesmo mês em que ocorreu o parto.

O SIAB não informa o total de crianças nascidas mensalmente, pois utiliza o total por faixa etária, a saber: número de crianças de 0-3 meses e 21 dias e 0-11 meses e 29 dias.

O registro da FMS/COOBS (2004) informa o total de partos ocorridos mensalmente na cidade, incluindo estabelecimentos públicos e privados. Um dado interessante, pois o PMF cadastra todos os moradores residentes em seu território, garantindo acesso universalizado da clientela ao serviço, independente de optarem por frequentar a unidade ou a rede privada. Cadastrando o morador em sua residência, aproximamos o setor público do cidadão. Apostando no acolhimento, ao cadastrarmos uma gestante, oferecemos o acompanhamento pré-natal disponível na unidade e, caso a mulher prefira a assistência privada, mantemos contato regular com a mesma monitorando possível demanda emergencial ou garantindo ações de profilaxia antitetânica e estímulo ao aleitamento materno. Como diz Silveira (2004, p.73):

Os vínculos que se estabelecem entre as equipes de saúde e os usuários do sistema que, num primeiro momento, são meramente “territoriais”, passam a se transformar em “responsabilizações” recíprocas e que acabam por determinar uma relação mais próxima e mais humanizada.

Insistindo em visualizar melhor nosso trabalho, decidimos considerar a média de gestantes atendidas por ano na Região Oceânica e “brincar com o banco de dados oficiais”. Considerando que 98,82% dos partos ocorreram em ambiente hospitalar, solicitamos também informação do tipo do parto, segundo estabelecimento de saúde.

Nascidos vivos residentes de partos ocorridos em Niterói segundo estabelecimento de saúde e tipo de parto -2004

Estabelecimento	Vaginal	Cesário	Não Informado	Total
C.S.MSTA. MARTHA	105	1127	4	1236
H.SÃO PAULO	779	335	0	1114
HEAL (Hospital Estadual Azevedo Lima)	564	529	3	1096
HUAP (Hospital Universitário Antonio Pedro)	354	254	0	608
H. CLINICAS DE NITERÓI	52	403	0	455
H. STA. CRUZ	32	254	0	286
MAT.MUNIC.ALZIRA REIS VIEIRA	181	95	1	277
H.CLIN.SÃO SEBASTIÃO	0	8	0	8
C.S.STA RITA DE CASSIA	0	6	0	6
U.B.PIRATININGA	1	0	0	1
SPA-3/PIRATININGA	1	0	0	1
TOTAL	2069	3011	8	5088

Fonte: FMS Niterói/COOBS

Sabemos que são estabelecimentos da rede pública: HEAL, HUAP, MAT. MUNIC. ALZIRA REIS VIEIRA, U.B. PIRATININGA e SPA-3/PIRATININGA. O Hospital São

Paulo atende clientes da rede privada e pública e não temos como separá-los no total de partos ocorridos naquele estabelecimento. O restante representa serviços da rede privada de assistência.

Dada a especificidade do Hospital São Paulo, nós decidimos analisá-lo isoladamente e verificamos que o mesmo foi responsável por 1114 partos, sendo que 70% vaginal e 30% cesário. Tentando comparar melhor a assistência entre a rede pública e privada, excluiremos o total de partos ocorridos no Hospital São Paulo do total ocorrido no município em 2004. Totalizaremos, então, 3974 partos. Destes, 50,10% referentes à rede privada e 49,89% à pública.

Quanto ao tipo de parto, o setor privado parece preferir o parto operatório (aproximadamente 90,30%), embora o setor público também apresente um alto índice de cesarianas (44,27%), confirmando uma tendência urbana de assistência ao parto.

O que justifica esta prática? Preferência da gestante? Risco para a mãe e o feto? Laqueadura tubária? Violência urbana? Comodidade para a equipe médica?

Os dados da COOBS parecem afastar indicação patológica.

Nascidos vivos residentes de partos ocorridos em Niterói segundo duração da gestação e peso ao nascer - 2004

Duração gestação em semanas	0g a 999g	1000g a 1499g	1500g a 2499g	2500g a 2999g	3000g a 3999g	4000g e mais	Ignorado	TOTAL
Menos de 22	1	0	0	0	0	0	0	1
22-27	30	5	1	0	1	0	2	39
28-31	6	22	18	0	0	0	3	49
32-36	0	18	201	141	80	200	0	442
37-41	0	2	173	1000	3056	5	7	4438
42 e +	0	0	0	6	21	9	1	33
Ignorado	2	1	12	13	42	1	0	79
Não informado	0	0	2	4	8	217	0	15
TOTAL	39	48	407	1164	3208		13	5096

Fonte:FMS Niterói/COOBS

Excluindo os 13 casos em que o peso foi ignorado, observamos que 90,29% dos recém-nascidos apresentaram acima de 2500 gramas. Considerando os 5002 partos com idade gestacional declarada, cerca de 90% ocorreram acima de 37 semanas, portanto, a termo.

Trabalhando com grupo de gestantes no Módulo do Maravista e incentivando o parto vaginal e o aleitamento materno como práticas saudáveis para o binômio mãe-filho, a autora procurou avaliar quantas gestantes tiveram acesso ao PMF na Região Oceânica de Niterói.

Na Região Oceânica contamos com cinco unidades modulares do PMF (Engenho do Mato I e II, Cafubá I e II, Maravista).

O SIAB registra o total de gestantes cadastradas por equipe básica e não o total do módulo. A COOBS registra o total de partos por bairros de residência da gestante. Decidimos agregar as informações das equipes de cada módulo conforme o bairro em que estão localizadas. Assim, consideramos:

Média das gestantes residentes na Região Oceânica e cadastradas no PMF-2004

Engenho do Mato(total I+II)	32
Cafubá(I e II)	42
Itaipu (Maravista+Colônia de pescadores)	21 (20 no Maravista)
Total	95

Fonte:SIAB

Nascidos vivos residentes de partos ocorridos em Niterói segundo bairro de residência da mãe - 2004

Bairro de Residência	Total
Engenho do Mato	48
Cafubá	43
Itaipu	342

Fonte; FMS Niterói/COOBS

Cruzando as duas tabelas, verificamos que o bairro Engenho do Mato provavelmente atendeu 67% de suas gestantes em um dos dois módulos de Médico de Família da área. No Cafubá, provavelmente 98% das gestantes seriam cadastradas pelas equipes do PMF.

Entretanto, a abrangência do PMF no Maravista e na Colônia de pescadores, não corresponde ao bairro de Itaipu. Precisávamos saber que porcentagem do bairro de Itaipu é coberta pelo PMF.

Procuramos na SECITEC dados populacionais do último Censo Demográfico de 2000 e verificamos que Itaipu contava com 17330 moradores, sendo 7155 na faixa etária entre 15 e 39 anos (35775 mulheres em idade fértil) (ROUQUAYROL, 1993). Ora, a população cadastrada no PMF Maravista, em 2004, totalizava 1911 pessoas, sendo 1000 moradoras em idade fértil, ou seja, aproximadamente 2,8% da mesma população do bairro de Itaipu como um todo. Como ocorreram 342 partos em Itaipu, podemos supor que apenas 2,8% deles seriam referentes a moradoras da área de abrangência do Maravista PMF (em torno de 10 partos).

Provavelmente, as equipes básicas de saúde que atuam no PMF da Região Oceânica, estão cadastrando as gestantes residentes na área.

DISCUSSÃO

Visto que este estudo baseou-se em informações de registros, considerando uma população restrita (nascidos vivos de mulheres residentes em Niterói, cujo parto também ocorreu na cidade) e em um período de tempo específico (ano de 2004), terá restrições próprias aos estudos transversais.(ROUQUAYROL, 1994) Útil para levantar hipóteses, restritas às relações de associação e não de causalidade.

Seria interessante aprimorarmos os registros do SIAB para sabermos quantas mulheres estão iniciando o Pré-Natal, quais estão completando a gestação e quantas crianças nasceram no mesmo período, a fim de compararmos com os registros da FMS Niterói/COOBS.

Considerando que alguns partos ocorridos no Hospital São Paulo são pagos pelo SUS, verificamos que mais de 50% dos partos são atendidos pela rede pública de assistência, justificando investimento público na assistência à gestante.

O registro de um parto ocorrido na U.B.Piratininga e outro no SPA-3/Piratininga reforça a necessidade de contarmos com uma maternidade pública naquela região. Principalmente no verão, o trânsito é intenso em direção às praias oceânicas, dificultado o acesso às maternidades do município.

Não podemos afirmar nada sobre os partos ocorridos fora do município e quantos ocorridos na cidade referem-se a gestantes não residentes em Niterói, mas cabe nova pesquisa.

Constatamos o bom uso da declaração de nascido vivo e a qualidade em que tem sido feita. Visto a riqueza de informações que ela nos traz, precisamos insistir no aprimoramento de seu preenchimento pelas unidades de saúde.

Trabalhamos em um município com população estável desde 1991, o que facilita o planejamento de ações de promoção e educação em saúde. Contarmos com uma rede informatizada e integrada de serviço garantiria a retroalimentação das equipes de saúde, permitindo a otimização do trabalho.

Citando Starfield (2002, p. 598):

A atenção médica depende, em grande escala, da transferência de informações. Por este motivo, tanto os sistemas médicos como os profissionais devem manter e fornecer informações gerais e específicas, de forma que outros sistemas, assim como outros profissionais que prestam atendimento ou avaliam a qualidade da atenção, tenham acesso não apenas às informações, mas que possam encontrá-las em um formulário aplicável para a prática da atenção médica geral e seus aspectos associados.

Este primeiro estudo não consegue retratar a imagem fiel do nosso trabalho como médico de família, visto apresentar algumas falhas, mas espera-se contribuir para estimular outros colegas, assim como eu, a acreditar no SUS e permitir que ele seja uma realidade. Também registrar o interesse no aprimoramento do sistema de informação do PMF, garantindo a qualificação na gerência do nosso trabalho local.

REFERÊNCIAS

COSTA L.M.; KUCHLER, P.C. Niterói novas políticas para uma cidade do Século XXI. Disponível em : <http://www.igeo.uerj.br/VICBG-2004/Eixo1/e1_033.htm> Acesso em: 15 set. 2005.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI. Coordenação do Observatório de Saúde (COOBS). Rua São Pedro24/602. Contato em: 20 jul. 2005.

A HISTÓRIA da cidade de Niterói. Disponível em: < <http://www.urbanismo.niteroi.rj.gov.br/historia.html>.> Acesso em: 28 set. 2005.

NITEROI. Prefeitura Municipal. Subsecretaria de Ciências e Tecnologia (SECITEC). Dados populacionais. Disponível em: <www.secitec.niteroi.rj.gov.br>. Acesso em: 21 jul 2005.

PRAIA de Itaipu. Disponível em: < <http://www.praiaeitaipu.com.br/index.htm> > Acesso em: 28 set. 2005.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SILVEIRA, P. A. F. O Acolher Chapecó. In: FRANCO,T.B et al.(Org.) **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec/ Prefeitura Municipal de Chapecó - SC; 2004. p.70-8.

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

Submissão: junho de 2005 Aprovação: outubro de 2005
--

PROPOSTA DE PRONTUÁRIO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Patient medical chart proposal for Family Health teams

Marcelus Motta Negreiros¹

José Tavares-Neto²

RESUMO

Com o objetivo de propor modelo de prontuário para a Estratégia Saúde da Família (ESF), foi utilizada análise secundária de dados com revisão de prontuários de Programas de Residência Médica (PRM) de Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Brasil e de países da América Latina e do Canadá. O modelo preliminar foi discutido com gestores públicos, membros de equipes da ESF da cidade de Rio Branco (Acre) e da lista eletrônica da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Dos 31 PRMs de MFC, apenas 3 enviaram modelo de prontuário e 12 justificaram o não encaminhamento pela simplicidade dos seus formulários. Das oito instituições estrangeiras, sete encaminharam os seus modelos de prontuário. O modelo proposto de prontuário, anexo a este trabalho, foi dividido em três partes: caracterização da família; indicadores socioeconômicos e dados pessoais dos moradores de cada domicílio. Apesar dos poucos prontuários revistos, os resultados evidenciaram a carência dessas informações no Brasil e, conseqüentemente, necessidade do fomento visando criação e à avaliação contínua de modelos de prontuários de família.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Medicina da Família; Registros Médicos; Brasil.

ABSTRACT

In order to propose a model for a medical chart for the Family Health Strategy (ESF), secondary data analysis was used, revising charts used in Medical Residency Programs of Family and Community Medicine (MRPFCM) from Brazil, other Latin American countries and Canada. The preliminary model was discussed with Public Health Authorities, Family Health Program members from Rio Branco, Acre, and members of the Brazilian Family and Community Medicine Society email list. Of the 31 Family and Community Medicine Medical Residency Programs, only 3 sent chart models, and 12 justified not sending their charts due to their simplicity. Of the eight foreign institutions, seven (87,5%) sent their chart models. The attached proposed chart model was divided into three parts: family characteristics, social and economic questions and personal family database. In spite of the fact that few charts were reviewed, the results demonstrated the lack of this kind of information in Brazil, and the consequent need to keep reviewing and developing the family chart models.

Key words: Family Health Program; Family Practice; Medical Records.

(1) Médico, Mestrando do Curso de Mestrado “fora de sede” do Curso de Pós-graduação em Medicina e Saúde da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Rio Branco - Acre; (2) Professor adjunto-doutor e Livre-Docente da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, Salvador, Bahia.

Fontes de financiamento: Governo do Estado do Acre, CNPq, FAPESB.

Endereço para correspondência: Dr. Marcelus Motta Negreiros. Estrada da Usina, 888, Apto. 201, 69910730, Rio Branco, AC. Tel. (68) 3224-3603.

E-mail: marcelus03@yahoo.com.br

Introdução

No Brasil, nas duas últimas décadas do século XX, a saúde passou a ser considerada como direito do cidadão e dever do Estado (GERSCHMAN, 1995) e a sua política teve profundas alterações, indo do simples modelo assistencialista e hospitalocêntrico ao direito à saúde (BRASIL, 1998; PAIM, 1998). Nesse novo contexto, o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 (BRASIL, 1997), é uma das estratégias de reorganização do modelo assistencial à saúde a partir da atenção básica. Anteriormente, no início dos anos 80, o Ministério da Educação (MEC) iniciou a qualificação de médicos-residentes em Medicina Geral Comunitária, mas, àquela época, faltava mercado de trabalho para esse profissional e políticas governamentais de sustentação ao desenvolvimento desse modelo (BRASIL, 1981; TAVARES-NETO, 1983). Com o PSF, é também valorizada a reorganização das práticas de atenção à saúde, em substituição ao modelo tradicional, tornando o sistema de saúde mais próximo das famílias, não só facilitando o acesso como valorizando as melhorias da qualidade de vida da população adstrita ao PSF. Também, com esse novo modelo, todos aqueles que fazem parte da comunidade adstrita ao Módulo (ou Unidade) de Saúde da Família (USF) recebem orientações sobre cuidados de saúde e são mobilizados, com o estímulo da participação popular, sobre maneiras de manter sua saúde, da sua família e comunidade, além de estimular saudáveis estilos e hábitos de vida (BRASIL, 1997).

Com esse novo paradigma de atenção à saúde, o prontuário da família é instrumento fundamental do novo sistema, como meio e indicador da melhor qualificação da atenção praticada pela equipe, bem como ferramenta à educação permanente dos seus membros, sem deixar de ser elemento fundamental em casos de auditoria e em questões ou conflitos legais e/ou éticos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988). Portanto, o prontuário da

família é elemento decisivo à melhor atenção à saúde dos seus membros e precisa reunir as informações necessárias à continuidade do acompanhamento prestado à família ou mesmo a um dos seus membros (MASSAD et al., 2003).

Não obstante, no Brasil ainda são limitados os modelos de prontuário da família, emergindo, então, o interesse em avaliar esse essencial instrumento dos programas de atenção à saúde das pessoas e famílias adstritas ao PSF.

Metodologia

Foi utilizada a análise secundária de dados, usando prontuários de família de USFs vinculadas aos Programas de Residência Médica (PRM) de Medicina de Família e Comunidade (MFC), credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do MEC (BRASIL, 2004), além dos modelos encaminhados pelos Ministérios de Saúde de Cuba e Peru e das Sociedades de Medicina Familiar da Argentina, Venezuela, Chile, México e Canadá.

Esses prontuários foram solicitados por meio de carta endereçada aos Supervisores de PRMs de MFC, Ministros da Saúde daqueles países e Presidentes das Sociedades de Medicina Familiar. Não havendo resposta, após 20 dias, nova correspondência foi encaminhada e, persistindo a falta de retorno, o contato seguinte foi telefônico para o supervisor do PRM e/ou representante da instituição. Foram excluídos do estudo todos aqueles que não responderam e/ou não enviaram o seu modelo de prontuário de família dentro do prazo de dois meses após a data do contato telefônico.

Após esse prazo final, um a um dos prontuários recebidos foi revisto quanto ao seu conteúdo e praticidade. Nessa fase de registro dos dados, foram observados os seguintes aspectos ou itens, entre outros: forma de registro dos membros da família e dos dados demográficos e de identificação, inclusive do local do domicílio; registros dos hábitos de vida; antecedentes médicos; dados associados à prevenção de doenças; registros médicos e de enfermagem, observando peculiaridades de algumas faixas etárias e da gestante; campos específicos para registro de acompanhamento, etc.

Na etapa seguinte, o modelo preliminar de prontuário de família foi discutido em reuniões com Preceptores e médicos-residentes dos PRMs (MFC, Pediatria, Clínica Médica e Ginecologia-obstetrícia) da Fundação Hospital do Estado do Acre (FUNDHACRE), Gestores Estaduais e Municipais de Programas vinculados ao Sistema Único de Saúde da cidade de Rio Branco (AC), membros das Equipes de Saúde da Família (ESF) vinculadas ao PRM em MFC

do Acre e com os Diretores clínicos de hospitais públicos da cidade de Rio Branco (FUNDHACRE; Hospital de Saúde Mental; Maternidade Bárbara Heliodora; Hospital da Criança; e do Hospital de Urgências e Emergências de Rio Branco), como também com Equipes da Estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde da Prefeitura Municipal de Rio Branco.

Em paralelo àquelas reuniões, o projeto de pesquisa e as diversas versões do modelo de prontuário da família foram disponibilizados aos membros da lista eletrônica da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (www.sbmfc.org.br) e solicitada a contribuição ao aprimoramento da versão proposta.

Nessas discussões, com profissionais da cidade de Rio Branco ou com os membros da lista eletrônica da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, a questão aberta era sobre os conteúdos do modelo proposto de prontuário de família, a viabilidade do seu implemento nas USFs de Rio Branco (Estado do Acre), além de estimular outras contribuições e sugestões.

Resultados

A Secretaria-executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) informou, em 12 de março de 2004, por correio eletrônico, que 31 PRMs em MFC estavam credenciados, além de referir os endereços e os nomes dos Supervisores dos mesmos. Desses, só 3 (9,6%) enviaram o seu modelo de prontuário. Dentre os 28 restantes, apenas 18 supervisores de PRMs em MFC puderam ser contactados por telefone, mas 12 (66,6%) informaram não ter enviado o prontuário porque o considerava “muito simples” (ou explicações assemelhadas) e 6 (33,3%) relataram que o envio do material não foi autorizado pelo Presidente da Comissão de Residência Médica (COREME) da instituição. Os outros 10 supervisores de PRM não atenderam o(s) telefonema(s) ou não retornaram a ligação como haviam prometido.

Dentre as 8 instituições estrangeiras das Américas (Ministérios e Sociedades de Medicina Familiar), sete (87,5%) encaminharam os seus modelos de prontuário de família (Cuba, Peru, Argentina, Venezuela, Chile, México e Canadá).

Portanto, foram avaliados 10 prontuários, sendo 70% de países estrangeiros das Américas e o restante de PRMs em MFC do Brasil. No Quadro 1, estão registradas as principais sugestões sobre o conteúdo do prontuário necessário na Atenção Primária à Saúde, recebidas durante as discussões e reuniões promovidas.

No Anexo 1, consta o modelo proposto baseado naqueles 10 prontuários e também a partir das recebidas. Nesse modelo proposto de prontuário, o número de registro de cada pessoa tem sete dígitos: os dois primeiros correspondem ao número da micro-área adstrita ao PSF; os três subseqüentes ao número da família; e os dois últimos ao número de ordem de cada membro, citado no bloco ou módulo 2 do prontuário proposto (Anexo 1).

Os blocos 1 a 4 do prontuário (Anexo 1) fazem parte, conjuntamente, de um mesmo elemento do prontuário, a ser confeccionado em papel de maior gramatura e resistência, no formato de pasta, os quais correspondem, respectivamente, a capa, verso, anverso e última face. Preferencialmente, cada pasta será com cor específica, uma para cada micro-área adstrita ao PSF, e tendo no canto superior direito do bloco 1 (capa) o número da micro-área e o da família. Também, como proposição, as páginas individuais do prontuário de cada membro da família ou de qualquer outro morador da residência (inclusive de morador não-consangüíneo ou trabalhador doméstico), devem ser arquivadas na parte interna da pasta do prontuário (blocos 1-4 do anexo 1).

Discussão

Este é o primeiro trabalho propondo o consenso de modelo de prontuário dirigido às famílias de comunidades adstritas a Unidade de Saúde da Família, resultado de revisão de dez modelos de prontuários, consultas e discussões com os principais atores diretos da Atenção Primária à Saúde, Gestores de Saúde Pública e Membros de Programas de Residência Médica (PRM) da cidade de Rio Branco (Estado do Acre). O modelo proposto favorece o registro das informações necessárias à continuidade do acompanhamento à família e de seus membros enquanto pessoas.

Os modelos recebidos de prontuários de PRMs em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do Brasil tinham médicos-residentes em treinamento e a maioria das suas vagas anuais estavam preenchidas, evidenciando, desse modo, que esses Programas tinham boa estrutura de treinamento em serviço e de organização. Não obstante, conforme o objetivo deste estudo, não foi possível avaliar a maioria dos prontuários utilizados nos PRMs do Brasil, todos credenciados pela CNRM/MEC. Uma parte deles justificou a ausência de informações, por ser o prontuário utilizado “muito simples”, porém, apesar da subjetividade dessa informação, é possível especular que tenha associação direta com a baixa qualidade do prontuário utilizado. Caso isso seja verdadeiro, muito provavelmente, no Brasil esse tipo de carência estrutural tem ação direta sobre a qualidade dos serviços prestados, além, do uso de

instrumento de registro que não se presta ao programa de educação permanente e a pesquisa. Adicionalmente, a falta de prontuário de família é muito provável fator associado de deficiência na avaliação dos indicadores do programa e dos serviços prestados, além, fundamentalmente, de impedir a real avaliação da equipe e das suas ações.

Contrariamente ao observado com os PRMs do Brasil, chamou a atenção a presteza e a qualidade dos prontuários fornecidos pelas instituições estrangeiras. A aparente justificativa é porque naqueles países os programas de residência médica em Saúde da Família foram implantados há mais tempo, alguns no início da década 70 do século XX. Assim, aparentemente, as experiências mais antigas proporcionaram maior organização e entendimento das ações propostas e, conseqüentemente, os prontuários desses serviços do exterior reproduzem, de forma mais condizente, a filosofia da estratégia Saúde da Família (GARCIA, 1998).

Nas reuniões e discussões realizadas, apesar das relevantes e valiosas informações coletadas, pareceu que ainda não está evidente, para a grande maioria dos atores envolvidos na ação primária à saúde, as ações e atribuições do Médico da Família; nesse cenário, ainda muitos não o consideram como especialista da integralidade e colocam-no em posição de menor *status* quando comparado aos outros médicos. Igual conclusão também foi assinalada por Sigel (2001) e isso é coerente com as opiniões de grande parte dos médicos-residentes de outros PRMs da cidade de Rio Branco, participantes daquelas reuniões, os quais consideram o médico da família como aquele que “sabe pouco de tudo e nada resolve” e que o PSF é “um lugar de passagem para a posterior valorização profissional”. Nesse mesmo sentido, as observações de Ronzan e Ribeiro (2004) também denunciam a forte influência do modelo de ensino, ainda reinante na maioria das escolas médicas, e, principalmente, do mercado de trabalho, onde é extremamente difundido que a valorização profissional é dependente do aprendizado de técnicas e instrumentos tecnológicos avançados e isso associado à qualificação em “superespecialidades” ou do especialista do muito sobre muito pouca coisa.

Nesse contexto, passados quase 20 anos da promulgação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde ainda esbarra na falta de políticas, mais conseqüentes, de recursos humanos e suas inter-relações com o mercado de trabalho. Mesmo assim, a implantação e a valorização do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1997) tem sido agente de mudanças qualitativas nas instituições de ensino e no mercado de trabalho. No entanto, há necessidade de maior clareza e divulgação sobre os indicadores de qualidade, especialmente quando é corrente a maior ênfase dos parâmetros

meramente quantitativos. Ou seja, por exemplo, não basta saber qual o número de gestantes atendidas pela equipe de saúde da família, mas também quantas foram submetidas ao exame sorológico para sífilis e quantas soropositivas foram corretamente tratadas e devidamente acompanhadas, se os seus parceiros foram avaliados e, se indicado, tratados, se os outros filhos das gestantes soro-positivas têm prévio exame sorológico, etc.

Todavia, essas atividades se tornam muito mais difíceis se não houver na unidade de saúde da família instrumento de registro das informações de maior sensibilidade e que permita a melhor acurácia das mesmas. Portanto, o prontuário da família é insubstituível como instrumento da melhor oferta de serviços à comunidade.

Neste estudo, a característica básica do modelo proposto de prontuário é a disposição conjunta de todos os registros dos membros da família numa mesma pasta, com o objetivo de facilitar o manuseio pela Equipe Saúde da Família, mas, fundamentalmente, o de fornecer todas as informações registradas e, assim, facilitar e favorecer a assistência integral aos membros de toda a família. Como refere Massad et al. (2003), o modo integral de avaliação dos membros de núcleo familiar ou, mais propriamente dos moradores de um domicílio, comporta não só o aspecto de presença ou ausência de doenças, mas questões preventivas, dificuldades socioeconômicas, conflitos de vida, de convivência e de crenças, para, assim, traçar um elo de confiança entre as partes envolvidas.

Dessa forma, a elaboração de modelo de prontuário com as características de integralidade estrutural e visando o aprimoramento da relação usuário-equipe deve também atender a demanda de cada pessoa em seu contexto familiar, facilitando a abordagem da equipe (MASSAD et al., 2003). Para isso, o máximo de informações sobre o problema trazido ou detectado pela equipe deve ser considerado dentro de uma abordagem familiar, avaliando a presença do mesmo problema ou suas repercussões nos outros membros da família (SOUZA, 2001). Contudo, isso só é possível se houver, minimamente, apurado registro e fácil recuperação dos dados sobre a família.

Nesse instrumento de registro e avaliação, o prontuário da família, é também fundamental entender a comunidade não como espaço delimitado, mas sim onde moram pessoas, com características, hábitos e particularidades que precisam ser respeitadas e devidamente registradas. Em conseqüência, vem assumindo relevância a elaboração de critérios gerais e específicos de políticas de saúde para cada região do País, bem como a necessidade da aplicação correta das suas ações. Para isso, o Prontuário de Família é um dos

elementos para a maior eficácia e efetividade daqueles critérios (BOELER, 2002), especialmente aqueles associados a melhor qualidade da atenção primária à saúde.

Considerando o pequeno número de prontuários avaliados de PRMs brasileiros e, aparentemente, o grande número sem prontuários ou com formulários superficiais, parece ainda precoce propor a implementação de prontuário eletrônico nos serviços de atenção primária, até pelas limitações logísticas e operacionais, as quais vão desde a falta de recursos humanos que manuseiem esse recurso, falta de recursos financeiros para a instalação do sistema eletrônico e até falta de interesse dos gestores de saúde nas tecnologias disponíveis da ciência da informação (STARFIELD, 2004). Não obstante, a complexidade e a multiplicidade de ações desenvolvidas pela ESF em uma comunidade tornam, no médio prazo, obrigatório o planejamento e a execução de recursos para a disponibilidade do prontuário eletrônico. Esse, por sua vez, se conjugado ao utilizado nos outros níveis de atenção à saúde, tornaria o sistema de referência e contra-referência muito mais eficiente e com reais possibilidades de fornecer aos usuários e gestores informações mais acuradas e de mais fácil recuperação dos dados.

Conclusão

A idealização de prontuário de família personalizado é fundamental ao alcance mais satisfatório da relação da Equipe de Saúde da Família com a comunidade, além de colocar em maior evidência a unidade de saúde da família como porta de entrada do SUS. Desse modo, essa pode ser estratégia para a maior valorização e reconhecimento dos membros da equipe, especialmente no mercado de trabalho e entre os profissionais gestados dentro do modelo hospitalocêntrico e voltados aos interesses da tecnociência. Porém essa atual realidade irá prevalecer ou perdurar se não houver o fomento de tecnologias de suporte ao desenvolvimento do prontuário de família, especialmente nas unidades onde são treinados, sob a forma de curso de especialização em serviço (Programas de Residência), os médicos e enfermeiros.

Assim, a utilização, em nível experimental, do prontuário idealizado nesse estudo no Centro Estadual de Formação de Pessoal em Saúde da Família (Policlínica) “Tucumã”, na cidade de Rio Branco, Acre, bem como nos Módulos de ESF a ele adstritos, é de extrema importância, não só como implemento em si, mas também como forma de avaliação do instrumento confeccionado junto à comunidade usuária.

Referências

BOELER, C.H. et al. **Improving health systems: the contribution of family medicine.** Guidebook. Singapore: WONCA, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior – SESU. Comissão Nacional de Residência Médica. Legislação Sobre Residência Médica. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/sist_cnrm/apps/Cons_Res_Inst.asp>. Acesso em: 24 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior – SESU. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução nº 07/1981**, D.O.U. 17/06/1981, seção I, página 1146. Brasília, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Programa Comunidade Solidária. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1246/1988**, de 08/01/1988. D.O.U. 26/01/1988: Brasília, 1988.

COSTA, C. **Implementação de um prontuário eletrônico do paciente na Maternidade Escola Januário Cicco: um primeiro passo.** 1999. Dissertação. (Mestrado). Campinas-SP: UNICAMP, 1999.

GARCIA, G.D. Desarrollo histórico de la salud pública y Cuba. **Rev. Cubana Salud Pública**, v. 24, n. 2, p. 110-118, 1998.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 272p.

MASSAD, E. et al.. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico.** São Paulo: H. de F. Marin, 2003. 214p.

PAIM, J.S. Perspectivas do sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Assoc. Saúde Pública**, Piauí, vol. 1, n. 2, p.120-132, 1998.

RONSAN, T.M.; RIBEIRO. M.S. Práticas e crenças do Médico de Família. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.190-197, 2004.

SIGEL, R. An introduction of the Symposium on Social Identity. **Polit Psychol**, v. 22, n. 1, p.111-114, 2001.

SOUZA, S.P.S. **A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa Saúde da Família.** 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade em saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO, 2004.

TAVARES-NETO J. General medical residence in Brazil. In: WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE, 10., Singapore, 1983. **Proceedings** ... Singapore, 1983.

QUADRO 1. Principais sugestões recebidas sobre o prontuário de família de profissionais, médicos-residentes e gestores da cidade de Rio Branco, e membros da lista eletrônica da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

SUGESTÕES
01. O prontuário da família deve ser dividido em 3 partes: familiar, do adulto e da criança.
02. Destacar o nome da(o) Chefe ou Responsável da família, tornando-o referência da mesma.
03. O registro do número da família deve incorporar dígito(s) que faça(m) referência à localização física do domicílio na área adstrita ao PSF.
04. Na ficha deve constar ponto de Referência, porque a disposição espacial de alguns logradouros é de localização muitas vezes difícil.
05. Na capa do prontuário de família, é recomendável citar o nome do Agente Comunitário de Saúde da micro-área adstrita ao PSF.
06. citar o número de quartos do domicílio, porque o número de pessoas que dormem num mesmo quarto é bom indicador socioeconômico.
07. O tipo de esgoto utilizado no domicílio da família melhor orienta quanto as intervenções educacionais associadas aos cuidados de higiene pessoal.
08. Localizar a origem da(s) fonte(s) hídrica(s) utilizada(s), porque pode evidenciar a origem de doenças diarréicas e crônicas que acometem seus membros.
09. Informar quais e quantos animais convivem com a família.
10. A informação sobre grupo racial (apesar de algumas críticas) de cada membro pode fornecer subsídios sobre certos agravos à saúde.
11. Registrar com propriedade o grau de escolaridade, a qualificação profissional e a ocupação principal de cada membro da família, mas também fazendo referência às pessoas desempregadas ou com subemprego.
12. Registrar qual a percepção do usuário ou cliente sobre a sua saúde (muitos criticaram essa sugestão).
13. A identificação de medicamentos em uso ou aqueles com potencial de dano à saúde

(e.g. alergia) proporcionaria ajuste de condutas medicamentosas.
14. Identificar as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) em comunitários, especialmente naqueles com atividade sexual precoce e múltiplos parceiros, além de campo para registro dessas informações.
15. Qualificar e quantificar a ingesta de bebidas alcoólicas.
16. Identificar as famílias que convivem com violência doméstica.
17. Registro do histórico familiar das doenças mais prevalentes na comunidade, inclusive cardiopatias, hepatites, neoplasias e uso de drogas.
18. Nas mulheres, registrar a frequência da realização de Colpocitologia Oncótica (Exame de Papanicolau).
19. Registrar a lista de problemas crônicos, inclusive na área da Saúde Mental, limitações físicas, de órgãos sensoriais e cognitivas.
20. Ficha própria para o registro da evolução dos problemas, inclusive daqueles com potencial risco de comprometer a saúde.
21. Espaço adequado para o heredograma da família, assinalando para cada membro as doenças hereditárias e congênitas, além do registro se há consangüinidade na família.
22. Antecedentes neonatais, distúrbios de crescimento e de desenvolvimento de crianças, mesmo que aparentemente saudáveis.
23. O cartão de vacina também deverá ser registrado no prontuário, evitando a falta de informação no caso de perda ou esquecimento durante as consultas.
24. Campo específico para plano terapêutico e o planejamento adequado de novas intervenções ou investigações futuras.

Submissão: junho de 2005 Aprovação: outubro de 2005
--

ANEXO I. Modelo proposto de Prontuário.

1

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:	
NOME DA MICRO-ÁREA:	NÚMERO DA MICRO-ÁREA: _ _ _
	NÚMERO DA FAMÍLIA: _ _ _ _

NOME DO(A) CHEFE DA FAMÍLIA: _____

DADOS DE LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

ENDERECO. TIPO |_|_|_| - R (rua) / AV (avenida) / TV (travessa) / BC (beco) / PC (praça) / CR (cruzamento de ruas)

LOGRADOURO - _____

N.º |_|_|_|_|_| BAIRO - _____

CEP |_|_|_|_|_| - |_|_|_|_|

COMPLEMENTO - _____

PONTO DE REFERÊNCIA - _____

CÓDIGO DO ENDEREÇO - |_|_|_|_|_|

TELEFONES

RESIDENCIAL	COMERCIAL/TRABALHO	CELULAR

NOME DO(A) ACS: _____

MEMBROS DA FAMÍLIA E OUTROS MORADORES DO DOMICÍLIO

NOME COMPLETO	PARENTESCO EM RELAÇÃO AO(A) CHEFE ¹	SEXO	DATA DE NASCIMENTO (dd/mm/aaaa)	REGISTRO DE ALGUMA SITUAÇÃO ESPECIAL
01. CHEFE:				
02.				
03.				
04.				
05.				
06.				
07.				
08.				
09.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14. (se houver mais de 14 membros, descrever na página do módulo 4)				

(1) Assinale o respectivo código: 1. Chefe; 2. Esposa(o); 3. Filho(a); 4. Avó(ô); 5. Tio(a); 6. Primo(a); 7. Cunhado(a); 8. Amigo(a); 9. Empregado(a); 10. outro (assinale qual);

SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

TIPO DE CONSTRUÇÃO DA MORADIA: [1] Alvenaria [2] Madeira [3] Mista [4] Outros: _____

NÚMERO DE CÔMODOS - |____|

NÚMERO DE QUARTOS - |____|

NÚMERO DE CAMAS - |____|

RESIDÊNCIA TEM BANHEIRO?

[1] Sim [2] Não



QUANTOS? - |____|

LOCALIZAÇÃO - [1] Interno [2] Externo

O BANHEIRO POSSUI - [1] Vaso sanitário [2] Pia [3] Chuveiro [4] Outros - _____

QUAL É O SISTEMA DE ESGOTO USADO NO DOMICÍLIO?: [1] Fossa séptica e sumidouro [2] "A céu aberto" [3] Sistema da rede pública

O DOMICÍLIO POSSUI ÁGUA ENCANADA?

[1] Sim [2] Não



ABASTECIMENTO [1] Rede pública [2] Poço artesiano [3] Outro: _____

QUAL É A ORIGEM DA ÁGUA UTILIZADA PARA BEBER? [1] Torneira [2] Água mineral [3] Outros

A RUA ONDE SE LOCALIZA O DOMICÍLIO É ASFALTADA OU CALÇADA COM PARALELEPÍPEDO? [1] Sim [2] Não

A RUA ONDE SE LOCALIZA O DOMICÍLIO TEM ILUMINAÇÃO PÚBLICA? [1] Sim [2] Não

TEM ALGUM ANIMAL NO DOMICÍLIO?

[1] Sim [2] Não



QUANTOS - |____|

QUAIS? - [1] Gato [2] Cão [3] Pássaro [4] Galinha [5] Porco [6] Animal Silvestre [7] Outros: _____

SOMANDO TODOS OS GANHOS DAS PESSOAS QUE MORAM NO DOMICÍLIO, INCLUINDO SALÁRIOS, PENSÕES, APOSENTADORIAS, ALUGUÉIS, VENDAS AUTÔNOMAS E SERVIÇOS

AVULSOS, A RENDA FAMILIAR MENSAL, EM MÉDIA, É DE APROXIMADAMENTE QUANTOS REAIS?

R\$

		.				,	0	0
--	--	---	--	--	--	---	---	---

DATA DESSA ESTIMATIVA? ⇒

--	--	--	--	--	--	--	--

4

BENS DISPONÍVEIS NO DOMICÍLIO OU DE PROPRIEDADE DE ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA?

[1] Rádio [2] Televisão [3] Computador [4] Geladeira [5] “Freezer” [6] Microondas [7] Fogão a gás [8] DVD

[9] Automóvel [10] Moto [11] Outros: _____

PROPRIEDADE DO DOMICÍLIO? [1] Própria [2] Alugada [3] Cedida ou emprestada [4] Outra: _____**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES SOBRE OS MEMBROS DA FAMÍLIA OU OUTROS MORADORES DO DOMICÍLIO, SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO E/OU SOBRE A CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA****ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES ANTERIORES** (assinale data ou ano)

5

FICHA INDIVIDUAL DOS MAIORES DE 12 ANOS

NOME _____

NÚMERO DO REGISTRO INDIVIDUAL (número da micro-área + a família + número de ordem do módulo 2):

--	--	--	--	--	--	--

SEXO - [1] Masculino [2] Feminino

GRUPO RACIAL: [1] Branco [2] Pardo ou Mulato [3] Negro [4] Amarelo [5] índio ou Mestiço de Índio

IDADE - ____|____| anos

GRUPO SANGÜÍNEO - ____|____| RH - ____|

ESTADO CIVIL - [1] Solteiro [2] Casado [3] Viúvo [4] Separado ou Divorciado [5] Outros ____

LOCAL DE NASCIMENTO - _____ UF - ____|____|

ESCOLARIDADE - [1] Analfabeto(a) [2] Lê e escreve [3] Primário incompleto [4] Primário completo [5] Ginásio incompleto [6] Ginásio completo [7] 1.º grau incompleto [8] 1.º grau completo [9] 2.º grau incompleto [8] 2.º grau completo [9] Superior incompleto [10] Superior completo

OCUPAÇÃO OU OFÍCIO QUE EXERCE ATUALMENTE - _____

OCUPAÇÃO OU OFÍCIO ANTERIOR - _____

RELIGIÃO - [1] Católica [2] Evangélica [3] Protestante [4] Espírita [5] Afro [6] Seitas místicas [7] Testemunha de Jeová [8] Ateu [9] Não pratica nenhuma

ANAMNESE

QUEIXA (OU PROBLEMA) PRINCIPAL -

ANTECEDENTES DE INTERESSE

É ALÉRGICO A ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?

[1] Sim [2] Não [3] Não sabe informar

↳ QUAL? - _____

TEM ALGUM OUTRO TIPO DE ALERGIA?

[1] Sim [2] Não [3] Não sabe informar

↳ QUAL? - _____

USA ALGUM TIPO DE MEDICAMENTO?

[1] Sim [2] Não

↳ QUAL? - _____

DOSAGEM?- _____

QUANTAS VEZES AO DIA?- _____

FOI INTERNADO EM ALGUMA UNIDADE HOSPITALAR?

[1] Sim [2] Não

↳ QUAL MOTIVO?- _____

QUANDO?- _____

JÁ SOFREU ALGUMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA?

[1] Sim [2] Não

↳ QUAL?- _____

QUANDO?- _____

SOFREU ALGUM ACIDENTE?

[1] Sim [2] Não

↳ QUAL TIPO?- _____

QUANDO?- _____

JÁ RECEBEU TRANSFUSÃO DE SANGUE OU DE HEMODERIVADO?

[1] Sim [2] Não

↳ QUANDO?- _____

TEVE (ou tem) ALGUMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (IST)?

[1] Sim [2] Não

↳ QUAL?- [1] Gonorréia [2] Sífilis [3] Herpes [4] Trichomonas [5] HIV / SIDA

[6] Chlamidia [7] HPV [8] Outra: _____

JÁ SOFREU DE QUAIS OUTRAS DOENÇAS? _____

É VACINADO CONTRA O TÉTANO?

[1] Sim [2] Não [3] Não sabe informar

└─┬─▶ QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ? - _____

HÁBITOS

FUMA?

[1] Sim [2] Não

└─┬─▶ JÁ FUMOU? [1] Sim [2] Não
 └─┬─▶ HÁ QUANTO TEMPO PAROU DE FUMAR? _____

QUANTOS CIGARROS POR DIA? - _____

COSTUMA FAZER USO DE BEBIDAS ACOÓLICAS?

[1] Sim [2] Não

└─┬─▶ O QUE BEBE? - [1] Cerveja [2] Cachaça [3] Vinho [4] Vodka [5] Uísque
 [6] Martini [7] Outros - _____

QUANTO VOCÊ COSTUMA BEBER (volume diário): _____

QUANTAS VEZES POR SEMANA? - _____

DURANTE QUANTO TEMPO? - _____

PRÁTICA ALGUM TIPO DE EXERCÍCIO OU ESPORTE?

[1] Sim [2] Não

└─┬─▶ QUAL? - [1] Caminhar [2] Correr [3] Bicicleta [4] Nadar [5] Musculação
 [6] Ginástica [7] Outros - _____

QUANTAS HORAS POR DIA? _____

QUANTOS DIAS POR SEMANA? - _____

JÁ USOU ALGUM TIPO DE DROGA

[1] Sim [2] Não

└─┬─▶ QUAL TIPO? - [1] Maconha [2] Cocaína [3] LSD [4] Craque
 [5] Heroína [6] Ecstasy [7] Pasta base
 [8] Haxixe [9] Anabolizantes [10] Barbitúricos
 [11] Anfetaminas [12] Lança perfume [13] Cola
 [12] Outra: _____

AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

QUAL IDADE EM QUE TEVE A PRIMEIRA MENSTRUACÃO? |____|____| ANOS

JÁ FICOU GRÁVIDA?

[1] Sim [2] Não

↳ QUANTAS VEZES - |____|____|

JÁ TEVE ABORTO? - [1] Sim [2] Não

↳ QUANTAS VEZES - |____|____|

USA ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

[1] Sim [2] Não

↳ QUAL? - [1] Orais [2] DIU [3] Diafragma [4] Tabela
[5] Camisinha [6] Outros - _____

FEZ O EXAME DE PAPANICOLAU?

[1] Sim [2] Não

↳ DATA (OU ANO) DO ÚLTIMO - _____

RESULTADO - [1] Normal [2] Anormal

↳ DESCREVA - _____

JÁ FOI SUBMETIDA A MAMOGRAFIA?

[1] Sim [2] Não

↳ DATA DO ÚLTIMO EXAME - _____

RESULTADO - [1] Normal [2] Anormal

↳ DESCREVA - _____

TEVE RUBÉOLA?

[1] Sim [2] Não

TEVE TOXOPLASMOSE?

[1] Sim [2] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES DIGNAS DE NOTA:

EXAME FÍSICO

<u>PA</u> (mmHg)	<u>FC</u> (/min.)	<u>FR</u> (/min.)	<u>PESO</u> : Gramas: Kg:
<u>ALTURA</u> (cm):	<u>IMC</u> :	<u>TEMPERATURA</u> (°C):	<u>ESTADO GERAL E NUTRICIONAL</u>

(anote no verso, informações adicionais assinalando o número do item abaixo)

1.	ASPECTO GERAL	
2.	PELE E FÂNEROS	
3.	MUCOSAS	
4.	LINFONODOS	
5.	OLHOS	
6.	OUVIDOS	
7.	BÔCA, NARIZ E FARINGE	
8.	PESCOÇO	
9.	PULMÕES	
10.	CORAÇÃO	
11.	ABDOME	
12.	GENITAIS EXTERNOS	
13.	MAMAS	
14.	EXTREMIDADES	
15.	SISTEMA NERVOSO	

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS (REGISTRE CADA UM EM SEPARADO)

PLANO TERAPÊUTICO

↓ (O item seguinte deve ser reproduzido em folha independente)

EVOLUÇÃO DOS PROBLEMAS E ANOTAÇÕES SUBSEQÜENTES*

(registrar SEMPRE a data de cada consulta médica, de Enfermagem, ou anotação do ACS)

NOME - _____

NÚMERO DO REGISTRO -

--	--	--	--	--	--	--	--

(*) Ficha também comum à clientela da faixa pediátrica, a qual deverá ficar apenas a ficha de cada pessoa.

FICHA DA CRIANÇA (ATÉ 12 ANOS)

DATA DA 1.ª CONSULTA - |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

NOME - _____

Número de Registro:

--	--	--	--	--	--	--	--

SEXO - [1] Masculino [2] Feminino

IDADE - |__|_|_| Em ⇒ [Dias] [Meses] **OU** [Anos]

DATA DE NASCIMENTO - |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

LOCAL DE NASCIMENTO - _____ UF - |__|_|_|

GRUPO SANGÜÍNEO - |__|_|_| RH - |__|_|

ANTECEDENTES NEONATAIS E MÉDICOS

<u>PARTO</u>	<u>IDADE GESTACIONAL</u>
<u>APGAR</u> 1 min: 5 min:	<u>ICTERÍCIA</u>
<u>DIAS DE INTERNAÇÃO</u>	<u>QUEDA DO CORDÃO</u>
<u>TSH (Hormônio Tireotrófico)</u>	<u>FENILCETONÚRIA</u>
<u>PESO DO LACTENTE AO NASCER</u>	<i>ALTURA DO LACTENTE AO NASCER</i>
<u>PERÍMETRO CEFÁLICO</u>	<u>PESO DE ALTA</u>
ANTECEDENTES MÉDICOS:	
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	

A CRIANÇA TEM REGISTRO CIVIL?

A CRIANÇA JÁ SOFREU ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA?

FOI AMAMENTADA COM LEITE MATERNO ATÉ QUAL IDADE?

ATÉ QUAL IDADE FOI EXCLUSIVAMENTE AMAMENTADA COM LEITE MATERNO?

QUAL A ALIMENTAÇÃO HABITUAL DA CRIANÇA?

VACINAÇÃO

IDADE	0m	1m	2m	4m	6m	9m	12m	15m	16m-5a	6-12a
BCG										
DTPHib										
Sabin										
DTP										
SRC										
DT										
Hepatite B										
Febre Amarela										
SR										
Gripe										
Pneumonia										

ANAMNESE

QUEIXA (OU PROBLEMA) PRINCIPAL -

RELATO DO PROBLEMA OU A HISTÓRIA MÉDICA ATUAL

INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO

EXAME FÍSICO

<u>PA</u> (mmHg)	<u>FC</u> (/min.)	<u>FR</u> (/min.)	<u>PESO</u> : Gramas: Kg:
<u>ALTURA</u> (cm):	<u>IMC</u> :	<u>PESO PERCENTUAL</u>	<u>ALTURA PERCENTUAL</u>
<u>TEMPERATURA</u> (°C):	<u>PERÍMETRO CEFÁLICO</u> (cm):	<u>SEGMENTO INFERIOR</u> (cm)	<u>TEMPERATURA</u> (°C):

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PSICO-MOTOR?

ESTADO NUTRICIONAL?

FONTANELA ANTERIOR	
OLHOS	
ACUIDADE VISUAL	
VIAS AÉREAS SUPERIORES	
APARELHO PULMONAR	
APARELHO CARDÍACO	
ABDOMEN	
MEMBROS INFERIORES	
PELE E ANEXOS	
ACUIDADE AUDITIVA	

COORDENAÇÃO MOTORA	
GENITAIS EXTERNOS	
ÂNUS	
MALFORMAÇÕES	
SISTEMA NERVOSO	

DADOS COMPLEMENTARES:

**RISCOS OCUPACIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
SUSCEPTIBILIDADE ÀS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS DOS PROFISSIONAIS
QUE ATUAM EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FORTALEZA, CEARÁ -
2003***

Occupational risks in primary health care: vulnerability to immune-preventable diseases of professionals who work at a primary health care center in Fortaleza, Ceara - 2003*

Cid Carlos Soares de Alcântara¹; Feliciano Gomes do Carmo da Fonseca²; Adriana B. Brasil de Albuquerque³; Alberto Novaes Ramos Jr.⁴

Resumo:

O objetivo deste estudo é avaliar o perfil vacinal dos profissionais que atuam em uma Unidade de Saúde da Família de Fortaleza, visando caracterizar possíveis vulnerabilidades. Representa um estudo descritivo realizado entre novembro/2003 a janeiro/2004, com aplicação de questionário estruturado a todos os profissionais, contendo dados demográficos e profissionais, história patológica e vacinal. Após obtenção do consentimento, foram avaliados 56 profissionais, 23,2% de nível superior e 76,7% de nível médio: 37 (66,1%) possuíam vacina para hepatite B, somente 3 (8,1%) com comprovação sorológica; 56 (100%) possuíam vacinação antitetânica; 53 (94%) possuíam vacinação para BCG com 37 (69,8%) apresentando cicatriz vacinal; 38 (67,9%) estavam vacinados para influenza. Os resultados desse estudo salientam a vulnerabilidade dos profissionais de saúde da atenção primária, incluindo também profissionais administrativos e de limpeza. Apesar da importância, esse assunto tem sido sistematicamente negligenciado gerando a

1 Unidade Básica de Saúde da Família César Cals – Secretaria Municipal de Fortaleza, Ceará – Médico, Especialista em Saúde da Família – Residente em Saúde da Família e da Comunidade do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

2 Unidade Básica de Saúde da Família César Cals – Secretaria Municipal de Fortaleza, Ceará - Enfermeira – Especialista em Saúde da Família – Residente em Saúde da Família e da Comunidade do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

3 Departamento de Saúde Comunitária – Universidade Federal do Ceará – Enfermeira, Especialista em Saúde da Família – Preceptora do Programa de Residência em Saúde da Família e da Comunidade do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

4 Departamento de Saúde Comunitária – Universidade Federal do Ceará – Médico, Especialista em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Mestre em Saúde Coletiva (Epidemiologia), Professor Universitário – Preceptor do Programa de Residência em Saúde da Família e da Comunidade do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

Rua Carlota Pinheiro 90 apto 902 Fortaleza-Ceará CEP 60811-400 Tel cel: (85) 99945869 E-mail: cidcsa@ig.com.br

*Trabalho premiado durante o 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 6º Congresso de Medicina Familiar, Região Conesul, CIMF/WONCA, realizado no Rio de Janeiro no período de 03 a 06 de abril de 2004.

necessidade de reconhecimento dessa situação e desenvolvimento de estratégias eficazes para controle.

Palavras-chave: Cuidados Primários de Saúde; Riscos Ocupacionais; Vacinação; Prevenção Primária; Doenças Ocupacionais; Programa de Saúde da Família.

Abstract:

The objective of this study is to evaluate the vaccination status of professionals of a Family Health Care Center of Fortaleza, in order to identify possible vulnerable areas. This is a descriptive study carried out between November/2003 and January/2004, with application of a structured questionnaire to all the professionals, evaluating demographic and occupational variables, as well as pathological and vaccination history. After obtaining informed consent, 56 professionals were included in the study, 23.2% with university educations and 76.7% with only high-school educations: 37 (66.1%) were vaccinated against hepatitis B, only 3 (8.1%) with serological confirmation; 56 (100%) were vaccinated against tetanus; 53 (94%) were vaccinated against tuberculosis, with 37 (69.8%) presenting a vaccine scar; 38 (67.9%) were vaccinated against influenza. The results of this study point out the vulnerability of the health care professionals, including administrative and auxiliary staff, in a primary health care setting. In spite of its importance, this issue has been systematically neglected, which demonstrates the need for recognition of this situation and development of effective control strategies.

Key-Words: Primary Health Care; Occupational Risk; Occupational Disases; Vaccination; Primary Prevention; Family Health Program.

INTRODUÇÃO

Apesar de, no século XVII, Antony van Leeuwenhoek ter sido o primeiro a descrever “pequenos animais” à observação microscópica na água da chuva, no solo e nas excreções de pessoas sadias (ROSEN, 1994), os agentes infecciosos e parasitários passaram a ser reconhecidos como entidades nosológicas apenas a partir da segunda metade do século XIX, dentro do processo de Revolução Industrial em alguns países europeus, iniciando um novo paradigma da epidemiologia, respaldado pela teoria dos germes (SUSSER; SUSSER, 1998).

Mesmo com o desenvolvimento da teoria microbiológica e de sua hegemonia até meados do século XX, dentro dos modelos de interpretação epidemiológica (ROSEN, 1994; SUSSER; SUSSER, 1998), as questões relacionadas aos riscos biológicos na prática profissional surgem ainda de forma tímida principalmente a partir da década de 40 do século XX, com as primeiras constatações da ocorrência de agravos à saúde nos profissionais envolvidos com atividades em laboratórios, de pesquisa ou não, onde havia a manipulação de materiais clínicos contendo diferentes microorganismos (SULLIVAN et al, 1978; BRASIL, 2004a).

Entretanto, esta preocupação não se deu no mesmo momento nem com a mesma intensidade em relação aos profissionais que atuavam na área da saúde, de forma direta ou

indireta. No decorrer desse processo histórico, esses profissionais não eram importantes como categoria susceptível a acidentes de trabalho, visto que o olhar centrava-se mais nas péssimas condições a que eram submetidos os operários das fábricas, os quais sofriam com pesadas cargas horárias e locais sem a mínima infra-estrutura para desempenhar suas atividades profissionais (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1974).

A construção do conceito de biossegurança tem início de forma efetiva na década de 70, durante a reunião de Asilomar na Califórnia, onde a comunidade científica internacional levantou uma importante discussão sobre os possíveis impactos da engenharia genética na sociedade. Esta reunião representou um marco na história da ética aplicada à pesquisa, tendo em vista que pela primeira vez discutiram-se os aspectos de proteção aos pesquisadores e demais profissionais envolvidos nas áreas onde se realiza o projeto de pesquisa (GOLDIM, 1997).

A partir daí o termo biossegurança vem, ao longo dos anos, sofrendo importantes alterações dentro do cenário técnico-científico nacional e internacional envolvendo a discussão não apenas de questões referentes à biossegurança, estreitamente ligadas aos fatores de risco biológicos, mas também a outros riscos relevantes para os profissionais de saúde, os pacientes e o próprio ambiente (TEIXEIRA, VALLE, 1996).

O advento da epidemia da aids e o melhor esclarecimento das questões relativas aos modos de transmissão de algumas doenças, como as hepatites virais B e C, no final do século XX, induziram uma maior preocupação com a prática dos profissionais de saúde que estão em contato freqüente com sangue e outros fluidos orgânicos (FERNANDES et al., 1999; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2004a). A existência de risco biológico em relação a uma grande variedade de agentes infecciosos e parasitários estende-se posteriormente para uma série de situações que vão além da prática na área da saúde, incorporando outros profissionais (como os de limpeza) que durante sua prática podem se expor ocasionalmente a materiais biológicos potencialmente contaminados. Além disso, situações como violência sexual passam a ser reconhecidas como situação de risco biológico (BRASIL, 2002c).

Além de ações de promoção à saúde do ponto de vista da sensibilização e da habilitação técnica para a prática profissional na área da saúde, intervenções do ponto de vista da proteção específica em relação aos acidentes com materiais biológicos foram difundidas.

Conceitos como precauções universais e, posteriormente, precauções básicas (atualmente precauções-padrão) foram instituídas com base no princípio de que todo paciente deve ser

considerado como potencialmente infectado com agentes infecciosos e parasitários de risco potencial, independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. Trata-se de medidas que devem ser utilizadas na manipulação de sangue, secreções e excreções, assim como no contato com mucosas e pele com áreas de integridade comprometida (CDC, 2001; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). Incluem recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (luvas, gorros, óculos, capotes, dentre outros) com a finalidade de reduzir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue ou a outros fluídos corpóreos, e os cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais pérfuro-cortantes.

Além das medidas anteriormente citadas, do ponto de vista ainda da proteção específica dos profissionais de saúde, programas de imunização para doenças de potencial transmissão na prática profissional vêm sendo desenvolvidos (BRASIL, 1994; BRASIL, 1997; CDC, 1997; CDC, 2001; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c; BRASIL, 2003a).

Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluídos potencialmente contaminados passam a ser tratados como emergência médica, uma vez que para atingir maior eficácia, as intervenções para a profilaxia da infecção do HIV e da hepatite B necessitam ser iniciadas logo após a ocorrência do acidente. A conduta deve estar orientada na análise da condição do acidente, do profissional que se acidentou e da pessoa fonte. Deve-se considerar, ainda, de forma decisiva, o contexto epidemiológico mais amplo em que se deu o acidente no sentido de se avaliarem mais precisamente os potenciais riscos (BRASIL, 2002b).

Uma série de condições infecciosas e parasitárias, persistentes ou emergentes, algumas delas de notificação compulsória no Brasil (2003b), coloca o profissional de saúde em risco, sendo a frequência diretamente relacionada ao perfil epidemiológico da condição na área de atuação: infecção pelo HIV; hepatites virais; doença de chagas; rubéola; varicela; tuberculose; Doença de Creutzfeldt-Jakob (príon); febres hemorrágicas virais (exemplo, infecção pelo vírus ebola); gripe etc.

O manejo adequado dos acidentes com material biológico vem tendo, em todo o mundo, um importante papel na redução na taxa de infecção e na maior conscientização dos profissionais da área da saúde (LITJEN et al., 2001; BRASIL, 2004a). No entanto, é importante ressaltar que as medidas pós-exposição não são totalmente eficazes por terem risco residual, sendo necessário manter ações educativas permanentes.

É relevante comentar que a grande maioria dos dados disponíveis em relação a pesquisas e à vigilância de acidentes com materiais biológicos é referente a profissionais atuantes em ambientes hospitalares, de níveis secundário e terciário em termos de complexidade (CDC, 1997; CDC, 2001; LITJEN, 2001). Entretanto, em unidades de atenção primária à saúde não se dispõem de dados mostrando diferenças, existindo uma grande lacuna de informações relacionadas. Dessa forma, é de extrema importância observar e analisar as atividades desenvolvidas nas diversas categorias nas unidades básicas de saúde integradas ao programa de saúde da família (PSF), considerando-se, de uma forma geral, o risco diferencial baseado no tipo e na frequência de procedimentos invasivos bem como na qualificação técnica desse profissional em relação à atividade para a qual tem responsabilidade. Acrescenta-se a estes fatores questões trabalhistas de responsabilidade profissional e de modalidades de vínculo empregatício no PSF que geram atividades em outras unidades de saúde de maior complexidade, com cargas de trabalho ampliadas e exposição de um modo mais amplo aos agentes infecciosos e parasitários.

Apesar do reconhecimento do risco dos profissionais que atuam em unidades de saúde em relação à exposição a agentes biológicos, poucos estudos avaliam o risco e a necessidade de seu manejo em unidades de atenção primária. O presente estudo tem como objetivo avaliar o perfil vacinal dos profissionais que atuam em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) do Município de Fortaleza, onde se desenvolve a residência multiprofissional em saúde da família e da comunidade da Universidade Federal do Ceará, relacionando esse perfil vacinal às características demográficas e profissionais.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo e exploratório, realizado no período de novembro de 2003 a janeiro de 2004, em uma unidade de atenção primária à saúde do Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Ressalta-se que em Fortaleza o Programa de Saúde da Família teve início em 1998 com 32 equipes, enfrentando o desafio da estruturação dessa estratégia em uma grande região metropolitana do país.

Avaliou-se a susceptibilidade a doenças imunopreveníveis dos profissionais que atuam em uma UBASF desse Município por meio da aplicação de um questionário estruturado e

padronizado a todos os profissionais, após a obtenção do consentimento livre e esclarecido. Foram incluídos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos e fisioterapeutas; auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e profissionais da administração (agentes administrativos e atendentes).

O instrumento continha informações demográficas e profissionais, história patológica (antes e depois do início da vida profissional) e história vacinal. O banco de dados foi estruturado e analisado no software *Epi Info* em sua versão 6.04d, utilizando-se os opcionais *Eped* e *Analysis*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 60 profissionais da UBASF, foram entrevistados 56 profissionais com o devido consentimento dos mesmos para a participação no trabalho. Quatro profissionais não avaliados estavam, no momento da coleta dos dados da pesquisa, em licença ou de férias.

Do total analisado, 46 (82,1%) eram do sexo feminino e 10 (17,9%) do sexo masculino, refletindo uma tendência nacional e internacional do setor saúde. Considerando-se todos os profissionais, a média de idade foi de 42 anos e a mediana de 40 anos, com idade mínima de 22 anos e máxima de 65 anos. Ao se considerarem os profissionais do sexo feminino, a média de idade era de 42 anos e a mediana de 40 anos, variando de 22 a 64 anos, enquanto na população masculina, a média de idade foi de 43 anos e a mediana de 47 anos, com idades variando de 24 anos a 55 anos. Ressalta-se, nesse caso, a grande proporção de mulheres em idade potencialmente fértil. Ao se analisar mais especificamente a população feminina, 38 (82,6%) tiveram filhos e 8 (17,4%) não. Nenhuma se encontrava grávida no momento da coleta de dados.

Quanto à naturalidade, todos os profissionais estudados eram procedentes de estados do nordeste (dois do Piauí, um da Paraíba, um de Pernambuco e 52 do Ceará).

Em termos da formação, 15 (26,8%) profissionais eram de nível superior, sendo 13 da área da saúde, como demonstrado na Tabela 1. Dentro das equipes de atenção primária à saúde, dentro da perspectiva do PSF, profissionais como auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde representaram, nesse estudo, 57,2% (32) dos profissionais, o que reforça a necessidade de ampliação do envolvimento em termos de práticas em saúde e riscos biológicos. Além disso, não se deve ignorar a participação de outras categorias profissionais como agentes administrativos e atendentes, onde se incluem, por exemplo, os profissionais de limpeza.

ENTRA TABELA 1

O tempo de formatura dos profissionais de nível superior variou de quatro a 27 anos, com média de 14,6 anos, o que demonstrava relativa experiência profissional. De todos os profissionais da unidade, 12 (21,4%) possuíam outras atividades em outros serviços de saúde: um agente de saúde, um auxiliar de enfermagem, cinco enfermeiros, três médicos, um fisioterapeuta e um odontólogo. De uma forma geral, esse outro vínculo se dava em: um em consultório particular, nove em hospital geral, dois em gerência de serviços de saúde e um em secretariado.

Em relação à presença de patologias crônicas entre os funcionários, 14 (25,0%) possuíam e 42 não (75,0%), refletindo de certa forma o perfil etário desses profissionais. Tais condições foram, em sua maioria (60,0%), hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito. Entre outras patologias, seguem-se: doenças tireoidianas (dois), artrite reumatóide (um), artrose (um), gastrite crônica (um) e enxaqueca (um).

Foi avaliada ainda a ocorrência de doenças infecciosas, imunopreveníveis ou não, antes e depois do início da vida profissional, bem como a realização de sorologia para a definição do diagnóstico (Tabela 2). Sem considerar a história vacinal, ressalta-se a considerável susceptibilidade para a grande maioria das doenças imunopreveníveis. Além disso, a ocorrência de rubéola e varicela documentadas após o início da vida profissional reforça essa susceptibilidade e os riscos aos quais esses profissionais estão expostos, levando-se em conta, respectivamente, o risco para as mulheres em idade fértil e a gravidade da varicela em adultos.

ENTRA TABELA 2

Em termos da vacinação desses profissionais, 20 (35,7%) referiram ter realizado esquema básico na infância; 14 (25,0%) não realizaram e 22 (39,3%) ignoravam essa informação. Quanto à presença de algum cartão de vacinação (cartão de infância e/ou comprovantes), 33 (58,9%) possuíam enquanto 23 (41,1%) não. Esse último fato mostra a pouca valorização do documento de vacinação na vida destes profissionais, o que talvez possa ser refletido aos seus pacientes.

Na tabela 3 apresenta-se a distribuição dos profissionais segundo realização de esquemas vacinais completos específicos durante a vida do profissional. Salientam-se, como resultados positivos, a cobertura vacinal de 100% com a antitetânica e de 94,6% com a BCG. Em relação à

cicatriz vacinal à BCG, dos imunizados, 37 (69,8%) possuíam cicatriz vacinal. Em média, a cicatriz apresentava 5 mm (1 a 13 mm). Como resultados intermediários, chama-se a atenção para a cobertura de 67,9% com a vacinação para influenza, uma vacinação introduzida mais recentemente, em termos comparativos.

ENTRAR TABELA 3

Ressalta-se que a redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por imunização dentro da prática dos profissionais da área da saúde só será possível se os índices de cobertura forem mantidos altos e homogêneos (CDC, 1997; BRASIL, 2001b; CDC, 2001; BRASIL, 2004a). Isto se dá não apenas quando se avaliam as coberturas vacinais em populações de risco acrescido, como a de profissionais de saúde, como também a da população em geral. Para que se conseguissem as importantes vitórias no controle de doenças imunopreveníveis, foi fundamental o alcance das coberturas vacinais alcançadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) nos últimos 10 anos. A partir de 1998, para a população em geral, o Brasil tem conseguido atingir todas as coberturas vacinais recomendadas tecnicamente para as quatro vacinas básicas do PNI (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

Em termos da varicela, observa-se a inadequação vacinal frente à história pregressa negativa. Nenhum profissional relatou ter feito uso de vacinação específica para varicela. Dos 56 profissionais avaliados, 41 (73,2%) tinham história de terem tido varicela, sendo que, como discutido anteriormente, quatro destes profissionais (9,8%) desenvolveram varicela após o início de suas atividades profissionais, já na fase adulta, quando os riscos para um quadro mais grave são maiores. Dez profissionais não tinham história clínica e/ou sorológica de infecção pelo vírus varicela-zoster.

Para a população feminina, em relação à rubéola observou-se também inadequação vacinal. Considerando-se a história clínica, entre as mulheres não imunizadas, 14 (63,6%) tiveram história de rubéola antes do início de suas atividades profissionais. Além disso, uma profissional teve rubéola após o início de suas atividades profissionais. Considerando-se o risco de desenvolvimento da síndrome da rubéola congênita (SRC), principalmente nas primeiras 12 a 16 semanas de gestação, frente ao número elevado de profissionais do sexo feminino em idade

fértil nessa amostra e que 17,4% dessas profissionais nunca tiveram filhos, existe uma evidente susceptibilidade, apesar da disponibilidade de uma intervenção eficaz e efetiva (BRASIL, 2001c).

Outro dado que traz preocupação foi a cobertura de 66,1% com o esquema completo da vacinação para a hepatite B, considerando-se que a possibilidade de cronificação da infecção pelo vírus da hepatite é de 10%, variando de 90% se a infecção é adquirida pelo recém-nascido a cerca de 5% na fase adulta e o fato de existir uma vacina eficaz (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2003a).

Em termos da comprovação de imunidade após vacinação para hepatite B (Anti-Hbs), apenas três (8,1%) profissionais realizaram a comprovação sorológica posterior. Dos que realizaram, apenas um possuía o registro de títulos protetores (acima de 10) de Anti-Hbs. Esse dado traz à tona a necessidade de se indicar a quantificação dos títulos de Anti-Hbs, principalmente ao se considerar que a eficácia da vacina para a hepatite reduz-se com o envelhecimento (99% em menores de 20 anos de idade; 95% entre 20 e 49 anos de idade e 70% em maiores de 49 anos) (CDC, 1997).

Categorizando-se os profissionais de saúde em nível superior (13) e médio (43), em termos de adequação vacinal, os profissionais auxiliares de enfermagem foram caracterizados como menos susceptíveis de uma forma geral às doenças imunopreveníveis, podendo refletir a facilidade de acesso ao imunobiológico nessa UBASF. Mesmo considerando-se esses resultados, quando se avalia a categoria profissional que está mais exposta ao risco de contrair doenças transmissíveis, é importante colocar que conforme estatísticas disponíveis, a equipe de enfermagem é uma das que mais se expõe a materiais biológicos (BRASIL, 2004a). Entre os profissionais de nível superior, em número menor, a susceptibilidade foi maior entre os profissionais de enfermagem.

Preocupa nesse estudo os resultados referentes aos agentes de saúde que, juntamente com os atendentes e os agentes administrativos, tiveram o pior desempenho geral em relação à imunização, estando susceptíveis a uma grande variedade de doenças. Como categoria profissional já reconhecida por legislação específica, a condição vacinal dos agentes de saúde vem sendo pouco abordada na atenção primária. Essas observações devem ser ampliadas a outros profissionais que vêm sendo incluídos como, por exemplo, nas equipes de saúde bucal dentro do PSF, como os auxiliares de consultório dentário e os técnicos em higiene dental.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados desse estudo tornam evidente a vulnerabilidade de alguns profissionais que atuam nessa unidade de atenção primária à saúde para algumas doenças. Considerando-se que o PSF hoje constitui uma das respostas estratégicas frente à crise do setor saúde no Brasil alicerçada no processo de trabalho multiprofissional e integrado com enfoque no cuidado, no acolhimento, no vínculo e na resolutividade, pode-se concluir que existe uma clara necessidade de se desenvolver uma política específica para a abordagem dos riscos biológicos na atenção primária. Desta forma, estaria garantida a implementação de ações de promoção à saúde dentro da perspectiva da educação permanente para a questão técnica de realização de procedimentos diversos, além da efetiva implementação de medidas de proteção específica, como o uso de imunobiológicos e de equipamentos de proteção individual e coletiva em todas as UBASF.

O número cada vez maior de equipes de saúde da família traz à tona, portanto, a necessidade de que os profissionais envolvidos tenham maior sensibilização quanto aos riscos biológicos, à necessidade de imunização e, principalmente, à educação profissional de forma permanente no sentido da habilitação técnica voltada para a redução dos riscos inerentes à sua prática. Ressalta-se, ainda, a necessidade de aumentar a discussão específica dos riscos biológicos dentro das ações programáticas da atenção primária à saúde, por meio de estudos, de pesquisas e de programas de educação permanente dentro das instituições de ensino e das sociedades das diferentes categorias de profissionais.

Nesse sentido, especificamente em relação ao trabalho desenvolvido em Fortaleza, após o diagnóstico situacional dessa unidade de saúde estão sendo planejadas ações específicas junto a esses profissionais bem como estudos adicionais para dimensionar a percepção do risco por esses trabalhadores. Além disso, discute-se a estruturação de um programa eficaz de imunização para todos os profissionais que atuam nessa unidade em combinação com intervenções para reduzir o risco de exposição a agentes infecciosos no ambiente de trabalho. Todos os profissionais avaliados foram orientados posteriormente em relação à susceptibilidade às doenças imunopreveníveis.

Por fim, pretende-se ampliar a discussão a respeito de uma política ampla e clara de gerenciamento de recursos humanos, considerando-se (e não menosprezando) os riscos e a complexidade inerente às atividades dentro da atenção primária, adequando o ambiente de

trabalho (gerenciamento ambiental de riscos) aliado à habilitação técnica, à educação permanente e à imunização de todos os profissionais da atenção primária, de todos os níveis e funções.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica do Ministério da Saúde sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** (com considerações gerais para o uso de profilaxia de hepatite B, HIV e outras DST após situações de exposição sexual). Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2325** de 08 de Dezembro de 2003. Brasília, 2003b

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes** - 2004. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Manual de normas para o controle da tuberculose: consenso sobre tuberculose. **Jornal de Pneumologia**, v. 23, n. 6, p.281-342, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual dos centros de referência a imunobiológicos especiais**. Brasília: FUNASA, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: FUNASA, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de normas de vacinação**. Brasília: FUNASA, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Segundo informe técnico sobre vacinação e revacinação BCG**. Brasília: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil**. Brasília: FUNASA, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de Hepatites Virais. **Hepatites virais: o Brasil está atento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Immunization of health care workers. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 46 (RR-18): 1-45, 1997.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 50 (RR-11): 1-42, 2001.

FERNANDES, J. V.; BRAZ, R. F. S.; NETO, F. V. A.; SILVA, M.A.; COSTA, N.F.; FERREIRA, A.M. Prevalência de marcadores sorológicos do vírus da hepatite B em trabalhadores do serviço hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n.2, p. 122-128, 1999.

GOLDIM, J.R. Conferência de Asilomar, 1997. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/asilomar.htm>> Acesso em: 18 de Abril de 2004.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. ENVIRONMENTAL SERVICES BRANCH. **Biohazards safety guide**. Washington, D. C., Public Health Service, 1974.

LITJEN TAN, J.; HAWK III, C.; STERLING, M. L. Preventing needlestick injuries in health care settings. **Archives Internal Medicine**, v. 161, n.7, p. 929-936, 2001.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SULLIVAN, J. F.; SONGER, J. R.; ESTREM, I. E. Laboratory-Acquired Infections at National Disease Center 1960-1976. **Health Laboratory Science**, v.15, p.58-64, 1978.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Um futuro para a epidemiologia. In: BARRETO, M.L.; FILHO, N.A.; VERAS, R.P.; BARATA, R.B. (Org.). **Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. Série epidemiológica 2, p.187-212.

TEIXEIRA, P.; VALLE, S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

Submissão: maio de 2005 Aprovação: setembro de 2005
--

TABELA 1: Distribuição dos profissionais entrevistados, segundo categoria profissional.

CATEGORIA FUNCIONAL	NÚMERO	PERCENTUAL
AGENTE ADMINISTRATIVO	7	12,5
AGENTE DE SAÚDE	17	30,4
ATENDENTE	4	7,1
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	15	26,8
<i>ENFERMAGEM</i>	6	<i>10,7</i>
<i>FISIOTERAPIA</i>	<i>1</i>	<i>1,8</i>
<i>MEDICINA</i>	5	8,9
<i>ODONTOLOGIA</i>	<i>1</i>	<i>1,8</i>
TOTAL	56	100,0

TABELA 2: Distribuição dos profissionais segundo ocorrência durante a vida (antes ou após início das atividades profissionais) de doenças infecciosas com diagnóstico clínico e/ou sorológico específico

PATOLOGIA	ANTES (CLÍNICA)			APÓS (CLÍNICA)			REALIZAÇÃO DE SOROLOGIA		
	SIM %	NÃO %	IGN %	SIM %	NÃO %	IGN %	SIM %	NÃO %	IGN %
SARAMPO	32 (57,1)	20 (35,7)	4 (7,1)	0	56 (100)	0	1 (1,8)	54 (96,4)	1 (1,8)
PAROTIDITE EPIDÊMICA	36 (64,3)	16 (28,6)	4 (7,1)	0	56 (100)	0	0	54 (96,4)	2 (3,6)
RUBÉOLA	16 (28,6)	37 (66,1)	3 (5,4)	1 (1,8)	55 (98,2)	0	6 (10,7)	47 (83,9)	3 (5,4)
COQUELUCHE	17 (30,4)	35 (62,5)	4 (7,1)	0	56 (100)	0	-	-	-
DIFTERIA	3 (5,4)	49 (87,5)	4 (7,1)	0	56 (100)	0	-	-	-
VARICELA	37 (66,1)	17 (30,7)	2 (3,6)	4 (7,1)	52 (92,9)	0	2 (3,6)	53 (94,6)	1 (1,8)
TUBERCULOSE	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	-	-	-
HANSENÍASE	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	-	-	-
INFEÇÃO PELO HIV	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	15 (26,8)	40 (71,4)	1 (1,8)
HEPATITE A	3 (5,4)	48 (85,7)	5 (8,9)	0	56 (100)	0	4 (7,1)	50 (89,3)	2 (3,6)
HEPATITE B	0	53 (94,6)	3 (5,4)	0	56 (100)	0	6 (10,7)	48 (85,7)	2 (3,6)
MENINGITE BACTERIANA	0	55 (98,2)	1 (1,8)	0	56 (100)	0	-	-	-
MENINGITE VIRAL	0	55 (98,2)	1 (1,8)	0	56 (100)	0	-	-	-
TÉTANO	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	-	-	-
FEBRE AMARELA	0	56 (100)	0	0	56 (100)	0	1 (1,8)	53 (94,6)	2 (3,6)

TABELA 3: Distribuição dos profissionais segundo realização de vacinas específicas.

PATOLOGIA	VACINAÇÃO		
	SIM %	NÃO %	IGN %
SARAMPO/PAROTIDITE/RUBÉOLA	15 (26,8)	26 (46,4)	15 (26,8)
SARAMPO/RUBÉOLA	09 (16,1)	28 (50,0)	19 (33,9)
VARICELA	0	49 (87,5)	07 (12,5)
POLIOMIELITE (ORAL)	21 (37,5)	26 (46,4)	09 (16,1)
POLIOMIELITE (IM)	02 (3,6)	35 (62,5)	19 (33,9)
INFLUENZA	38 (67,9)	18 (32,1)	0
HEPATITE A	0	52 (92,9)	04 (7,1)
HEPATITE B	37 (66,1)	16 (28,6)	03 (5,4)
FEBRE AMARELA	18 (32,1)	34 (60,7)	04 (7,1)
RAIVA HUMANA	04 (7,1)	49 (87,5)	03 (5,4)
TÉTANO	56 (100,0)	0	0
INFEÇÃO PNEUMOCÓCICA	04 (7,1)	49 (87,5)	03 (5,4)
INFEÇÃO POR HEMÓFILOS	05 (8,9)	42 (75,0)	09 (16,1)
TUBERCULOSE/HANSENÍASE	53 (94,6)	0	03 (5,4)

A ÁGUA SEUS CAMINHOS E DESCAMINHOS ENTRE OS POVOS

Water: its flow and misflow among civilizations

Ana Piterman¹
Rosângela Maria Greco²

RESUMO

Este estudo apresenta uma revisão dos períodos históricos que antecipam e inserem a evolução dos sistemas de abastecimento de água no mundo, no Brasil e em Minas Gerais. Para alcançar tal propósito, seguimos a história da água e seu relacionamento entre a saúde e saneamento dentro do contexto econômico, político e social em todas as civilizações sendo influenciadas pelos interesses dominantes em cada período. O objetivo desta revisão bibliográfica e análise documental foi situar os problemas enfrentados pelos governos em relação ao saneamento. Pode-se inferir que este está ligado diretamente aos interesses econômicos antes mesmo dos interesses da saúde da população, pois, para os governantes, a saúde é em primeiro lugar um problema de ordem econômica.

Palavras-chave: Água; Abastecimento de Água; Políticas de Abastecimento de Água; Saneamento; Tratamento de Água.

ABSTRACT

This study presents a review of the historical periods that precede and situate the evolution of water supply systems in the world, Brazil and Minas Gerais. To this end, we have traced the history of water and its connection with health and sanitation in an economic, political and social context in all civilizations, looking at how it comes under the influence of the dominant interest in each period. This review aims to examine the problems faced by governments with respect to water supply systems. It is possible to infer that this issue is more closely tied to economic interests than it is to the interest of the population's health, because for the government, health is primarily a question of economic interest.

Key words: Water; Water Supply; Water Supply Policy; Sanitation; Water Treatment.

Introdução

¹ Cirurgiã Dentista - Referência Técnica em Vigilância Sanitária e Epidemiológica da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde – São João Del Rei – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

² Enfermeira, Professora, Doutora do Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da UFJF. End.: Avenida dos Andradas, 379 apt.704 – Centro - Juiz de Fora – Minas Gerais - Cep. 36033-360 – telefone (32)32361808

E-mail: rmgreco@enfermagem.ufjf.br ou rmgreco@powerline.com.br

Este estudo apresenta uma revisão dos períodos históricos que antecipam e inserem a evolução dos sistemas de abastecimento de água no mundo, no Brasil e em Minas Gerais.

Para alcançar tal propósito, seguimos a história da água e seu relacionamento entre a saúde e saneamento dentro do contexto econômico, político e social em todas as civilizações sendo influenciadas pelos interesses dominantes em cada período.

Desde as épocas mais remotas, as comunidades se estabeleceram próximas a uma fonte de abastecimento de água, sendo esta uma condição de sobrevivência das mesmas até os dias de hoje.

O caráter social e o binômio saúde-saneamento surgiram de demandas principalmente econômicas, ou seja, as doenças não desejáveis deveriam ser suprimidas para um melhor desempenho do setor econômico; sendo este um fator preponderante para a origem das políticas públicas de implementação dos sistemas de abastecimento de água no mundo e no Brasil.

A água é o mais importante alimento para a vida humana e tanto sua qualidade quanto a quantidade necessárias são fatores determinantes para o binômio saúde/doença do homem.

A Água, sua simbologia, evolução e seus caminhos e descaminhos entre os povos

As significações simbólicas da água estão presentes em todas as culturas desde as mais antigas tradições permeadas de conteúdos mágicos. Através dos mitos e religiões, estas alegorias sobre a água eram relacionadas com símbolo e a origem de vida, meio de purificação e cerne de regenerescência (CHEVALIER; GHEERBRANT, 1988).

Chevalier e Gheerbrant (1988) definem a metáfora das águas como: Uma massa indiferenciada, representando a infinidade dos possíveis, contendo todo o virtual, todo o informal, o germe dos germes, todas as promessa de desenvolvimento, mas também todas as ameaças de reabsorção. Mergulhar nas águas, para delas sair sem se dissolver totalmente, salvo por uma morte simbólica, é retornar às origens, carregar-se de novo num imenso reservatório de energia e nele beber uma força nova: fase passageira de regressão e desintegração, condicionando uma fase progressiva de reintegração e regeneração.

Os oceanos e mares representariam a dinâmica da vida. Tudo brota do mar e tudo a ele regressa: espaço onde ocorrem os nascimentos, as mudanças e as regenerações. Águas em movimento, o mar simboliza um estado efêmero entre as possibilidades ainda imprecisas e as realidades configuradas, uma situação de ambivalência, que é a de incerteza, de dúvida, de indecisão e que pode se concluir bem ou mal. É a personificação da vida e da morte (CHEVALIER; GHEERBRANT, 1988).

É pelo mar que os heróis partem em busca de outras paragens. É através de tempestades marítimas que são magicamente transportados para locais longínquos e onde sua presença é necessária. Em todas as culturas, o mar é considerado um local de passagem, de um estado para outro. Além disso, enquanto o oceano revela um estado de repouso do self pela idéia do reflexo de calma, o mar com suas ondas e vagas indica o dinamismo da vida (CENTENO et al., 1991).

Foi através do Mar, que se abriu ao meio, que Moisés levou o povo hebreu do Egito, do cativeiro para a Terra Prometida, para a liberdade. Ele levou o seu povo da condição inconsciente de escravidão para a condição consciente de alcançar sua maturidade e assumir sua identidade. Simbolicamente, a inconsciência é sempre relacionada à escravidão psíquica, enquanto a consciência e o conhecimento representam a liberdade, a possibilidade de exercício do livre-arbítrio (CAVALCANTI, 1997)

O simbolismo do rio e a fluência de suas águas seriam, ao mesmo tempo, o da possibilidade universal e o movimento das formas, fertilidade, morte e renovação. Depois da chuva e do sol nada contribui de maneira tão óbvia para a fertilidade da terra quanto os rios. A travessia das águas é um obstáculo que separa dois domínios, dois estados: o mundo fenomenal e o estado incondicionado, o mundo dos sentidos e o estado de não-vinculação. A margem oposta é o estado que existe para além do ser e do não ser (CHEVALIER; GHEERBRANT, 1988).

Seja o descer das montanhas ou ao percorrer os vales, escoando-se nos lagos ou nos mares, o rio simboliza sempre a existência humana e o curso da vida, com a sucessão de desejos, sentimentos e intenções, e a variedade de seus desvios. A esse respeito, a teoria de Heráclito, é significativa. No fragmento 12 da edição clássica de Diels citado por Chevalier e Gheerbrant (1988) lê-se: “*Aqueles que entram nos mesmos rios recebem a corrente de muitas e muitas águas, e as almas exalam-se das substâncias úmidas.*” Também é o

pensamento do filósofo a respeito do mundo como devir eterno. “*Nos mesmos rios entramos e não entramos, somos e não somos*”. Traduzindo poderíamos entender como “*Não conseguiríamos entrar duas vezes no mesmo rio: suas águas não são nunca as mesmas e nós não somos nunca os mesmos*”. Esta concepção expressa a idéia da mudança contínua do mundo.

As fontes são um simbolismo de água pura e sua sacralização é universal, pois constituem a boca da água viva ou da água virgem. Através delas se dá a primeira manifestação, no plano das realidades humanas, da matéria cósmica fundamental, sem a qual não seria possível assegurar a fecundação e o crescimento das espécies. A água viva que delas corre é como a chuva, o sangue divino, o sêmen do céu. É um símbolo da maternidade. A água da fonte é a água lustral, a própria substância de pureza (CHEVALIER; GHEERBRANT, 1988).

Nas cerimônias matrimoniais gregas, as noivas eram colocadas em frente às divindades domésticas diz Apuleio: “... *os manes quando malfazejos chamavam larvas, reservando o nome de lares só para os guardiões benfazejos e propícios...*”, em seguida, eram aspergidas com a *água lustral* e deviam tocar o fogo sagrado simbolizando a entrada dela no futuro lar (COULANGES, 1981).

Para a psicanálise, o nascimento é representado por algo que tem uma conexão com a água através dos sonhos. Para Freud (1980) este símbolo manifesta-se em dois sentidos pela verdade da evolução. Todos os mamíferos terrestres, inclusive os ancestrais humanos vieram da água, descendem de seres aquáticos e também todo o processo de gestação ocorre no líquido amniótico do útero materno, sendo o nascimento uma proveniência através da água. O nascimento dos heróis, dos mitos, lendas e histórias de fadas uma parte predominante é desempenhada ou pelo abandono na água ou pelo resgate na água (FREUD, 1980).

Para Bachelard, (1998):

“A água, esse líquido universal submetido às leis do inconsciente, sugere um líquido orgânico. A água extraordinária, a água que surpreende o viajante, as aventuras que querem geográficas. Se ela é matéria fundamental para o inconsciente, então deve comandar a terra. É o sangue da Terra. A vida da Terra. É a água que vai

arrastar toda a paisagem para o seu próprio destino. Em particular, uma determinada água, um determinado vale (...) A inquietação mais cedo ou mais tarde, deve surpreender-nos no vale. O vale acumula as águas e as preocupações, uma água subterrânea o escava e o trabalha.”

Assim a água compõe o imaginário dos povos e também é um elemento fundamental na formação e organização das sociedades desde a pré-história.

As civilizações antigas, desde os tempos remotos, através de experiências construíram suas formas de organização em torno das bacias hidrográficas e costas marítimas. A água era um elemento vital para todas as culturas, onde foi objeto de veneração e temor. Assim criaram seus mitos e símbolos para explicar as forças da natureza. O domínio deste elemento sempre foi um alvo a ser atingido, pois disto dependia sua sobrevivência. Com o tempo adquiriam técnicas de irrigação, de canalizações, construção de diques e outros. Decrosse (1990) citado por Resende e Heller (2002) considera tais técnicas fundadoras das civilizações hidráulicas na Antigüidade.

As primeiras construções de poços, chafarizes, barragens e aquedutos que se têm notícia foram construídos no Egito, Mesopotâmia e Grécia. Os mesopotâmios já utilizavam sistemas de irrigação (4.000 a.C.). Na Índia existia a galeria de esgotos em Nipur e os sistemas de água e drenagem no Vale dos Hindus (3.200 a.C.). Os sumérios (5.000-4.000 a.C.) relacionavam a água às mais importantes divindades, tendo construído neste período canais de irrigação, galerias, recalques, cisternas, reservatórios, poços, túneis e aquedutos. Em 2.000 a.C., a poluição dos recursos hídricos era punida entre os persas e o livro *Zenda Vesta*, Zoroastro fala sobre cuidados com a higiene e a saúde (ROCHA, 1997 apud RESENDE; HELLER, 2002).

A preocupação com a água imprópria, potencial transmissora de doenças, levou os egípcios, em 2.000 a.C. a utilizarem o sulfato de alumínio na clarificação da água, e datam desse ano os mais antigos escritos em sânscrito sobre os cuidados que se deviam manter com a água de consumo, tais como seu armazenamento em vasos de cobre, sua exposição ao sol e sua filtração através do carvão. Tais escritos descrevem a purificação da água pela fervura ao fogo, aquecimento ao sol, ou a introdução de uma barra de ferro aquecida na

massa líquida, seguida por filtração através de areia e cascalho grosso (AZEVEDO NETTO, 1984 apud RESENDE; HELLER, 2002).

Estes registros apontam as diversas práticas sanitárias utilizadas pelas civilizações antigas. Porém não vinculavam a ausência de saneamento à ocorrência de doenças transmissíveis que eram atribuídas à ira dos deuses (RESENDE; HELLER, 2002).

As primeiras elaborações científicas e filosóficas da cultura ocidental foram idealizadas pela Escola de Mileto. Para Tales de Mileto a água era a origem de todas as coisas – a água era o princípio da natureza úmida e continente de *todas as coisas, por isso ela era o princípio de tudo, e a terra se encontrava sobre ela. A água seria a physis* que abrangeria tanto a acepção de “fonte originária” como a de “processo” de surgimento e de desenvolvimento, correspondendo à gênese (SILVA, 1998).

Na cultura grega a medicina tinha uma relação intrínseca com a filosofia. A primeira praticada por médicos como disciplina autônoma que utilizavam a *physiologia* e a segunda concebia a saúde como uma relação entre o homem e a natureza. A medicina tem no pitagórico Alcmeão de Crotona sua origem e em Hipócrates de Cós sua fundação. Alcmeão afirmava que a saúde é sustentada pelo equilíbrio ou igualdade (*isonomía*) das potências (*dynamis*): úmido, seco, quente, frio, doce, amargo e as demais. O predomínio de uma só (*monarkhia*) sobre as outras é a causa da doença. [...] Às vezes, a doença se origina por causa externas como a qualidade da água (CHAUÍ, 2002).

Hipócrates (460-377) em seu tratado *Ventos, águas e lugares* relacionavam a saúde com as estações do ano, a posição dos astros, a posição e situação geográfica dos lugares, clima, qualidade da água e das terras assim como também associava aos hábitos alimentares, habitação, aos exercícios físicos, condição psíquica e ao meio social, político e religioso. Chamava a atenção de seus colegas para a relação entre a qualidade de água e a saúde da população. Foi profético quando disse que o médico “*que chega numa cidade desconhecida deveria observar com cuidado a água utilizada por seus habitantes*”. Suas palavras, porém, caíram em descrédito por um período de aproximadamente 2000 anos de obscurantismo (ROSEN, 1994).

A obra de Hipócrates mostrou a relevância em observar e investigar o local em que se vivia, compreendendo uma visão preventiva, iluminada em seus ensinamentos acerca da purificação da água, na medida em que descreveu técnicas de filtração, aconselhando sua

fervura. Os termos “endemia” e “epidemia” (visita a todos os lugares para conhecer o paciente – o médico que ia até o paciente e não o contrário), a medicina era uma vocação itinerante e já era utilizado pelos gregos (RESENDE; HELLER, 2002; ROSEN, 1994).

Platão (427-347 a.C.) considerava a necessidade de disciplinar o uso da água e prescrevia algumas formas de penalização para aqueles que a causassem algum dano, pois para ele, a água era a coisa mais necessária à manutenção das plantações. Já a terra, o sol e os ventos, concorrente da água na alimentação das plantas, não estavam sujeitos ao envenenamento, desvio ou roubo, sendo que tais danos poderiam, eventualmente, acontecer à água, necessitando que a lei viesse em seu socorro (SILVA, 1998).

Resende e Heller (2002) afirmam que:

Se os gregos foram os precursores da medicina racional e preventiva, os romanos foram os grandes engenheiros, que uniram seu talento para as construções ao legado científico dos gregos. Executaram grandes sistemas de esgotamento sanitário e banhos, além de outras instalações sanitárias, revelando nas suas obras a grande preocupação do Estado com as demandas coletivas, o que determinou uma elevada abrangência dos serviços de saneamento.

A arquitetura romana (século V a.C.) contribuiu com duas importantes técnicas de sistemas de transporte de água. Conheciam a canalização por tubulações subterrâneas com tubos de ferro ou bronze e também os aquedutos (latim *aqua* – água e *ducere* - conduzir) que eram arcos suspensos que aprenderam a construção com os etruscos. O primeiro a ser construído na região foi o *Aqua appia* (OPAS/OMS, 1988).

Durante o império de Augusto foi criado um sistema de administração da saúde pública em Roma, entre 27 a.C. e 14 d.C. Augusto criou uma Câmara de Água, para cuidar dos assuntos referentes ao suprimento e abastecimento de água; uma comissão de saúde com funções específicas; oficiais responsáveis pela inspeção sanitária dos banhos, e oficiais encarregados da fiscalização da limpeza das ruas, da qual a população ficara encarregada (ROSEN, 1994).

Na Idade Média (por volta de 500 - 1500) ocorreu um declínio no processo de saúde pública com o esfacelamento da civilização greco-romana pelos bárbaros (ROSEN, 1994).

O desenvolvimento do comércio proporcionou a formação de pequenos povoados principalmente às planícies dos rios, orlas marítimas e rotas comerciais. Algumas cidades surgiram em torno de mosteiros fortificados ou em castelos de senhores feudais. Utilizavam o rio como meio de transporte e captação de água. (ROSEN, 1994).

No entanto, consumiam baixo volume de água, que em algumas localidades chegavam a menos de um litro diário por habitante, além de reduzidas possibilidades de banho gerando graves conseqüências para a saúde da população (SILVA, 1998). Este período foi marcado por duas grandes epidemias: a peste de Justiniano (543) e a Peste Negra (1348) (ROSEN, 1994).

Este período foi marcado pela freqüência contínua de enfermidades que tentavam debelar com magias e penitências, pois desconheciam o processo das moléstias. Incoerentemente, o conhecimento de saúde e higiene preservou-se nos claustros e igrejas, onde havia água canalizada, latrinas apropriadas e sistema de aquecimento e ventilação adequados (RESENDE; HELLER, 2002).

A população vivia amontoada em cortiços mantendo alguns hábitos da sua vida rural como convivência com animais e pouco cuidado com a higiene. O suprimento adequado de água foi amenizado com a construção de cisternas, poços cavados e fontes naturais. Somente no ano de 1126, na França, foi construído o primeiro poço artesiano. Depois disto, os sistemas de abastecimento de água foram sendo desenvolvidos (RESENDE; HELLER, 2002).

As ruas, neste período, eram bastante sujas. O lixo era deixado na porta das casas, os animais circulavam soltos, os urinóis eram esvaziados pela janela e o mau cheiro insuportável. Este fato obrigou as autoridades municipais a interferirem no modo de vida da população através de decretos como, por exemplo, em Paris proibiu-se a circulação de porcos em meados do século XII. Porém, o Estado mantinha-se ausente nas ações de saneamento propriamente dita, exercendo apenas a função de inspetor junto à população (RESENDE; HELLER, 2002).

Contudo, com o crescimento das epidemias, foi-se remodelando o modo de vida dos habitantes. Estabeleceu-se uma nova forma de administração sanitária, baseada na observação do cotidiano das cidades. As soluções (empírica e intuitiva) para os problemas foram frutos da experiência adquirida ao longo dos anos. A quarentena foi criada nesta

época com objetivo de deter o alastramento das doenças. Medidas de proteção ambiental foram tomadas visando à preservação dos recursos hídricos (POMPEU apud SILVA, 1998).

O Acto Inglês, promulgado em 1388, foi considerada a lei britânica mais antiga sobre poluição das águas e do ar. Esta lei proibía o lançamento de excrementos, lixo e detritos em fossas, rios e outras águas. Em 1453, em Augsburg, leis rígidas de proteção dos mananciais foram instituídas a fim de se controlar a contaminação dos rios que serviam ao abastecimento público. Atentou-se para o problema da geração do lixo e de sua disposição e a presença de animais no meio urbano (RESENDE; HELLER, 2002).

Por volta do século XII, com a desintegração do feudalismo, inicia-se um novo sistema econômico, social e político: o capitalismo. A característica principal deste novo sistema é o trabalho assalariado e não servil economia de mercado, trocas monetárias e preocupação com o lucro. Ressurge o comércio, com o descobrimento de novas rotas marítimas e conquista de novos continentes (RESENDE; HELLER, 2002).

Durante o mercantilismo (1500-1750) as autoridades públicas eram responsáveis apenas pelos problemas de ordem local, podendo impedir a entrada de pessoas infectadas em suas jurisdições. Entretanto, não podiam interferir em problemas externos como o atracamento de navios e a entrada de mercadorias provenientes do Oriente (ARRUDA, 1977).

O desejo de riquezas por parte dos soberanos os impelia na criação de novos conhecimentos, impulsionando a criação de escolas e desenvolvimento das ciências naturais. As relações entre saúde e saneamento fortaleceram-se a partir daí com o início do Renascimento (RESENDE; HELLER, 2002).

As relações entre saúde e saneamento fortaleceram-se no Renascimento. Este foi marcado pela volta aos valores greco-romanos. Nesta época os engenheiros da Renascença descobriram a obra “*De aquis urbis Romae*” tendo acesso aos detalhes da construção e manutenção deste sistema em 1425 (SILVA, 1998).

O retorno à arte grega e romana inspirava os artistas da época a construir chafarizes e fontes com influências mitológicas. Shama (1996), citado por Silva (1998), esclarece que o título de “superintendente dos rios e águas” concedido a alguns dos mais famosos *fontanierii* (responsáveis pelas fontes) era muito mais que um certificado de

engenharia, pois demonstrava o virtuosismo do controle hidráulico através das “forças aliadas da física e da metafísica.”.

O controle dos esgotamentos sanitários, porém, não teve um desenvolvimento suficiente e a situação do suprimento de água também não foi resolvido a contento. Criaram-se as companhias particulares de abastecimento de água. Estas companhias utilizaram o processo de bombeamento e ampliaram os sistemas de abastecimento de água. A primeira companhia (Companhia New River) foi fundada em Londres e, a partir da resolução do problema de abastecimento, preocupou-se com a qualidade da água, já que não havia nenhum tratamento, o que causava constantes epidemias (RESENDE; HELLER, 2002).

A Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra no século XVIII (1760-1850), que alastrou se pela Europa e Estados Unidos, foi caracterizada pelas transformações técnicas, comerciais e agrícolas promovendo transformações profundas e revolucionárias na sociedade. Assinalou a passagem da sociedade rural para a sociedade industrial, a mudança do trabalho artesanal para o trabalho assalariado, a utilização da energia a vapor no sistema fabril em lugar da energia humana (ARRUDA, 1977).

As profundas alterações efetuadas no campo do trabalho refletiram no olhar sobre a saúde destes trabalhadores que também era caracterizada por mão de obra infantil. O mercado era cada vez mais exigente e necessitava de um controle maior sobre a qualidade de vida desta população. Incentivaram-se os estudos baseados na mortalidade e expectativa de vida, fundaram-se hospitais compatíveis com a nova realidade impulsionados pelas preocupações de possíveis perdas econômicas (ARRUDA, 1977).

Neste contexto, para aumentar os lucros, os operários eram submetidos a um acentuado processo de exploração, danificando irremediavelmente sua saúde. Engels, no texto “*As condições da classe trabalhadora na Inglaterra em 1844*”, demonstrou pela primeira vez a relação entre saúde e política, considerado o primeiro estudo analítico sobre Epidemiologia (RESENDE; HELLER, 2002).

Porém, apesar do crescimento econômico a população continuava em situação precária relacionados à pobreza e ausência de saneamento. Isto acarretou a disseminação de epidemias despertando na sociedade a consciência da relação entre o aglomerado de fábricas, moradias e falta de saneamento adequado (ARRUDA, 1977).

Edwin Chadwick (advogado), em seu relatório “*The Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*”, sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha, foi veemente em sua luta para a criação de um órgão administrativo de saúde pública relacionando pobreza e insalubridade. Assim fundou-se o Conselho Geral de Saúde, cujas atribuições eram administrar os serviços de abastecimento de água e esgotamento e investigar as condições sanitárias do distrito, nomeando um oficial de saúde. Porém, foi encontrada muita resistência por parte dos proprietários de terras e imóveis que se opuseram às desapropriações demandadas pela execução de obras de drenagem e de abastecimento de água, tornando-se impopular e, conseqüentemente, seu fechamento (RESENDE; HELLER, 2002).

Outros países como a França, a Alemanha e os Estados Unidos, inspirados na Inglaterra, também iniciaram reformas sanitárias. O americano Lemuel Shatuck escreveu e editou o Relatório da Comissão de Saúde de Massachusetts e articulou uma comissão que se encarregaria da avaliação das condições sanitárias do Estado. As cidades costeiras como Nova York e Boston enfrentavam graves problemas de moradia e insalubridade (SILVA, 1998).

Na França seus representantes foram Louis de Villermé, pelo estudo de determinantes sociais das doenças, Pierre Louis, pelo uso da estatística em pesquisa clínica e Louis Pasteur, pelas suas investigações no campo da microbiologia. Pasteur demonstrou a existência de doenças (estudo em animais com antrax, eripsela suína e pebrina do bicho da seda) devidas a microorganismos e sua natureza contagiosa (SILVA, 1998).

A Alemanha deu a sua contribuição na reforma sanitária idealizado por Virchow, melhorando eminentemente as condições sanitárias da população. Segundo Scliar (1987), é na Alemanha (1779) que surge o intervencionismo do Estado na área de Saúde Pública. Neste ano é publicado o primeiro dos seis volumes do *System einer Vollständigen medicinischen Polizei*, obra monumental com a qual Johan Peter Frank lançava o conceito de polícia médica ou sanitária. Um conceito eminentemente autoritário e paternalista, preocupado, sobretudo, com os aspectos legais das questões de saúde (SILVA, 1998).

A ordem é a condição essencial para o bem-estar dos súditos do imperador e dos príncipes locais. E a forma de alcançar a ordem é a *polizei*. Derivado do grego *politeia*, a palavra *polizei* tem um sentido ambíguo, é uma mescla de política e polícia e implica o

poder da intervenção do Estado (no sentido de conjunto de ações entre o governo, a legislação, a administração e a justiça) (SILVA, 1998).

Na segunda metade do século XIX, apesar dos países capitalistas tentarem realizar programas sociais para melhorar a qualidade de vida de suas populações, estas aumentavam de maneira demasiada e os esforços não foram suficientes para superar as dificuldades enfrentadas. Entretanto, podemos perceber, através de estudos promovidos por Wood et al. entre os anos de 1861 a 1921, que existiu uma melhora significativa na mortalidade infantil, principalmente na Inglaterra. (SILVA, 1998).

Também no século XIX não podemos deixar de abordar a teoria dos miasmas versus a teoria do contágio que durante um surto de cólera foi um ponto de polêmica sobre esta questão básica na epidemiologia (RESENDE; HELLER, 2002).

Em 1854, ocorreu um grave surto de cólera em uma área restrita de Londres, causando a morte de grande número de pessoas em curto período e provocando pânico na população local. John Snow, médico, observou que a doença era veiculada pela água contaminada já que produzia um fluxo intenso no sistema digestivo sem os sintomas comuns em outras doenças relatadas. Concluiu que o microorganismo, que hoje conhecemos como *Vibrae cholerae*, era introduzido através da boca e conduzido direto ao trato digestivo. Suspeitou imediatamente da água poluída e também do uso inadequado da água (SNOW, 1999).

Com a publicação de provas conclusivas de Snow sobre a água fornecida pela Companhia Southwark & Vauxhall, nem mesmo o cientista mais intransigente poderia negar a influência da água contaminada na propagação da cólera. Porém, este fato foi aceito apenas parcialmente pois, na época, somente puderam concordar com o fato de a água impura ter apenas uma influência parcial capaz de aumentar o risco da cólera. O trabalho deste pesquisador não pôde ter uma influência imediata sobre a promoção de melhorias no fornecimento de água, embora tivesse obtido algum êxito em convencer seus contemporâneos de que o esgoto misturado à água potável era o principal fator, e não um fator secundário na propagação da cólera (SNOW, 1999).

Snow continuou seus estudos abrangendo outras doenças baseado nos dois princípios que ele tinha estabelecido para a cólera: a imensa importância da água como veículo de uma infecção específica e a inveracidade de que os “eflúvios” - no caso das

doenças infecciosas – proveniente da matéria orgânica morta pudesse ser a causa de surtos epidêmicos conforme habitualmente se acreditava na época. Foi duramente criticado por esta última hipótese e resolveu trabalhar com fatos concretos (SNOW, 1999).

Procurou anotações em documentos no Cartório de Registros Gerais da época para comprovar que os óbitos não eram maiores em trabalhadores de locais notoriamente insalubres tais como curtumes, carvoaria e fábricas de sabão em indivíduos do sexo masculino com idades correspondentes aos seus colegas que trabalhavam na indústria. Então relaciona, por contraste, uma associação correspondente entre a mortalidade e a poluição das águas (SNOW, 1999).

Apresentando tabelas, aponta uma melhoria no fornecimento da água nos distritos do sul de Londres. Estas são concluídas no segundo quadrimestre de 1855 em que as taxas de mortalidade por causas como o tifo e a diarreia na área, tinham substancialmente excedido as taxas de mortalidade nos distritos do norte do Tâmesa. Com o início de alterações no fornecimento da água, tal reação foi revertida, de modo que as taxas de mortalidade passaram a ser mais baixas nos distritos do sul que nos do norte. Seu trabalho fora concluído com sucesso e muito contribuiu para o avanço da medicina e particularmente nos estudos da Epidemiologia (SNOW, 1999).

A teoria do contágio veio à tona através de estudos de Koch em 1892. Durante a epidemia de cólera em Hamburgo, ele isolou o vibrião das águas do Rio Elba. Koch observou que, em Altona, cidade situada à jusante de Hamburgo, a água usada no abastecimento era filtrada, evitando assim a transmissão de cólera. O mesmo procedimento não acontecia em Hamburgo, cidade que teve oito mil mortes por cólera (KOIFMAN, 1990 apud RESENDE; ELLER, 2002).

Segundo Costa, citado por Resende e Heller (2002), a implementação de sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário só aconteceu em cidades de todo o mundo após os surtos de cólera.

As nações tinham que reformular suas políticas sociais redefinindo o espaço territorial e ainda perceber que as ações individuais eram insuficientes, modificando e reorganizando a sociedade. A aristocracia compreendeu que havia perdido a imunidade social e que deveria reconstruir um programa de saúde pública visando uma erradicação das doenças epidêmicas (RESENDE; HELLER, 2002).

Entretanto, estas transformações no âmbito das ações adotadas em políticas de saneamento foram bastante lentas e fruto de conjunturas político-sociais que ora aceleravam e ora dificultavam o processo. As epidemias alastrantes da cólera e febre amarela eram um obstáculo a serem vencidas, pois se aumentava o risco com a circulação de mercadorias transportadas pelos navios e trânsito dos imigrantes. A exigência das quarentenas atingia em cheio o movimento do comércio internacional obrigando o debate e a interferência política das autoridades sobre a saúde pública. A população sempre foi passiva em relação aos problemas sanitários e dependia exclusivamente da intervenção estatal, e estas, por sua vez, promoveram as mudanças pela força das epidemias emergentes e sua relação com o regime capitalista (RESENDE; HELLER, 2002).

A primeira conferência de saúde em Paris ocorrida em 1851, codificou medidas para controlar a cólera, a praga e a febre amarela e a primeira convenção sanitária internacional foi assinada em 1892. No início do século XX (1907), numa conferência em Paris, criou-se o primeiro Escritório Internacional de Higiene Pública. Em 1921, foi instituído a Liga da Organização de Higiene das Nações e no dia 7 de abril de 1948 foi fundada a OMS (Organização Mundial de Saúde), quando foi ratificada sua constituição pelos vinte e seis países necessários (OPAS/OMS, 1988).

A maioria dos países, em grande parte subdesenvolvidos tecnologicamente e economicamente, tem enfrentado problemas de doenças infecciosas, de abastecimento de água pura, de esgotamento e elevação do padrão geral de vida a um nível mínimo aceitável. Em verdade, ainda há muito a fazer na área de saneamento ambiental, controle de doenças e educação em saúde e nutrição. Nos anos recentes aumentou também a discussão sobre as mudanças sociais e econômicas que acompanham o industrialismo. Cresceu a consciência quanto ao problema da poluição atmosférica similar à preocupação com a poluição da água, mais antiga (ROSEN, 1994).

Muitos problemas de saúde encontraram solução na teoria, e esse conhecimento aguarda aplicação na prática. Estas dificuldades exigem uma ação social e política permeada de conhecimentos técnicos. Também devemos entender que a percepção do horizonte deve ser estendida sempre além no tempo e no espaço (ROSEN, 1994). Citando Guimarães Rosa “... porque a cabeça é uma só, e as coisas que há e que estão para haver

são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total.” (GUIMARÃES ROSA, 1985).

A História dos Sistemas de Abastecimento de Água no Brasil e Minas Gerais

Antes do descobrimento, o Brasil era habitado por tribos indígenas que se deslocavam em busca de alimento e água não tendo preocupações maiores com saneamento, pois o país era um continente em tamanho, porém, despovoado. Entretanto, os índios tinham hábitos salubres, pois utilizavam água pura, tinham conhecimento de ervas medicinais, banhavam-se diariamente e reservavam locais específicos para as necessidades fisiológicas e a disposição do lixo. Quando os europeus chegaram ao país para colonizá-lo, trouxe doenças para eles, além de serem forçados ao trabalho. Isto propiciou um processo gradual de dominação e extermínio (RESENDE; HELLER, 2002).

Neste período, a fixação dos europeus, principalmente na costa brasileira visando a extração máxima de matéria-prima, determinou os primeiros passos para o povoamento e construção de vilas e cidades no Brasil. As casas eram simples e a água era trazida de mananciais próximos às residências. Era armazenada em potes, atendendo aos afazeres domésticos, à higiene corporal e ao preparo dos alimentos. A abundância de recursos hídricos e utilização de mão de obra escrava para o seu transporte e armazenamento fizeram com que os sistemas de abastecimento de água não fossem implantados durante os três primeiros séculos da colonização (RESENDE; HELLER, 2002).

Em 1550 com o início do tráfico negreiro foram instituídos os agentes sanitários alcunhados de “tigres”. Eram encarregados de esvaziar os potes nos quais eram despejados os dejetos das casas-grandes e abastecer as casa com água para o uso diário (RESENDE; HELLER, 2002).

Na administração de Maurício de Nassau (1637-1644), período de ocupação holandesa, a preocupação com a saúde foi preponderante, levando a realização de várias intervenções relacionadas com a infra-estrutura urbana. Foram realizadas obras de drenagem, dessecamento de terrenos alagados, diques, canais e ancoradouros, tornado evidente o caráter empreendedor e o senso coletivo do administrador holandês. Estas

intervenções foram legitimadas pela Teoria dos Miasmas constituindo, assim, as primeiras intervenções coletivas de saneamento realizadas no país (RESENDE; HELLER, 2002).

Foi a partir do ciclo do ouro que o comércio interior desenvolveu-se no país. O isolamento das cidades mineiras levava seus habitantes a se tornarem totalmente dependentes de gêneros alimentícios. Muito comum era encontrar tropeiros comercializando esses produtos na região. Os principais centros urbanos são formados a partir de núcleos em Minas no século XVIII nas cidades de Vila Rica, Mariana, São João Del Rei, Diamantina e Serro do Frio (ALENCAR et al. 1985; SANTOS, 1978). Os primeiros chafarizes foram construídos nesta época, com a finalidade de abastecimento público. A administração portuguesa determinava que a captação e a distribuição da água eram de responsabilidade exclusiva de cada vila, embora as atribuições municipais fossem mal delimitadas e subordinadas à centralização monárquica (SILVA, 1998).

Apesar da construção dos chafarizes, a oferta de água não era satisfatória. A população carente era obrigada a realizar longos deslocamentos por falta de chafarizes próximos ou por serem alguns destes explorados por companhias particulares que comercializavam a água. Tal fato demonstrava que somente uma minoria da população se beneficiava com o atendimento dos serviços básicos. Somente com a consolidação da República esta situação tenderia a mudar (SILVA, 1998).

A primeira autoridade sanitária no Brasil foi criada por D. João VI em 1808 que, após algumas modificações, passou a corresponder ao cargo de Diretor-Geral da Saúde Pública. Os serviços de saneamento nos portos foram organizados na forma de Inspeção dos Portos, 1829, ficando sob responsabilidade do município o exame de todos os navios que ancorassem em seu território, antes do desembarque. No ano de 1849 foram criadas a Comissão Central de Saúde Pública, a Comissão Central de Engenharia e, em 1850, a Junta de Higiene Pública. Essas comissões passaram a levantar os problemas sanitários, restringindo-se às ações realizadas na capital do Império (COSTA, 1994 apud RESENDE; HELLER, 2002).

A Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra refletiu nos aspectos socioeconômico e político-cultural deliberando novas organizações de poder. No Brasil, no final do século XIX, a economia era predominantemente agrícola, com concentração de poder nas oligarquias cafeeiras que embora fosse beneficiária do Estado, também o influenciava

ativamente transformando assim instrumento de seu interesse. A produção manufatureira era incipiente por não conseguir competir com produtos europeus. Com a demanda de serviços de saneamento nas cidades que aumentavam sua população, o Estado encarregava-se dos serviços de abastecimento de água e esgotos e as companhias inglesas forneciam os serviços de infra-estrutura cabendo ao poder público a regulamentação das concessões (RESENDE; HELLER, 2002).

Com a expansão da economia urgia criar condições básicas para o desenvolvimento das atividades econômicas. As cidades brasileiras, principalmente, as portuárias como o Rio de Janeiro e Santos foram objetos de reformas no saneamento. Saturnino de Brito (1893-1929), engenheiro sanitarista, deu um grande impulso a estas mudanças (RESENDE; HELLER, 2002). Foi responsável pelo surgimento da consistência técnica voltada para a realidade nacional, tendo um papel preponderante na adoção do sistema separador absoluto do esgotamento sanitário em substituição ao sistema unitário inglês e na criação e defesa das “bacias protegidas”, além da utilização de tratamento físico-químico nas águas de abastecimento (RESENDE; HELLER, 2002).

Também desaprovava veementemente a maneira de intervenção do poder público com a ocorrência de uma epidemia sem planejamento prévio ou recursos suficientes para a realização de uma ação efetiva (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO apud RESENDE; HELLER, 2002).

No período da Primeira República destacamos o movimento sanitarista iniciado por intelectuais, dirigentes da saúde pública e autoridades, marcados principalmente pela gestão de Oswaldo Cruz (1903-1909). O Rio de Janeiro passava por um momento crítico em relação às epidemias de febre amarela, peste e varíola. Oswaldo Cruz enfatizou uma interferência no saneamento da cidade, modificando as políticas de saúde pública consolidando a modernização do país (HOCHMAN, 1998).

Entre as medidas adotadas por Oswaldo Cruz podemos destacar a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) que passou a gerenciar a condução das políticas de saúde da capital federal e dos estados, além de controlar a vigilância nos portos. As políticas de saneamento também ficaram subordinadas a este órgão (HOCHMAN, 1998).

Em 1904 ocorreu a obrigatoriedade da vacinação antivariólica pelo crescente aumento da doença. A nova lei, batizada de *código das torturas*, encontrou muitas

resistências entre os políticos, militares e camadas populares. Os cariocas, desalojados de suas casas e humilhados pelo governo autoritário, uniu-se ao episódio conhecido como “*Revolta das Vacinas*” (RESENDE; HELLER, 2002).

No início do século XX, após as descobertas científicas efetivadas no campo da medicina, introduziu-se a idéia de prevenção e assim reveste-se de um caráter social. Novos papéis são desenhados para a saúde, como a observação das circunstâncias em que vive a população brasileira e, assim, os médicos iniciaram uma viagem pelos sertões e interior do país para estudar estas condições de saúde da população rural e sua relação com a falta de saneamento inadequado (RESENDE; HELLER, 2002).

Esta expedição realizou um relatório com amplo levantamento das condições climáticas, sócio-econômicas, nosológicas, descrição da fauna e flora e os tipos de habitação em que vivia a população (ALBUQUERQUE et al, 1991). Este apontava a necessidade de ações profiláticas que impedissem a associação perversa entre disponibilidade de água e focos de doenças, especialmente a malária (ALBUQUERQUE et al, 1991).

O resultado foi assombroso, pois obtiveram um diagnóstico em que a população campesina desassistida do poder público e miserável estava infectada pela ancilostomíase (amarelão), malária (impaludismo) e doença de Chagas (tripanossomíase americana). Estas moléstias podiam ser evitáveis com a prevenção (RESENDE; HELLER, 2002).

Segundo Penna e Neiva os sertanejos eram ignorantes, abandonados, isolados com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratário ao progresso. Esse quadro de isolamento era responsável pela ausência de qualquer sentimento de identidade nacional. Desconheciam qualquer símbolo ou referência nacional, ou melhor, “... a única bandeira que conhecem é a do divino” (PENNA; NEIVA, 1916 apud HOCHMAN, 1998).

Nos centros urbanos, em locais insalubres, o problema resumia em três endemias como a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. O país era um imenso hospital (HOCHMAN, 1998).

Em 1886, foi criada a *Reforma Mamoré* instituindo o Conselho Superior de Saúde Pública. Os serviços sanitários foram divididos em duas inspetorias gerais: uma de higiene, encarregada da *higiene terrestre*, com ênfase na capital imperial; e outra de saúde dos

portos, responsável pela *higiene marítima*, que se organizava ao longo dos portos do país. Esta configuração foi transmitida ao Governo Provisório da República (1890), ampliou o poder da Inspetoria Geral de Higiene sobre os estados e adicionou-lhes mais atribuições, “desmunicipalizando a higiene” (BARBOSA; RESENDE 1909; FONTENELLE, 1922 apud HOCHMAN, 1998).

A constituição de 1891 transformou as províncias em estados e determinou as competências do governo federal e dos estados e do poder legislativo delimitando, assim, a estrutura política do país. Nesta disposição da constituição de 1891, os estados eram autônomos em suas políticas internas e o Governo Federal era responsável pelas políticas externas (HOCHMAN, 1998).

Embora a constituição não fizesse nenhuma menção à saúde e ao saneamento, interpretou-se através dos artigos 5º e 6º, que a higiene caberia aos estados e municípios. A lei orçamentária referente às despesas de 1892 indicou que todos os serviços sanitários da Capital Federal caberiam ao Governo Federal e os Estados assumiriam todas as ações em seus respectivos territórios (HOCHMAN, 1998).

No entanto, os Estados e Municípios passavam por problemas de ordem financeira e eram pouco estruturados, além da incompetência e inércia configurando um poder local (entenda-se poder estadual) quase ausente e os serviços de higiene federal e municipal não conseguiam responder favoravelmente às dificuldades agravadas por uma divisão considerada ineficaz. Isto resultava em pequena margem de resolutividade no campo da saúde e saneamento (HOCHMAN, 1998).

Talvez o único Estado brasileiro que tivesse em condições de implementar uma política de saúde e saneamento fosse São Paulo e algumas capitais como o Rio de Janeiro. Telles (1984) relata que o Rio de Janeiro foi a quinta cidade no mundo a adotar um sistema de coleta de esgoto modernizada baseado no modelo inglês, concluído em 1864. No entanto, o sistema de abastecimento de água teve sua construção posterior ao dos esgotos (HOCHMAN, 1998).

Segundo comentário de José Maria Bello, o país não mais estaria dividido em Estados e Municípios, e sim em três regiões (periferia do DF, litoral e interior), definidas não por critérios geopolíticos, mas pela presença das três grandes endemias rurais. E ainda, conforme a interpretação de Afrânio Peixoto, os sertões do Brasil começavam no fim da

Avenida Central (hoje Rio Branco). A doença, o verdadeiro elo da Federação, redefiniria o próprio mapa do Brasil (HOCHMAN, 1998).

Estes autores queriam enfatizar que os sertões não eram um lugar utópico ou bem longe o suficiente para continuar excluído das políticas públicas, pois se as endemias haviam chegado na avenida da capital federal e instaladas em suas cercanias e as elites não poderiam fechar os olhos e ignorar estes episódios (HOCHMAN, 1998).

Concluiu-se que a maneira mais adequada de reestruturar os estados seria estatizar o saneamento e a saúde no nível central. Assim o poder de decisão é centralizado no governo federal delineando e executando todas as políticas públicas do binômio saúde-saneamento, conquistando um instrumento legal que consolida sua presença nas unidades federativas com atribuições como notificação compulsória das doenças infecto-contagiosas, a fiscalização sanitária em habitações e fábricas, o controle sanitário sobre os alimentos, a instituição da vacinação, a princípio obrigatória e depois estimulada através de campanhas de conscientização, e a fiscalização sobre o exercício da medicina e farmácia (HOCHMAN, 1998).

Neste período, os sanitaristas criaram a Liga Pró-Saneamento do Brasil. O médico Belisário Penna foi uma das principais lideranças da Liga juntamente com Artur Neiva e Monteiro Lobato, um de seus colaboradores criando o personagem Jeca Tatu. Este movimento tinha o objetivo de prevenir as autoridades públicas e as elites intelectuais sobre o problema da escassez do saneamento no interior do Brasil e foi reconhecido como a mobilização para o *saneamento dos sertões* (HOCHMAN, 1998).

O governo Getúlio Vargas iniciado em 1930 fomenta uma extensa reformulação política e administrativa, suspendendo a Constituição de 1891, passando a governar por decretos até 1934, ano da promulgação da nova Constituição onde as ações sanitárias eram exercidas pelo então Ministério da Educação e Saúde Pública (RESENDE; HELLER, 2002).

Este determinou uma ampla remodelação nos serviços sanitários do país, procurando garantir a burocracia federal numa estratégia decorrente do centralismo político-administrativo imposto por Vargas. A partir desta data foram nomeados os interventores de saúde nos Estados, com o objetivo de criar ou reorganizar os DES (Departamentos Estaduais de Saneamento), nos quais foram instaladas seções de

engenharia sanitária, sendo os próprios governadores também intitulados interventores da saúde pelo Presidente da República (RESENDE; HELLER, 2002).

Ao mesmo tempo, nos Estados, foi instituída uma nova estrutura administrativa para os serviços de saneamento, constituindo os departamentos estadual e federal sob a forma de administração centralizada. Essa prática mostrou sua fragilidade quando os municípios, sem condições de gerirem os próprios sistemas, viram os recursos investidos desperdiçados, graças à própria incapacidade de administrá-los e mantê-los. Rodrigues & Alves apontam a Constituição de 1934 como a que mais expressamente tratou da Saúde Pública como responsabilidade governamental, prevendo a participação dos municípios nos problemas sanitários (RESENDE; HELLER, 2002).

Também no ano de 1934 deu-se um importante passo com a criação do Decreto que institui o *Código das Águas*. Este estabelecia as normas do aproveitamento de recursos hídricos, principalmente com fins energéticos. Ainda válido hoje, o decreto também foi um dos primeiros dispositivos de controle do uso de recursos hídricos no país e o suporte para a gestão pública do setor de saneamento (SILVA, 1998). O Código das Águas foi idealizado pelo jurista Alfredo Valladão inspirado na legislação francesa e italiana sobre o direito das águas. Deu ênfase a ampliação dos domínios público e federal sobre as águas e a regulamentação da indústria hidrelétrica. Considerou um problema difícil com difícil solução pela sua complexidade relacionada também aos vários ramos de direito e outras disciplinas afins (HOCHMAN, 1998).

No final da década 1920/1930 algumas agências federais notadamente a Inspeção Federal de Obras Contra as Secas – IFOCS e o Serviço de Águas do Ministério da Agricultura, iniciavam a efetivação e operação das primeiras redes hidrométricas básicas no Brasil (SOUZA, 1993).

Anteriormente, a essa época a maioria das estações hidrométricas implantadas no país tinham objetivos específicos ou setoriais e geralmente foram introduzidas para apoio e empreendimentos de origem internacional. Em Minas Gerais, os registros mais antigos de fenômenos hidrológicos remontam ao ano de 1913 e estavam associados à atividade de mineração (SOUZA, 1993).

O Departamento Nacional de Águas e Energia Elétrica – DNAEE – foi o responsável pela instalação das primeiras estações hidrométricas básicas no estado de Minas Gerais; em meados da década de 1920/1930 (SOUZA, 1993).

A instalação pioneira em Pirapora ocorreu em 1924 e, até o final de 1930, haviam sido estabelecidos mais de três dezenas de estações nas bacias hidrográficas dos rios São Francisco, Rio Doce, Rio Grande e Paraíba do Sul (SOUZA, 1993).

A rede básica inicial foi expandida no período subsequente até cobrir, ao final da década de 1940/1950, todas as principais bacias hidrográficas do Estado. Outras contribuições importantes se sucederam como a representada pela rede básica, implantada pela então Superintendência do Vale do São Francisco – SUVALE (SOUZA, 1993).

A rede instalada pela SUVALE, a partir de 1952, apresentava um padrão superior de operação e forneceu importantes subsídios complementares ao conhecimento hidrológico do Estado, até 1976, que foi parcialmente desativada e teve suas estações remanescentes incorporadas ao programa hidrométrico mantido pelo DNAEE (SOUZA, 1993).

No estado de Minas Gerais, o programa hidrométrico mantido pela Companhia Energética de Minas Gerais – CEMIG, a partir de 1962, assume especial importância. Essa concessionária executou e ainda vem executando importantes levantamentos hidrométricos, seja com o aproveitamento de estações já existentes, seja com a realização de uma apreciável rede própria. A operação hidrométrica da CEMIG alcançou, em território mineiro em todo o período, 169 estações distintas, abrangendo as bacias do Rio Doce, Rio São Francisco, Rio Paranaíba, Rio Grande, Rio Jequitinhonha e Rio Paraíba do Sul (SOUZA, 1993).

Merece registro, também, o programa hidrométrico mantido em algumas áreas do Estado por FURNAS – Centrais Elétricas S. A. As investigações dessas empresas em bacias do nordeste mineiro, por exemplo, embora recentes, representam uma contribuição complementar para o conhecimento hidrológico naquela região (SOUZA, 1993).

O decreto federal 77.410 de 12/04/76 obrigava o DNAEE a executar e a atualizar o cadastramento das estações hidrométricas operadas no País, incluindo aquelas de existência efêmera e objetivos transitórios (SOUZA, 1993).

O inventário resultante deste cadastramento registra, para o território do Estado de Minas Gerais, a instalação e operação de 1115 estações hidrométricas, desde a época mais

remota até o ano de 1987. Esse total inclui tanto as estações já extintas quanto aquelas que permanecem em operação, distribuindo-se pelas bacias dos rios S. Francisco (409), Grande (223), Doce (216), Paraíba do Sul (89), Jequitinhonha (74), Paranaíba (73), Pardo (4) e outros (27) (SOUZA, 1993).

Segundo Resende e Heller (2002), em 1964 foi constituída a COMAG (Companhia Mineira de Água e Esgoto), empresa dotada de grande flexibilidade institucional, caracterizada pela adequação das ações à realidade dos municípios mineiros e apresentando uma visão do saneamento como indutor do crescimento econômico. De acordo com o médico Paiva Neto, diretor-presidente da COMAG em 1970/1971, “o problema da saúde era um problema para o desenvolvimento”, sendo o aspecto epidemiológico amplamente valorizado por aquela companhia.

A COMAG atuava como concessionária dos serviços de água e esgotos, até que o município alcançasse o equilíbrio quanto ao número de economias e o serviço, sua auto-sustentação. Também prestava assistência técnica e financiava aos serviços municipais autônomos (SOUZA, 1993).

Em 1974, a COMAG passa a ser denominada COPASA-MG (Companhia de Saneamento de Minas Gerais) de acordo com a Lei nº 6 475 e um ano após a adesão do Estado ao PLANASA (Plano Nacional de Saneamento) (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1997).

No início de sua implantação e a adesão ao PLANASA representou a inserção do Estado na estratégia macroeconômica do desenvolvimento industrial brasileiro. Ainda que na década de 70 houvesse uma crise econômica internacional provocada pelo aumento dos valores do petróleo, o poder público mantém sua política de recursos e financiamento para implantação e manutenção dos sistemas de abastecimentos de água (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1997).

Devemos lembrar que nos anos 60-70 os Governadores eram nomeados pelo Presidente da República e os Prefeitos pelos Governadores, através da instauração do AI-2 e AI-3 com o regime ditatorial instaurado no Brasil. Por isso, o ambiente era bastante favorável para que os governos municipais transferissem os serviços de saneamento às companhias estaduais (DÓRIA 1992 apud RESENDE; HELLER, 2002). Além disto, os

municípios estavam bastante empobrecidos após a reforma tributária de 1965 (RESENDE; HELLER, 2002).

Também argumentaram que esta transferência tinha como objetivo uniformizar a política nacional e saneamento, sendo a centralização das ações um instrumento eficiente para a eliminação do peso das pressões locais que impediam a adoção de tarifas realistas (RESENDE; HELLER, 2002).

Assim, a definição das políticas de saneamento ficou concentrada nos governos federal e estadual que passaram a controlar a totalidade dos recursos federais disponíveis para o setor. Portanto, o critério para a alocação dos recursos passou a ter como parâmetro o retorno dos investimentos, relegando a saúde pública a um plano secundário (RESENDE; HELLER, 2002).

A dependência do Sistema Financeiro do Saneamento (SFS) de recursos externos vinha se acentuando desde 1974, quando deixam de existir as transferências da União, a fundo perdido, para aquele sistema, passando o BNH a mobilizar a ajuda de empréstimos externos. O maior volume de recursos aporta no país via Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), sendo aplicado no PLANASA, através do BNH, que concedia os recursos às unidades federadas (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1997).

O PLANASA entrou em declínio em 1986 com a extinção do BNH, ficando o saneamento em estado de indefinição e de imobilidade. Em 1993, o Congresso Nacional aprovou o PLC 199, que dispunha sobre a Política Nacional de Saneamento e seus instrumentos. No entanto, esta foi vetada integralmente pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, com a justificativa que contrariava os interesses públicos. O governo apresentou então o Projeto de Modernização do Setor de Saneamento (PMSS), que seria financiado pelo BIRD, nos moldes da doutrina neoliberal (RESENDE; HELLER, 2002).

Segundo os autores Resende e Heller (2002), podemos destacar algumas conquistas alcançadas durante a vigência do PLANASA:

- Aumento da capacitação técnica dos profissionais da área de saneamento.
- Planejamento de mananciais em escala regional.
- Controle da qualidade da água.
- Cobrança dos serviços prestados com base em critérios de monitoramento normalizados.

- Desenvolvimento de tecnologias de controle de perdas.
- Existência de uma estrutura sólida de ação em entidades como a ABES, a ASSEMAE e sindicatos de trabalhadores da categoria.

Em 1999, o governo federal apresentou ao BIRD um documento - “Regulação do Setor de Saneamento no Brasil. Prioridades imediatas” - que aponta uma estratégia de transferência para o setor privado dos serviços de abastecimento de água que fossem viáveis economicamente, e os municípios arcando com os serviços de baixa rentabilidade RESENDE; HELLER, 2002).

O país encontra-se hoje em uma situação crítica relacionada com a precariedade dos investimentos em saneamento público, acentuando ainda mais as doenças relacionadas ao tratamento adequado da água e esgotamento sanitário, tais como febre amarela, dengue, cólera, leptospirose e outras. A crise do setor é apenas parte de um contexto crônico de crise social no país (RESENDE; HELLER, 2002).

A título de conclusão

Este é um breve histórico da evolução do saneamento nas sociedades humanas desde a Antiguidade até os dias atuais. O objetivo desta revisão foi situar os problemas enfrentados pelos governos em relação ao saneamento. Pode-se inferir que este está ligado diretamente aos interesses econômicos antes mesmo dos interesses da saúde da população, pois para os governantes a saúde é em primeiro lugar um problema de ordem econômica. Uma nação necessita de ser saudável para que produza; no entanto, em países pobres como o Brasil, o saneamento deixa muito a desejar.

Da água disponível em todo o planeta apenas 0,8% pode ser utilizada para o consumo humano, pois 97% representa o total de água salgada distribuída e o restante encontra-se nas calotas polares. Desta pequena porcentagem, apenas 3% está na forma de água superficial, sendo que o restante representa em forma de águas subterrâneas. Também podemos perceber que deste pequeno volume de água doce, 12% encontra-se disponível em terras brasileiras, o que aumenta a nossa responsabilidade com este precioso patrimônio ambiental (BARROS et al., 1995).

Apesar de sermos beneficiados com esta disponibilidade, as políticas de saneamento não foram suficientes para atingir uma racionalidade em seu uso, isto é, tanto na

preservação dos mananciais como em sua correta exploração. Este baixo investimento acarreta uma disparidade na distribuição de água com qualidade para toda a população em nosso território. A região Norte do país concentra o maior volume de recursos hídricos, porém a densidade de sua população é baixa ocasionando uma maior oferta em quantidade de água, mas o governo não investe na qualidade desta água ofertada. Na região Sudeste ocorre o inverso, isto é, um grande número de concentração de população. Isto proporciona um maior investimento econômico por parte do governo em saneamento básico e distribuição de água tratada justamente por ser uma região de peso economicamente para o país.

O investimento em saneamento básico e a ampliação dos serviços médico-hospitalares são diretamente proporcionais à renda da população. No país, havendo uma distribuição desigual de renda, o acesso diferenciado aos recursos de saúde, incluindo os programas de saúde materno-infantil, imunização e ao saneamento são privilégios de camadas mais abastadas da sociedade que estão em condições de pagar pelos serviços (IBGE,1999).

Segundo dados do Ministério da Saúde (DATASUS), 30% de morte com crianças de menos de um ano de idade é por diarreia; também 5,5 milhões de brasileiros são acometidos por esquistossomose, há um aumento de casos de cólera e outras doenças que são veiculadas pela água. Também sabemos que o Brasil concentra em quarenta vezes a renda na camada mais rica do que nos mais empobrecidos. Esta população fica completamente sem acesso aos serviços de saneamento e saúde comprometendo todo o seu bem estar preconizado pela Organização Mundial de Saúde.

A ausência de saneamento básico interfere diretamente na saúde da população e principalmente nos índices de mortalidade infantil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em pesquisas sobre Informações Básicas de Meio Ambiente onde há esgotamento sanitário inadequado a taxa de mortalidade de crianças até 5 anos é 72% superior à verificada onde há esgotamento adequado. Na região Nordeste, municípios pobres sem condições de investimento em serviços de saneamento básico, a taxa de mortalidade infantil é de 74,3 mortes por mil nascidos vivos. Já na região Sul, considerada economicamente mais próspera, alguns municípios, onde o saneamento é satisfatório, a taxa é reduzida a 27,4 mortes por mil nascidos vivos. (IBGE, 1999).

Ainda segundo Indicadores de Desenvolvimento Sustentável, divulgados pelo IBGE no ano de 2002, houve 375 internações por 100.000 habitantes por doenças como diarreia, dengue, febre amarela e leptospirose, todas de veiculação hídrica.

Desde a década de 90, os investimentos públicos em saneamento vêm se reduzindo. Os investimentos privados ainda aguardam uma definição por parte do Congresso para definir a regulamentação no setor, pois as regras não são claras. O governo federal entende que cabe aos municípios gerenciar as políticas de saneamento, mas isto pode gerar distorções aumentando as desigualdades sociais em cidades pequenas como a grande maioria de nosso país, que não pode contar com recursos disponíveis para tal fim.

Grande parte dos municípios conta com o Programa de Saúde da Família (PSF) – Projeto do SUS/Ministério da Saúde - em que atuam os Agentes Comunitários de Saúde. Estes profissionais estão em contato direto com a população mais desassistida e consegue detectar parte destas doenças providenciando seu tratamento, muitas vezes evitando internação ou óbito. O problema é que a causa das doenças não sendo eliminada, a população fica sujeita a nova reinfecção.

Sabemos que as políticas públicas em Saneamento Básico não são prioridade dos governos que se sucedem. A escassez de investimentos na área sobrecarrega o setor Saúde que tem que arcar com todos os custos e, além disto, a ausência de saneamento é uma injustiça social para com a população que não conta com uma rede de proteção social aumentando ainda mais a exclusão social.

Esperamos que as políticas de saneamento sejam estimuladas para que as novas gerações possam viver num país com menos desigualdades e tenham um acesso à água adequada que lhes é de direito, como assegura a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Através da simbologia da água, podemos dizer que as ações de saneamento, ora são imobilizadas em águas paradas, ora correm como um rio caudaloso expandindo suas ações, rastros são desfeitos e refeitos de outras formas, mas a história continua sendo escrita e esforços continuam sendo envidados.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, J.J. A. **História antiga e contemporânea**. 7. ed. São Paulo: Ática, 1977. 472 p.
- BACHELARD, G. **A Água e os sonhos**: ensaio sobre a imaginação da matéria. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 202 p.
- BARROS, R. T. V. et al. **Saneamento**: Manual de Saneamento e Proteção Ambiental para os Municípios) Belo Horizonte: Escola de Engenharia da UFMG, 1995. Vol.II. 221p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS nº 1469/2000** – Controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Brasília: FUNASA, 2000.
- CAVALCANTI, R. **Mitos da água**. São Paulo: Editora Cultrix, 1997. 261 p.
- CENTENO, Y. K.; FREITAS, L. (Org.) **A simbólica do espaço**: cidades, ilhas e jardins. Lisboa: Editorial Estampa, 1991. 265 p.
- CHEVALIER, J.; GHEERBRANT, A. **Dicionário de símbolos**: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988. 996 p.
- COULANGES, FUSTEL. **A cidade antiga**. São Paulo: Martins Fontes, 1981. 310 p.
- FREUD, S. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 23,. 362 p.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estudos Históricos e Culturais. **Saneamento básico em Belo Horizonte**: trajetória em 100 anos – os serviços de água e esgoto. Belo Horizonte: FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1997. 311 p.
- GUIMARÃES ROSA, J. **Grande sertão veredas**. 18. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 568 p.
- HOCHMAN, G. **A era do saneamento**. São Paulo: Hucitec, 1998. 261 p.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORAFIA E ESTATÍSTICA. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro, 1999. 45 p.
- OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Coleção água**: água e saúde. Brasília, 1988. 20 p.
- RESENDE, S. C.; HELLER L. **O saneamento no Brasil**: políticas e interfaces.. Belo Horizonte: UFMG - Escola de Engenharia, 2002. 310 p.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública.** São Paulo: Hucitec: Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994. 423p.

SILVA RODRIGUES, E. **Os cursos da água na história:** simbologia, moralidade e a gestão de recursos hídricos. 1998. 166f. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro,1998.

SNOW, J. **Sobre a maneira de transmissão da cólera.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 249p.

Submissão: junho de 2005 Aprovação: outubro de 2005
--

ALCOOLISMO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS: DIAGNÓSTICO, DESINTOXICAÇÃO E PREVENÇÃO DA RECAÍDA

Alcoholism in Primary Health Care: diagnosis, detoxification and prevention of recurrence

Hamilton Lima Wagner*

RESUMO

O alcoolismo é um problema que afeta amplamente a comunidade sendo, porém, oculto pelos tabus e vergonhas que as famílias têm em lidar com o problema. Assim, a magnitude do problema fica oculta – dificultando uma atitude mais efetiva de enfrentamento da situação. O trabalho consiste em revisar a história e os conceitos vigentes sobre o alcoolismo, propondo uma abordagem sistêmica ao problema, considerando o alcoolismo como um hábito adquirido que pode ser desaprendido. É feita uma abordagem de enfrentamento do problema, com enfoque em prevenção primária, desintoxicação do paciente alcoolista e a prevenção da recaída. Seguindo a teoria sistêmica e uma abordagem comportamental, procura apresentar uma maneira simples e objetiva de lidar com a questão.

Palavras chave: Alcoolismo; Cuidados Primários de Saúde; Intoxicação Alcoólica

ABSTRACT

Alcoholism is a widespread problem, but it is hidden by the shame and taboos that many families have in dealing with the problem. So the size of the problem is not clear – making it more difficult to deal with. This study consists of a review of the history and current ideas about alcoholism, and proposes a systemic approach to the problem, treating alcoholism as an acquired habit that can be unlearned. The problem is addressed with emphasis on primary prevention, detoxification of the alcoholic and prevention of recurrence. Following the systemic theory and a behavioral approach, an attempt is made to present a simple and objective way to deal with this problem.

Key words: Alcoholism; Primary Health Care; Alcoholic Intoxication

1 INTRODUÇÃO

A frequência do problema do alcoolismo, geralmente oculto, é alarmante quando se estuda o padrão de comportamento da comunidade, analisando suas causas e determinantes. Mostrou-se necessário desenvolver estratégias de enfrentamento do alcoolismo de forma simples e prática, que pudesse ser executada a partir da realidade das Unidades de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba.

Como referencial deste estudo, foi considerado que trabalhamos dentro de Unidades de Saúde da Família, partindo da compreensão sistêmica do problema, em que o uso do álcool deixa de ser um fim apenas de busca da droga etanol, mas um complexo processo comportamental e relacional, em que o álcool é um dos componentes. Na revisão da literatura usada para embasar este trabalho, a maioria dos trabalhos atuais já contempla visão semelhante, o que muito facilitou o nosso estudo.

*Médico de Família e Comunidade da Prefeitura Municipal de Curitiba, Mestre em Princípios de Cirurgia.
Endereço: Rua Jaime Vaiga, 170 CEP 80310-570 - Seminário - Curitiba - PR
E-mail: hamiltonw@terra.com.br

2 TEORIAS SOBRE O ALCOOLISMO

Foram levantadas as diferentes teorias que estudam o alcoolismo para se chegar a uma compreensão clara do problema, o que abriu espaço para a construção da visão deste trabalho do uso do álcool como um hábito adquirido.

Partindo das primeiras teorias que definem o alcoolismo como uma anormalidade física pré-existente, passando pelas teorias que o definem a partir de patologias mentais ou psicopatologias prévias, checando as teorias que o definem como uma adição adquirida ou dependência química e, finalmente, analisando a questão sobre um prisma comportamental, o trabalho analisou como se construiu a compreensão atual do alcoolismo. Em cada teoria foram checados os seus pontos favoráveis e negativos, permitindo uma análise crítica que levasse a uma abordagem terapêutica adequada à realidade e que permitisse um enfrentamento consistente a realidade da nossa comunidade.

3 ABORDAGEM DO BEBEDOR-PROBLEMA

O trabalho a desenvolver com o alcoolista ou bebedor-problema começa no processo de identificação e captação do paciente. Sendo uma situação estigmatizante, fruto de preconceito social, é difícil para o paciente assumir que tem problemas com o álcool. Sua família, por sua vez, também tem dificuldade para se posicionar frente ao bebedor-problema – seja pelo papel que a bebida desempenha no sistema familiar (e o medo de que mudanças possam ser piores do que a situação atual), - seja pelo estigma de ser uma família com problemas.

A abordagem linear do alcoolismo, simplesmente inquirindo sobre o consumo de álcool, tem se mostrado ao longo do tempo insuficiente, a questão fica oculta até que se tenha um grau de complexidade que a família não mais consiga lidar com a situação. Em função disto, foram desenvolvidos vários instrumentos de detecção do problema, como o CAGE, AUDIT, MAST e vários outros.(HAGGERTY, 1994) Uma característica comum destes instrumentos é a identificação de situações já instaladas. Alguns – como o CAGE – singelos e de simples uso, identificam a situação já bem definida, infelizmente em pacientes com mais de 30 anos e com problemas crônicos de manejo mais difícil. Outros, de aplicação mais trabalhosa como o AUDIT, são mais sensíveis e exigem um tempo de identificação e diagnóstico maiores e maior compreensão do problema para a sua aplicação.

A identificação de situações de estresse repetido, doenças incidindo em vários membros de uma mesma família, situações de delinquência ou conflitos familiares repetidos devem levar a equipe de saúde a suspeitar de dificuldades estruturais na família e promover um rastreamento das causas.

Em relação ao álcool, há maior sensibilidade – sem muita especificidade - a utilização de perguntas-chave, que podem sugerir a aplicação de instrumentos mais detalhados e direcionados, como por exemplo o AUDIT. Este modo sistêmico de abordar o problema diminui a resistência das pessoas a comentar o seu consumo de álcool, levando a uma identificação precoce do problema em que o aconselhamento simples – feito pelo profissional de cuidados primários – pode promover uma redução substancial do consumo de álcool de acordo com Heather e Robertson (1997).

3.1 Lidando com o Bebedor-Problema

Para pessoas que apresentam um consumo mais intenso, o uso de um protocolo mais detalhado de trabalho, refletindo sobre seu comportamento atual e suas relações com e sem o álcool, níveis padrões de consumo podem ser utilizados. Um modelo sugerido por Kahan (1996) – modificado - pode servir de linha básica de trabalho:

1 – Rever com o paciente nível seguro de consumo de álcool: estudos realizados na América do Norte (KAHAN, 1996; US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 1996) e na Europa (HEATHER e ROBERTSON, 1997) sugerem que até 20 doses (não mais do que 4 de uma só vez) por semana são bem tolerados para os homens e de 12 doses (não mais do que 3 de uma só vez) por semana são bem tolerados pelas mulheres.

2 – Refletir com o paciente como o seu consumo pessoal se situa em relação aos limites toleráveis para consumo de álcool, fazendo visualizar como suas relações estão ligadas ao álcool e como isto tem influenciado a sua vida. Explorar como o beber faz parte das suas relações familiares e profissionais, quem está presente e envolvido neste processo e em que modificaria a vida se beber não estivesse presente.

3 – Discutir a percepção que o paciente tem dos efeitos do álcool em uma pessoa e como isto pode afetar sua saúde. Auxiliá-lo a perceber os danos que ele já enfrenta em decorrência do álcool, seja na esfera física, profissional ou pessoal, facilitando acesso à informação sobre os danos que o álcool pode causar. Refletir como as pessoas que lhe são importantes estão estimulando a abster do álcool e se há alguém que o estimule a beber.

4 – Negociar uma meta de consumo com o paciente: uma vez que o paciente tenha informações sobre níveis seguros de consumo de álcool e que tenha refletido sobre os riscos e danos a que está submetido, tentar estabelecer com ele metas de consumo que surjam a partir da idéia do paciente, conduzindo para que as mesmas fiquem dentro dos limites toleráveis.

5 – Revisar estratégias junto ao paciente para evitar intoxicações alcoólicas: Rever com o paciente todas as últimas vezes em que o consumo foi elevado, provocando intoxicação aguda.

6 – Fornecer ao paciente algum material de auto-ajuda, acessível e claro, que lhe permita refletir sobre sua vida e sua relação com o álcool. Que faça menção aos prejuízos que a bebida pode fazer em todos os campos da vida humana.

7 – Negociar com o paciente o registro diário de seu consumo de álcool, bem como as situações em que este consumo ocorreu, de modo a permitir um planejamento mais adequado de ações preventivas. Isto permite que o paciente trace suas próprias metas e seja reconhecido pela obtenção dos resultados propostos.

8 – Solicitar exames que ajudem ao paciente a se perceber acompanhado. Isto serve como um estímulo adicional para que as metas sejam obtidas. A dosagem da Gama-GT, apesar de não ser um marcador específico, permite uma noção evolutiva da diminuição do consumo.

9 – Agendar revisões regulares para acompanhamento do tratamento acordado com o paciente, servindo de reforço as suas decisões e de amparo quanto as suas dificuldades.

10 – Pacientes que não conseguem cumprir o acordado e que você perceba que estão tendo dificuldades em alguma das suas áreas de risco devem ser encaminhados para avaliação psiquiátrica.

3.2 Lidando com o Alcoolista

Quando um paciente é identificado como alcoolista a abordagem deve envolver um processo inicial de desintoxicação em que o paciente tenha resolvido a sua necessidade aguda de consumir álcool. Um protocolo ambulatorial, segundo Menz e Sant’Ana (1997) - modificado - de desintoxicação e de fácil execução a um custo muito reduzido pode ser seguido:

1 – O paciente deve aceitar o tratamento e comprometer-se a comparecer ao serviço diariamente por 5 dias, nos quais se fará o processo de desintoxicação.

2 – Diariamente o paciente receberá uma avaliação clínica para qualificar o risco de problemas, motivá-lo ao tratamento e fazer a prescrição do esquema terapêutico do dia.

3 – O paciente receberá hidratação oral – de 3 a 4 litros – para auxiliar na eliminação dos resíduos do álcool, durante os 5 dias de desintoxicação.

4 – Será administrado 600 mg ao dia de vitamina B1, durante um período de 7 dias.

5 – Será administrado diazepínico - diazepam de 10 a 70 mg ao dia visando diminuir a ansiedade e a necessidade de álcool. A retirada do diazepam será feita à razão de 5 mg a cada 3 a 5 dias, completando o processo de retirada em até 3 semanas.

6 – Em casos onde o paciente apresenta história de crises convulsivas o uso de carbamazepina de 600 a 1200 mg ao dia é indicado.

7 – Em pacientes deprimidos, em que a ansiedade pode ter um componente importante na manutenção do alcoolismo, o uso de antidepressivo como a imipramina ou a amitriptilina na dose de 75 mg diários é de muita utilidade.

8 – É fornecido complexo B durante o primeiro mês de tratamento para melhorar o ânimo do paciente.

3.3 Manutenção do Paciente Desintoxicado

Este protocolo singelo tem se mostrado muito eficiente no manejo dos pacientes, mas precisa ser inserido dentro de uma abordagem comportamental de acordo com Heather e Robertson (1997) – modificado - e que garanta mudanças na atitude do paciente e de sua família. A proposta de abordagem considera:

1 – Entendendo e tratando o alcoolista em seu contexto. O consumo de álcool está associado a situações de vida que o cidadão vivencia no seu dia a dia, e é

uma atividade de busca de prazer imediato, com o alívio de tensões e culpas. A compreensão das situações em que o indivíduo bebe, estresses associados à fuga através da bebida, permite o trabalho destas situações de um modo contextualizado a realidade. Lembrar do papel que alcoolista desempenha em seu sistema e em como as mudanças de seu comportamento influenciarão as atitudes das demais pessoas do sistema. No momento que as pessoas significativas, em especial os facilitadores (pessoas que propiciam o consumo de álcool) e os mensageiros (pessoas que alertam o serviço de saúde sobre a existência do problema), sejam envolvidas no tratamento as chances de sucesso aumentam significativamente.

2 – Solucionando problemas. É clássica a atitude de ver problemas de um modo complexo – globalizado - que impede a perspectiva de solução para as situações apresentadas. Cabe à equipe que se propõe a lidar com o alcoolista a particionar os problemas levantados em seus diversos componentes, de modo a se visualizar uma maneira de enfrentá-los.

3 – Mais ação e menos palavras. O alcoolista frequentemente tem a sua capacidade intelectual comprometida, o que impede grande insight sobre os seus problemas e situações de vida, sendo fundamental a oferta de atos concretos que permitam a assimilação das propostas terapêuticas.

4 – Envolvendo a família, os amigos e a comunidade. O problema do alcoolismo, visto como um hábito adquirido, tem raízes profundas nas crenças da família e da comunidade. O trabalho com o alcoolista que não envolve estas crenças está fadado ao insucesso.

5 – Faça valer a pena. O tratamento do paciente não deve ser punitivo, o paciente tem que se sentir acolhido e valorizado - isto é uma das chaves mestras para o tratamento de sucesso no enfrentamento deste problema. Mas o paciente deve perceber que a equipe, sua família e amigos não mais são coniventes com a sua dependência, todos devem tratá-lo com indiferença quando consome álcool – sem criticá-lo ou questioná-lo, e tratá-lo com zelo e carinho quando ele evita o contato com a bebida. A identificação dos facilitadores aqui se faz fundamental, ali reside quem cria a situação de consumo ou de acesso ao álcool, esta(s) pessoa(s) devem ser orientadas sobre as atitudes que propiciam e chegado qual o ganho que o sistema tem com a recidiva.

6 – Aprendendo a lidar com as chaves para beber. O uso do processo de dessensibilização das situações que levam a beber segue a mesma linha dos processos de descondicionamento que se aplicam em diversas situações. O paciente deve ser exposto a um desencadeante e oferecidas ações outras sem que o álcool seja parte.

7 – Auto gerenciamento e o estabelecimento de metas. É fundamental que o paciente e sua família se sintam responsáveis pelo processo de cura, cúmplices na tomada de decisões e engajados na busca de suas próprias soluções. A estratégia de estabelecer metas a serem monitoradas pelo próprio paciente, favorece este senso de responsabilidade e, ao mesmo tempo, garante à equipe um modo sensível de perceber o comprometimento do paciente e de sua família na busca das soluções para o problema.

8 – Conselheiros e modelos. É fundamental que o paciente tenha uma identificação com algum membro da equipe de saúde, que permita a ele a busca de aconselhamento em situações de dificuldade e dúvidas quanto ao seu tratamento. Ao mesmo tempo é importante identificar, dentro de seu centro de relações, personagens que lhe sirvam de modelo, com as quais tenha afinidade e que possam ser engajadas no processo de tratamento do alcoolista.

9 – Escolhas do cliente. O uso da andragogia (aprendizado a partir da realidade do aprendiz, considerando seus limites e crenças) é uma das chaves para que este tipo de abordagem funcione, respeitar as opções do paciente e sua realidade facilita que o mesmo se comprometa com o tratamento proposto.

Uma vez desintoxicado e se sentindo melhor, o paciente volta a sua rotina diária, aos seus afazeres – muitos dos quais identifica como associados ao consumo de álcool. Sua família, que se mobilizou para enfrentar a crise do alcoolista, agora se defronta com alguém que deseja mais espaço em sua casa – seu quinhão de mando.

Este é um momento delicado para o alcoolista e para o sistema como um todo. Mesmo disfuncionando o paciente participa de um grupo com quem vive e interage, a alteração de seu estado implica em alteração nos papéis de outros componentes da família. O modo de viver e de se relacionar tende a reproduzir as situações de consumo de álcool, o que exerce uma grande pressão emocional sobre o paciente.

3.4 Prevenção da Recaída

Uma maneira de se trabalhar isto seria seguir o protocolo sugerido por Heather e Robertson (1997), modificado para a nossa realidade:

1 – Identificar situações sociais de risco. O paciente que se sente desvalido de apoios sociais é mais vulnerável à busca da solução do álcool. A percepção dos laços familiares, do envolvimento de pessoas significativas no enfrentamento do problema do paciente é algo básico e que permite o sucesso de médio e longo prazo. Pacientes sem familiares próximos podem se ver numa situação de total desvalia, criando situações de manejo muito difícil. Nestes casos, é importante um trabalho de terapia de apoio que ajude o paciente a resgatar a auto-estima, auxiliando na construção de um novo referencial que lhe permita construir uma nova vida.

2 – Identificar fatores desencadeantes do consumo de álcool. Explorar com o paciente em quais situações e de que maneira o álcool fazia parte de sua vida. Envolver o sistema familiar no enfrentamento destes problemas - de modo que eles possam identificar como contribuem para o hábito de beber do paciente - e possam ser partícipes da busca da solução do problema.

3 – Aplicar um roteiro cognitivo comportamental às situações em que o paciente refere desejo de consumir álcool. Como o paciente alcoolista tem a sua capacidade cognitiva parcialmente prejudicada, havendo um grau acentuado de bloqueio ao pensamento abstrato, é básico buscar ações concretas que façam o mesmo viver o que se está propondo. A família também deve ser convidada a participar deste processo de trabalho para que descubra novas maneiras de interagir com o alcoolista, evitando que os boicotes inconscientes dificultem a recuperação do paciente.

4 – Identificação de Situações de Risco. É muito comum vermos pacientes executando atos que sugerem uma recaída, muito antes de que ela venha a se concretizar. O trabalho com estas situações, bem como o estímulo dos facilitadores, deve ser explorado nas entrevistas, permitindo uma reflexão terapêutica que previne a recidiva.

5 – Disponibilidade de pessoas dentro da equipe para ouvirem e auxiliarem o paciente em recuperação. Pacientes motivados e que querem buscar a cura de seu vício

quando ameaçados ou se sentindo prestes a fraquejarem buscam o socorro de uma voz amiga que lhes ouçam as angústias e lhe apóiem nos momentos de dificuldade.

6 – Trabalhar os Pensamentos Mágicos e Atitudes de Desafio. Após um tempo de abstinência, muitos alcoolistas começam a ter pensamentos em que questionam o risco e sua incapacidade de lidar com o problema do álcool. São comuns as recaídas nesta fase em que o paciente desafia os seus limites, achando que a dependência não mais existe. Equipe de saúde e família devem estar cientes das dificuldades para que a frustração com a recaída não impeça o esforço de reiniciar o tratamento – nem que o paciente perca a esperança de livrar-se do problema. Pensando-se sistemicamente é necessário avaliar quais foram as causas em que se precipitou a recaída e buscar neutralizá-las.

7 – Ofertar ao paciente grupos de apoio próprios da Unidade de Saúde e/ou de movimentos comunitários de combate ao alcoolismo (tais como o AA e seus congêneres). A presença de outras pessoas em recuperação aumenta o senso de responsabilidade do alcoolista no enfrentamento de seus problemas, permitindo à equipe de saúde utilizá-los como espelhos na busca da manutenção do paciente abstinente.

8 – Estabelecer uma rede de apoio com familiares e pacientes em recuperação para a detecção precoce dos casos de recaída, garantindo apoio ao paciente na retomada do tratamento e evitando que o mesmo se sinta um derrotado que não pode ser salvo do seu vício.

3.5 Política de Saúde na Questão do Alcoolismo

É claro que o trabalho com o alcoolista não depende apenas das equipes de saúde, mas também de uma política global de combate ao consumo de álcool. Infelizmente, a irresponsabilidade com a matéria faz parte da cultura geral de nossas comunidades, e mesmo em escolas – onde os educadores deveriam estar preocupados com a formação dos jovens – há uma grande resistência de se impedir o consumo de álcool, especialmente em festas.

A proposta de diminuição de consumo de álcool deve se iniciar com amplos esclarecimentos à comunidade sobre os riscos que o abuso do álcool impõe à saúde e à sociedade, inibição legal do consumo de álcool até o fim da adolescência – via legislação específica e fiscalização agressiva, elevação agressiva da carga tributária sobre produtos que contenham álcool (por exemplo uma lata de cerveja que se compra no Brasil a R\$ 1,00 é encontrada na Inglaterra a R\$ 6,00). Na Irlanda a licença para comercializar álcool é tão difícil que apenas poucos estabelecimentos podem fazê-lo, e não é liberada a venda em supermercados.

3.6 Instrumentos de Diagnóstico

A seguir, listamos os instrumentos de diagnóstico CAGE e AUDIT que propomos como instrumentos básicos de trabalho, junto com perguntas-chave para adolescentes: “Quantos copos (garrafas) você é capaz de tomar numa festa?”; “Até ficar animado, quantos copos você precisa tomar?”; e para adultos: “Quando você está com

problemas, o que você gosta de fazer para relaxar?"; "Nas suas atividades sociais (ou de trabalho) é comum (freqüente ou necessário) haver bebidas alcoólicas?"

CAGE – Sensibilidade de 74-89% e Especificidade de 79-95% (2 respostas positivas)

- 1 – Você já sentiu que precisa diminuir o seu consumo de álcool?
- 2 – As pessoas lhe incomodam criticando o seu consumo de álcool?
- 3 – Você já se sentiu mal ou culpado por seu consumo de álcool?
- 4 – Você já usou um drinque cedo pela manhã para acalmar os nervos ou curar uma ressaca?

Comentários sobre o instrumento: ele é inespecífico em relação ao tempo do problema e só dá resultados consistentes em pacientes adultos.

AUDIT – Sensibilidade de 92% e Especificidade de 94% (acima de 10 pontos em 40 possíveis)

- 1 – Com que freqüência você usa bebidas com álcool? 0 – Nunca; 1 – Mensalmente; 2 – 2 a 4 vezes ao mês; 3 – 2 a 3 vezes na semana; 4 – Mais do que 3 vezes na semana.
- 2 – Quantos drinques com álcool você consome em um dia típico em que bebe? 0 – 1 ou 2; 1 – 3 ou 4; 2 – 5 ou 6; 3 – 7 a 9; 4 – 10 ou mais
- 3 – Com que freqüência você bebeu 6 ou mais drinques de uma só vez? 0 – nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 4 – Com que freqüência no último ano você não conseguiu parar de beber após ter começado? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 5 – Com que freqüência no último ano você deixou de fazer algo que se esperava de você por causa do álcool? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 6 – Com que freqüência no último ano você bebeu pela manhã para curar a ressaca? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 7 – Com que freqüência no último ano você se sentiu culpado ou com remorso por ter bebido? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 8 – Com que freqüência no último ano você esqueceu o que fez na noite anterior por causa da bebida? 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Mensalmente; 3 – Semanalmente; 4 – Diariamente ou quase
- 9 – Você ou outra pessoa já ficou machucada por causa da sua bebida? 0 – nunca; 2 – Já, mas não no último ano; 4 – Já, durante este ano
- 10 – Algum parente, médico ou trabalhador da saúde esteve preocupado com a sua bebida ou sugeriu que você diminuísse o seu consumo de álcool? 0 – nunca; 2 – Já, mas não no último ano; 4 – Já, durante este ano

Comentários sobre o instrumento: é detalhado e contextualizado ao tempo atual, ocupa um tempo razoável para ser executado.

REFERÊNCIAS

ALONSO, L. G. et al. **Alcoolismo, uma proposta de atuação**. Curitiba: Curso Básico de Saúde da Família, 1997.

ALVARADO, R. et al. Programa de Salud Mental para la Atención Primaria en el Servicio de Salud Metropolitana Sur. **Revista Psiquiatría**, Santiago de Chile, v. 8, n. 2, p. 805–814, abr./junio 1991.

ARAVENA, R. et al. Evaluación: programa de prevención secundaria e terciaria del alcoholismo en el nivel primario. **Cuadernos Médico Sociales**, Santiago de Chile, v. 27, n. 2, p. 74–81, 1986.

BABOR, T. F. et al. Comments on the WHO report “Brief interventions for alcohol problems”: a summary and some international comments. **Addiction**, v. 89, n. 6, p. 657-678, 1994.

BENTES, L. et al. **O brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Kalimeiros, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília : Ministério da Saúde, 1990.

CAMPILLO, C. S. et al. El médico general frente al bebedor problema. **Salud Mental**, Madrid, v. 11, n. 2, p. 4–12, 1988.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL. Alcohol and alcohol – related problems. v. 148, 1993. 2041 A – 2041 B. Disponível em: <[http:// www.cma.ca/canmed/policy/alcohole.htm](http://www.cma.ca/canmed/policy/alcohole.htm)>. Acesso em: 30 ago. 1997.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. Alcohol and alcohol – related problems.1993. Disponível em: <<http://www.cma.ca/inside/policybase/1993/6-1.htm>> . Acesso em: 15 jan. 1999.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION.. Alcohol and substance abuse by adolescents. 1994. Disponível em: <<http://www.cps.ca/english/statements/AM/am04-03.htm>>. Acesso em: 30 ago. 1997.

CARAZZAI, L. R. **Habilidades no inter-relacionamento**. Curitiba: s.n., 1996.

DIMENSTEIN, G. 65% de alunos de escola pública bebem. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 maio 1998. p.3-7.

DUSZYNSKI, K. R. et al. Reported practices, attitudes, and confidence levels of Primary Care physician regarding patients who abuse alcohol and other drugs. **Mariland Medical Journal**, v. 44, n. 6, p. 439-446, 1995.

ESCOBAR, F. et al. Validación del cuestionario SMAST para el diagnóstico del alcoholismo en Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 14, n.2, p.627-630, jun. 1994.

HAGGERTY, J. L. Early detection and counselling of problem drinkig. In: CANADA COMMUNICATION GROUP. **The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care**. Ottawa: Canada Communication Group, 1994, p.488-499.

HAINES, M. et al. Changing the perception of the norm: a strategy to decrease binge drinking among college students. **Colege Health**, Illinois, v. 45, p.134-140, 1996.

HEATHER, N.; ROBERTSON, I. **Problem drinking**. Midsomer Norton: Oxford Medical Publications, 1997.

HOWARD, J. et al. Community organizing, public policy and the prevention of alcohol problems. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, Rockville, v. 20, n. 8, p. 265-269, 1996.

JANSEN, M. A. Prevention research for alcohol and other drugs: a look ahead to what is needed. **Substance Use & Misuse**, Rockville, v. 31, n. 9, p. 1217-1222, 1996.

KAHAN, M. Identifying and managing problem drinkers. **Canadian Family Physician**, Toronto, v. 42, p. 661-671, 1996.

KING, L. Structured GP liaison for substance misuse. **Nursing Times**, Bournemouth, v. 93, n.4, p. 30-31, 1997.

KNAPP, P. et al. **Prevenção da recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KRESTAN, Jo-Ann; BEPKO, C. Problemas de Alcoolismo e o Ciclo de Vida Familiar. In: CARTER, B. et al. **As Mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 415-439.

LIEPMAN, M. Alcohol and drug abuse in the family. In CHRISTIE-SEELY, J. et al. **Working with families in primary care**. Westport: Praeger Publishers, 1984. p. 422-448.

MCDANIEL, S. et al. **Terapia familiar médica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MCMENAMIN, J.P. Detecting young adults with alcohol use disorder in a general practice. **New Zealand Medical Journal**, Wanganui., v. 110, p.127-128, 1997.

MCWHINNEY, I.R. et al. **A textbook of family medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1997.

MENZ, D.M.; SANT'ANA, A.M. **Alcoolismo: o papel da Atenção Primária**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 1997.

METZNER, C. et al. **Diagnóstico do alcoolismo: indo além da aparência**. Curitiba: Curso Básico de Saúde da Família, 1997.

METZNER, C. et al. **Prevenção em alcoolismo: propondo estratégias**. Curitiba: Curso Básico de Saúde da Família, 1998.

OLIVEIRA, M. **Como prevenir recaídas**. Registro 86786. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Agentes de Saúde em Alcoolismo, s.d.

ORTIZ, B. et al. Estudio multicentrico sobre el abordaje del consumo de alcohol en atención primaria. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 19-2, p. 80-83, 1997.

RAMALDES, D. et al. **Grupo de trabalho alcoolismo**. Vitória: Curso Básico de Saúde da Família, 1998.

ROCHE, A. M. et al. Managing alcohol and drug problems in general practice: a survey of trainees' knowledge, attitudes and educational requirements. **Australian and New Zeland Journal of Public Health**, Sydney, v. 20, n. 4, p. 401-408, 1996

RYAN, J. G. et al. Health outcomes of women exposed to household alcohol abuse: a Family Practice Trining Site Research Network (FPTSRN) Study. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 45, n. 5, p. 410-417, 1997.

SAALFELD, V. et al. Prevalência do alcoolismo em cuidado primário à saúde. **Pesquisa Médica**, Porto Alegre, v. 27, p.5-9, 1993.

SAMET, J. H. Alcohol and other substance abuse. *Medical Clinics of North America*, Philadelphia, v. 81, p. 4, July 1997.

SCHUCKIT, M. A. Alcohol and alcoholism. In: **Harrison's Clinical Medicine** (On Line), 1998. Disponível em: <http://www.harrisononline.com/server-já...nos/1096-7133/Chapters/ch-386/Page1.html> Acessado em: 11 jul. 1998.

TALASHEK, M.L. Family nurse practitioner clinical competencies in alcohol and substace use. **Journal of the American Academemy of Nurse Practitioners**, Chicago, v. 7, n. 2, p. 57-63, 1995.

U.S. Preventive Service Task Force. Screening for problem drinking. In: _____. **Guide to clinical preventive service**. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 567-582.

VINSON, D.C. Problem drinker. In: WEISS, B.D. **20 Common Problems**. New York: McGraw Hill, 1999.

WAGNER, H.L.; PINTO, M.L.O. **Atenção primária e alcoolismo**. Curitiba: Curso de Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família. Universidade Federal do Paraná, 1998.

Submissão: maio de 2005 Aprovação: agosto de 2005
--

ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO AO IDOSO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Home care for the aged in Primary Health Care

Maria das Graças Melo Fernandes¹

Kyldery de Melo Fragoso²

RESUMO

O atendimento domiciliar no contexto da atenção primária à saúde tem se tornado um importante instrumento para a operacionalização do processo de cuidar do idoso em diferentes contextos sociais. Apesar disso, a literatura nacional específica apresenta escassez de estudos relativos a essa modalidade de cuidado no âmbito da atenção básica. Assim sendo, este artigo de revisão enfoca alguns aspectos operacionais, éticos e técnicos que podem nortear o atendimento ao idoso neste contexto e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da sua assistência à saúde.

Palavras-chave: Cuidados Primários de Saúde; Cuidados Domiciliares de Saúde; Idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Consulta a Domicílio; Envelhecimento da População.

ABSTRACT

In the context of primary health care, home care has become an important instrument for the operationalization of the care-taking process of the aged in different social environments. In spite of this, there is a dearth of studies related to home care in the primary health care area in the national literature. Thus, this revision focuses on some operational, ethical and technical aspects that may give direction to elderly care in the home context, and consequently contribute to improving the quality of health assistance for the aged.

¹Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração – DEMCA/CCS/UFPB. Doutora em Ciências da Saúde. Especialista em Geriatria e Gerontologia Social. Endereço: Rua Engenheiro Normando Gomes de Araújo, 132 – Bessa – CEP: 58037-340 João Pessoa - PB Fone: (83) 3246.1797 / 9996.1797 E-mail: graaca@bol.com.br

² Discente do Curso de Graduação em Enfermagem – FIPE-PB.

Key words: Primary health Cares; Home Nursing; Aged; Health Services for the Aged; House Calls; Demographic Aging.

INTRODUÇÃO

Uma das principais características da população mundial neste início de um novo século é o aumento expressivo de pessoas com sessenta anos de idade ou mais. Dos cerca de seiscentos milhões de idosos vivendo hoje, no mundo, aproximadamente 370 milhões habitam em países em desenvolvimento, e as projeções para os próximos vinte anos apontam para uma população de mais de um bilhão de idosos, dos quais setenta por cento irão residir em países pobres ou em vias de desenvolvimento.

No Brasil, o aumento do número de idosos na população é expressivo: em 1940 era de quatro por cento, passou a 8,6% em 2000 (equivalendo quinze milhões de pessoas) e projeções recentes indicam que esse segmento passará a quinze por cento em 2020 (IBGE, 2000). Além disso, a população idosa também está envelhecendo, ou seja, onze por cento dos seus componentes apresentam idade de oitenta anos ou mais, sendo o segmento da população que mais cresce; em 2050, dezenove por cento dos idosos brasileiros estarão nessa faixa etária. O número de centenários deverá aumentar em quinze vezes, passando de 145 mil, em 1999, para 2,2 milhões de indivíduos em 2050 (FREITAS, 2004).

As mudanças verificadas no quadro demográfico brasileiro decorrem basicamente da redução da fecundidade e da mortalidade. Associado a isso vivenciamos uma transição epidemiológica em que as doenças infecciosas agudas, mais incidentes na população infantil, estão sendo substituídas pelas crônico-degenerativas, que acometem os indivíduos na idade adulta e os mais idosos (DALY, 2004).

Consubstanciando essa assertiva, estudos com base populacional, descritos pelo Ministério da Saúde, apontam que, em nosso País, a maioria dos idosos (mais de 85%) apresenta pelo menos uma enfermidade crônica, e cerca de quinze por cento, pelo menos cinco (BRASIL, 2002), as quais perduram por vários anos e demandam ações constantes por parte dos serviços e dos profissionais de saúde. Todavia, deve-se ter em mente que o

envelhecimento não é uniforme em todos os indivíduos, de maneira que alguns podem atingir idades avançadas, com excelente estado de saúde.

Ante essa realidade, as implicações do envelhecimento populacional para as práticas de saúde dizem respeito ao enfoque das doenças crônicas, em lugar das agudas; da morbidade, em lugar da mortalidade; da qualidade de vida, de preferência, ao prolongamento da vida e ao adoecimento, quando a cura não é possível (LITVOC; DERNTL, 2002).

Nesse contexto, o atendimento domiciliar, especialmente aquele embasado nos pressupostos do Programa de Saúde da Família, emerge como um modelo assistencial capaz de resolver ou minimizar os problemas de saúde do idoso numa perspectiva holística, ou seja, no cenário onde se dão suas principais relações pessoais e sociais e onde ele, em maior grau, interage com fatores que influenciam seu estado de saúde, seu adoecimento e sua reabilitação. Assim sendo, a implementação desse tipo de cuidado é eficaz na diminuição das perdas do idoso produzidas pelo envelhecimento; reduz a possibilidade de hospitalização do idoso num estágio avançado da doença e/ou da incapacidade, o que aumenta os custos econômicos e os riscos iatrogênicos, além de favorecer a humanização do cuidado.

Segundo Marreli (1997), atendimento domiciliar compreende um componente *continuum* do cuidado à saúde por meio do qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em seus locais de residência, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde ou maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças.

Com base nos fatores ora expostos e com o objetivo de colaborarmos para a redução de uma lacuna observada na literatura nacional no tocante à discussão dessa temática, buscamos sintetizar neste estudo alguns aspectos operacionais, éticos e técnicos do cuidado ao idoso no âmbito domiciliar, no sentido de contribuirmos para o aperfeiçoamento dessa prática na atenção básica à saúde.

Aspectos operacionais do atendimento domiciliar ao idoso

De acordo com a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, Assistência Domiciliária ou Atendimento Domiciliário é aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a: aumentar a autonomia do idoso para que este possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível; prevenir situações carenciais que aprofundam o risco da perda de independência; criar ou aprimorar hábitos saudáveis, como, por exemplo, os relacionados à higiene, à alimentação, à prevenção de quedas ou acidentes; acompanhar o idoso com afecções crônicas e suas seqüelas, não tendo, portanto, caráter emergencial.

Considerando, de modo particular, a assistência domiciliária na Atenção Básica à Saúde, implementada pelo Sistema Único de Saúde por meio das equipes de saúde do Programa Saúde da Família, ressaltamos que ela pode ser efetivada de dois modos: por meio de visita domiciliar ou através do atendimento domiciliar.

Na visita domiciliar, a equipe de saúde pode avaliar as necessidades do idoso, de seus familiares e do seu ambiente, bem como realizar um gerenciamento efetivo da saúde do idoso visando à prevenção de agravos através de intervenções precoces sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do idoso, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível. São elegíveis, para esse tipo de cuidado, idosos que vivenciam as seguintes condições: portadores de múltiplas afecções crônicas; que apresentam interações frequentes; que têm 85 anos ou mais; que residem sozinhos; que apresentam distúrbios cognitivos; que sofreram acidentes/quedas nos últimos seis meses; que usam polifármacos e não apresentam uma adesão terapêutica adequada e, ainda, os que não possuem uma rede de apoio social ou ela não é efetiva (DIOGO; DUARTE, 2002).

Conforme o Ministério da Saúde, as ações de saúde, realizadas no domicílio no contexto da atenção básica, incorporam as seguintes características: compreendem ações sistematizadas, articuladas e regulares; pautam-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; destinam-se a atender as necessidades de saúde de um determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária; desenvolvem-se por meio de trabalho em equipe; utiliza-se de tecnologia de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade

(equipamento); devem ser desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família ou pelos profissionais que atuam na Atenção Básica no Modelo Tradicional (BRASIL, 2003).

No que se refere aos critérios de inclusão do idoso na assistência domiciliar, o Ministério da Saúde pontua os seguintes: existência de cuidador familiar ou informal com boas condições físicas, psicológicas e cognitivas; formalização de termo de consentimento informado com a família e com o idoso (se consciente) ou com seu representante legal; morar na área de abrangência da unidade de saúde; necessitar de cuidados com a frequência de visitas e complexidade compatíveis com a atenção básica; quando as condições clínicas do idoso não permitem que ele se desloque até o serviço de saúde; quando a infra-estrutura física do domicílio permitir a efetividade da assistência (BRASIL, 2003). Lembrar que não atender em domicílio precário pode significar exclusão.

Quanto aos critérios de desligamento, a Instituição ora citada recomenda os seguintes: mudança da área de abrangência (com transferência entre equipes); impossibilidade da permanência do cuidador familiar no domicílio; não aceitação do acompanhamento por parte do idoso e/ou da família; recuperação das condições de deslocamento do idoso até a unidade de saúde; piora clínica que justifique uma internação hospitalar.

Na implementação da assistência domiciliar no campo da gerontologia, os profissionais devem focar criteriosamente o idoso, a família, o contexto domiciliar e o cuidador familiar principal.

► **O Idoso**

A equipe deve buscar compreender o idoso como pessoa única, inserida num contexto familiar e social com o qual interage continuamente. Além disso, deve-se avaliar a demanda de cuidados requerida pelo idoso identificada a partir da sua avaliação global, com enfoque nos aspectos biofuncionais, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais, respeitando sua individualidade, sua história de vida e seus conhecimentos (DIOGO; DUARTE, 2002). Para Duarte et al. (2000), o diagnóstico preciso da multiplicidade de problemas que o idoso pode vir a apresentar só pode ser considerado próximo do correto após o conhecimento pelos profissionais envolvidos no seu cuidado, de suas condições de vida, permitindo, assim, a percepção mais holística da demanda de cuidado do idoso.

Eliopoulos (2005) acrescenta que, na avaliação do idoso, os profissionais de saúde busquem também identificar pessoas que desempenhem um papel familiar, não importando se não há parentesco ou residem em casas diferentes, as quais, na medida do possível, devem ser incluídas no cuidado ao idoso. Para essa avaliação, a autora sugere o uso dos seguintes questionamentos: quem o visita regularmente? quem faz compras com ele ou para ele? quem o acompanha ao serviço de saúde? quem o cuida quando está enfermo? quem o ajuda a tomar decisões? quem o procura para a obtenção de apoio emocional?

▶ **A Família**

A família é o cenário de proteção e de cuidado; é o melhor lugar para os idosos. Entretanto, para alguns deles, a família pode ser o local da domesticação, da violência e da opressão (PORTELA, 2002). Ante essa realidade, o planejamento do cuidado adequado ao idoso requer que a equipe de saúde compreenda as questões que envolvem a formação e a dinâmica de funcionamento da sua família, pois isto pode exercer efeitos positivos ou negativos sobre sua vida. Considerando a maturidade e a funcionalidade, Pintos (1997) classifica os sistemas familiares dos idosos em:

- a) **Sistemas maduros ou funcionais (família normal).** A família dita “normal” é aquela em que seus membros são autônomos no que diz respeito às questões pessoais, mas comprometidos em seus vínculos familiares de forma recíproca. Esse grupo está disposto a contribuir e a somar esforços e recursos na obtenção de soluções adequadas aos conflitos e necessidades de seus membros de modo flexível. Constitui para a equipe de saúde recurso estratégico e terapêutico fundamental no cuidado integral ao idoso.
- b) **Sistemas imaturos ou disfuncionais.** Estes sistemas familiares não são capazes de resolver adequadamente situações críticas como uma questão do grupo. Nessa realidade, destacam-se a família abandonadora e a família superprotetora. Na família abandonadora não foram desenvolvidos laços afetivos reais, inclusive por parte do idoso. Esse sistema acha que os problemas do idoso não lhe dizem respeito e esperam que os outros dêem solução à questão. Já a família superprotetora é um grupo que assume proteção extrema. Priva seus membros da própria liberdade para tomarem decisões. Nesse contexto, o idoso, geralmente, é tratado como criança, com pouca ou nenhuma autonomia, sendo impossibilitada a expressão de suas atitudes e desejos.

Conforme orientação de Eliopoulos (2005), na investigação da dinâmica familiar, é útil a exploração dos seguintes aspectos: como os membros da família se sentem uns com os outros? eles amam, respeitam ou apreciam uns aos outros? eles compartilham os eventos diários? eles acreditam que os jovens devem cuidar dos idosos? a família é semelhante às demais famílias da comunidade?

A disfunção familiar é determinada por múltiplos fatores: doença de um membro da família, mudança no nível de dependência de um dos membros (incapacidade física, cognitiva e/ou comportamental), mudança no papel de um dos membros, adição ou perda de um familiar, aumento das despesas, redução de renda, desvio social ou sexual de um membro da família, entre outros (ELIOPOULOS, 2005). Essa autora destaca, ainda, que famílias disfuncionais podem ser incapazes de preencher as necessidades físicas, emocionais, socioeconômicas e espirituais de seus membros; de obter e utilizar ajuda de outros; inexperientes ou ineficazes no controle de crises; rígidas nos papéis, nas responsabilidades e nas opiniões; ineficazes ou inapropriadas em sua comunicação e comportamento, inclusive com padrões de violência aprendidos.

► **O Domicílio**

Este ambiente conhecido, impregnado de histórias, onde cada objeto tem um significado especial, pode, no entanto, ter problemas em sua manutenção e/ou oferecer barreiras arquitetônicas que limitem ou impossibilitem a mobilidade do idoso, expondo-lhe a situações de risco, agravando ou desencadeando processos patológicos (CARLETI; REJANE, 1996). Além disso, é importante que a equipe de saúde observe se, nesse domicílio, o idoso se sente seguro e autônomo. Cruz (2000) afirma que é possível o idoso sentir-se impotente mesmo no seu domicílio, à medida que vê se esgotarem seus próprios recursos para manejar esse ambiente. Nesse contexto, o conhecimento da real situação existente no domicílio do idoso é uma informação essencial para uma avaliação completa das suas demandas de cuidado.

Nos casos em que a equipe necessite sugerir modificações no ambiente do idoso, visando ao seu bem-estar, deve-se ter por base a ética, a delicadeza, a educação e o respeito (DIOGO; DUARTE, 2002). Lembrar que o domicílio do idoso, como salientam Floriani e

Schramm (2004), é um local onde o poder estabelecido pertence ao idoso ou aos membros daquela família.

O Cuidador Familiar

A Política de Atenção à Saúde do Idoso, elaborada em 1999, determina a efetividade de um sistema de apoio e desenvolvimento de parcerias entre os serviços de saúde, os profissionais e o cuidador familiar para o enfrentamento das necessidades do idoso, especialmente daquele com prejuízo na sua capacidade funcional. A capacidade do cuidador em atender as necessidades do idoso tende a se fragilizar frente à falta de orientação, acolhimento e vínculo com os sistemas formais de apoio.

Uma situação especialmente preocupante diz respeito ao “idoso jovem cuidar de idoso idoso”. Cuidadoras familiares idosas estão mais predispostas ao impacto negativo do cuidado devido às mudanças associadas ao próprio envelhecimento e por apresentarem um estado de saúde parecido com aquele evidenciado pelo receptor de cuidado (FERNANDES, 2003). Essa autora também observou que, além desses fatores, cuidadoras mais idosas experimentam maior tensão no processo de cuidar do seu parente idoso dependente, por esse processo suscitar nelas, de algum modo, a vivência da proximidade de sua própria incapacidade ou finitude.

Programas de apoio a cuidadores familiares de idosos podem ser dirigidos ao cuidador principal ou a vários membros da família e podem ser operacionalizados através de atendimentos individuais e ou grupais. As intervenções devem se basear nas necessidades específicas de cada cuidador ou família. Essas ações devem contemplar atividades de natureza instrumental, ou seja, ajuda no cuidado direto; orientação prática quanto aos procedimentos de cuidado; informações sobre a doença/dependência do idoso (reconhecimento de anormalidades e recursos disponíveis para enfrentá-las); adaptações necessárias no ambiente físico de cuidado, além da oferta de oportunidade para expressão e acolhimento de sentimentos e experiências de enfrentamento dessas dificuldades, quando se pode alcançar, juntos (profissional e cuidador), o consenso sobre o melhor modo de se lidar com elas; estímulo para o autocuidado (sono adequado, repouso, nutrição, exercício, socialização, redução do estresse, controle da saúde).

Aspectos éticos ou moralmente problemáticos que podem ser vivenciados pela equipe de saúde no atendimento domiciliar ao idoso

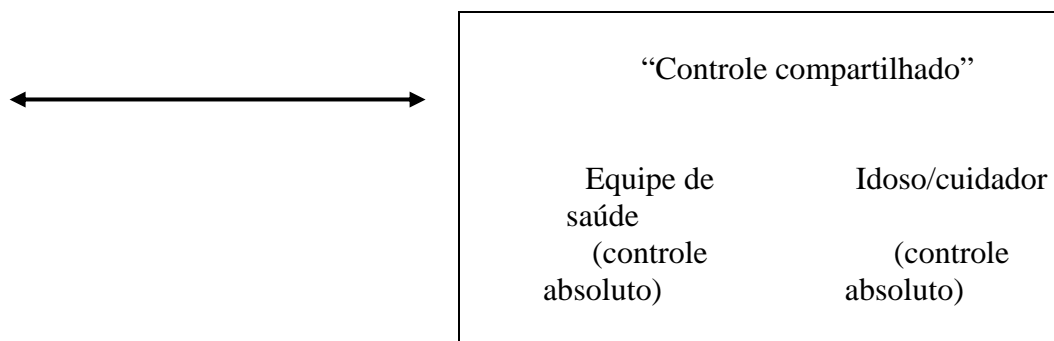
O atendimento domiciliar envolve vários atores sociais em uma rede complexa de relações, gerando situações de conflitos de interesses e de valores entre esses atores (FLORIANI; SCHRAMM, 2004). Assim sendo, norteamos-nos pelo estudo desenvolvido por Zoboli e Fortes (2004), envolvendo profissionais com atuação no Programa Saúde da Família, para pontuarmos e analisarmos algumas situações que podem ser experimentadas pelos profissionais no atendimento domiciliar ao idoso e sua família que requerem uma reflexão ética. Essas situações compreendem:

- ▶ dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional-usuário, em virtude do PSF caracterizar-se pelo vínculo e responsabilização da equipe para com as famílias de sua área. Isso pode favorecer uma situação de dependência exagerada, com a equipe de saúde assumindo tarefas e responsabilidades que poderiam ser realizadas pelo idoso, família e/ou comunidade;
- ▶ dificuldade em verificar os limites da interferência da equipe no estilo de vida das famílias ou usuários. Os profissionais devem discutir o estilo de vida dos usuários e família sem interferir na tomada de decisão sobre as mudanças, não deixando de clarificar as conseqüências do curso de ação escolhido pelo usuário e as razões pelas quais indicam outra alternativa;
- ▶ dificuldade para manter a privacidade do idoso durante o atendimento, bem como de definir em que medida as informações devem ser compartilhadas no âmbito da equipe, especialmente com o agente comunitário de saúde que é um vizinho dessa família;
- ▶ dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional da equipe no cuidado ao idoso, uma vez que, nesse contexto, se verificam diferentes saberes e práticas, havendo necessidade de se respeitarem as diferenças. Para o enfrentamento dessa realidade, os profissionais devem definir suas atribuições, mutuamente, considerando suas capacitações técnicas e legais, imbuídos de disponibilidade para o diálogo e sem perder de vista que a centralidade da atenção à saúde do idoso é o atendimento de suas necessidades e de sua família.

Especificidades técnicas do cuidado do idoso dependente no domicílio

Dependendo de quanto à incapacidade comprometeu a independência e a autonomia do idoso, este poderá requerer cuidados que podem ser contínuos e prolongados. Mesmo nesse contexto, deve ser garantida sua participação no cuidado de si mesmo, pois a inabilidade de um idoso fazer algo nem sempre representa incapacidade dele tomar decisões. Como afirmam Gonçalves e Alvarez (2002), o processo de cuidar se dá em ações consecutivas, de modo interativo, dialogal, interdependente, entre quem provê o cuidado e quem o recebe, ou seja, numa dinâmica terapêutica afetiva peculiar. O alcance dessa meta requer da equipe de saúde algumas competências, habilidades e comportamentos; entre estes, destacamos a ética, a solidariedade, o respeito e a confiança, o espírito de acolhimento, o bom senso e a comunicação efetiva.

Esses pressupostos estão em consonância com o “modelo de controle compartilhado sobre a tomada de decisões” descrito por Kohler, citado e apresentado por Duarte e Diogo (2000) como um referencial teórico que melhor se aplica no desenvolvimento da atenção domiciliária, especialmente na atenção básica. Nesse modelo, o controle sobre a tomada de decisões pode ser visto como um *continuum* do não-controle para o controle absoluto.



Fonte: Duarte e Diogo (2000, p.14).

Conforme descrevem Duarte e Diogo (2000), a orientação do cuidado domiciliar, a partir desse modelo, contempla os passos que se seguem.

- ▶ *Compartilhar conhecimento*

Idoso/cuidador/família partilham conhecimentos sobre si mesmos, suas experiências e dificuldades com a vivência da doença, da dependência e com a demanda de cuidado no âmbito domiciliar. A equipe de saúde partilha conhecimento técnico específico para o atendimento a essas demandas.

▶ *Estabelecer metas*

A Equipe de Saúde e o idoso/cuidador/família deverão expor claramente suas metas de curto, médio e longo prazos por meio das quais o idoso poderá alcançar os resultados desejados. Para Duarte e Diogo (2000), o conhecimento mútuo e a discussão conjunta dessas metas são fundamentais para a adesão terapêutica. Para isso, também se faz necessário, no entendimento de Diogo e Duarte (2002), avaliar as seguintes condições: *qual a real condição funcional do idoso? qual a demanda de cuidado? qual a capacidade cuidadora da família? quais os recursos (humanos, materiais) de que a família dispõe para implementar o cuidado? qual a compreensão do idoso e de sua família sobre a doença ou incapacidade, seu tratamento e prognóstico, bem como suas habilidades em aprender a cuidar?*

▶ *Discutir e estabelecer intervenções com base num acordo contratual*

Nesse cenário, o idoso/cuidador/família constitui um elemento ativo do processo de cuidado e não, um cumpridor de determinações da equipe de saúde. Assim sendo, todas as intervenções sugeridas devem ser amplamente discutidas com todos os envolvidos no processo. Duarte e Diogo (2000) ressaltam que as orientações devem ser individualizadas e relacionadas ao contexto apresentado, e a todos os envolvidos no processo cabem responsabilidades que devem ser clarificadas e estabelecidas como necessárias para o alcance das metas previstas.

A demanda de cuidado é individual, no entanto, considerando os problemas crônicos degenerativos não transmissíveis mais comuns no idoso e suas respectivas seqüelas, como o acidente vascular encefálico, a demência senil, os problemas músculo-esqueléticos e outros, essa demanda pode ser constituída principalmente pelos cuidados direcionados a compensar prejuízos na capacidade física e no funcionamento cognitivo. Dada a elevada incidência de idosos com incapacidade física na atenção básica, chamamos

a atenção para a importância de cuidados voltados para a prevenção, tratamento ou reabilitação da “Síndrome de Imobilização” decorrente da permanência prolongada no leito que, conforme Leduc (2002), constitui um complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade da mudança postural.

Considerando os efeitos da “Síndrome de Imobilização” sobre os diferentes sistemas do idoso, Leduc (2002) discorre sobre os prejuízos no sistema tegumentar (micose, dermatite amoniaca, xerose, úlcera de decúbito), no sistema esquelético (alterações articulares, osteoporose), no sistema cardiovascular (trombose venosa profunda, embolia pulmonar, isquemia arterial aguda dos membros inferiores, hipotensão postural), no sistema digestivo (desnutrição, constipação, disfagia), no sistema respiratório (pneumonia) e no sistema urinário (incontinência e infecção).

Ante o exposto, visualizamos que o cuidado ao idoso com imobilidade prolongada envolve múltiplas dimensões e atividades variadas e rotineiras como estímulo da memória e comunicação efetiva, cuidados com a higiene pessoal, com a alimentação, com a administração de medicamentos ou outra terapêutica prescrita e a avaliação de seus efeitos, cuidados com as eliminações, mobilização passiva ou ativa no leito e transferência, prevenção de complicações, especialmente de contratura articular e úlcera de decúbito, cuidados de reabilitação, apoio emocional e espiritual, pois é comum idosos fragilizados apresentarem problemas psicológicos e preocupações espirituais. Convém lembrar que esta pode ser uma oportunidade para a aproximação das pessoas e para o resgate de relações perdidas, bem como do idoso e família liberarem-se de seus medos e anseios com relação à morte.

► *Avaliar os resultados periodicamente*

Os resultados das intervenções devem ser periodicamente avaliados (e não ao seu término) e, dependendo da necessidade, ajustado o plano de ação. As necessidades de ajuste incluem a satisfação do idoso/cuidador/família com os cuidados recebidos, a adequação dos cuidados e as respostas do idoso às intervenções implementadas (DUARTE; DIOGO, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de, em consonância com Duarte e Diogo (2000), acreditarmos que o modelo de controle compartilhado sobre tomada de decisões é eficaz no direcionamento do processo de cuidar do idoso em domicílio, ressaltamos que tal efetividade só ocorre nos casos em que a equipe de saúde se desvencilha de possíveis conceitos e preconceitos negativos relativos à velhice. A história descrita por Bonder citada por Goldim (2002, p.86) evidencia como essa visão do envelhecimento pode interferir no vínculo e na atenção integral ao idoso:

Uma mulher de 82 anos adentrou o consultório do Dr. M.

- *Doutor, disse ela sofregamente, não estou me sentido bem!*
- *Sinto muito, Senhora, algumas coisas a Medicina não pode curar. Eu não tenho como torná-la mais jovem; a Senhora compreende.*

Ela respondeu de imediato:

- *Doutor, quem foi que lhe pediu que me fizesse mais jovem? Tudo o que quero é que possa me fazer mais velha!*

Assim, ao adentrarmos ao domicílio do idoso e de sua família como provedores de cuidado, devemos compreender que nossa ação deve alcançar seu potencial máximo de benefício para esses sujeitos sociais, proporcionando, dessa forma, um cuidado individualizado e humano, o qual, algumas vezes, requer que os profissionais de saúde estabeleçam apenas uma escuta ativa e sensível dos anseios e desejos do idoso e daqueles que o amam.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. R. N. de. Saúde da família: cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 117-122, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica**. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 73 Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF): 14 maio 2001. Seção 1, p.174-184.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

CARLETTI, S. M. M.; REJANI, M. I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap.37. p.415-430.

CRUZ, D.A.L.M. Desesperança e impotência frente à dependência. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.6. p.71-78.

DALY, M. P. Promoção da saúde e prevenção de doença. In: ADELMAN, A. M.; DALY, M. P. **Geriatrics**: 20 problemas mais comuns. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 37-46.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. de O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.92. p.762-767.

DUARTE, Y. A. et al. Programa de visita domiciliária ao idoso – PROVIDI. In: DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.38. p.519-537.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. In: DUARTE, Y. A. O; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.1. p.3-17.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FABRÍCIO, S.C.C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.721-726, 2004.

FERNANDES, M. G. M. **Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes**: análise conceitual. 2003. 190f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. João Pessoa, 2003.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.986-994, 2004.

FREITAS, E. V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, L. et al. **Tempo de envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005. cap. 1. p.19-38.

GOLDIM, J. R. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 2. p.85-90.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, M. M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Censo Demográfico**: Brasil, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

LEDUC, M. M. S. Imobilidade e síndrome de imobilidade. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.76. p.645-653.

LITVOC, J.; DERNTL, A. M. Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 268-318.

MARRELLI, T. M. Welcome to home care: the health sting of the future. In: MARRELLI, T. M. **Handbook of home health orientation**. St. Louis: Mosby, 1997.

PINTOS, C.C.A. **A família e a terceira idade**: orientações psicogerontológicas. São Paulo: Paulinas, 1997.

PORTELLA, M.R. **A utopia do envelhecer saudável nas ações coletivas dos grupos de terceira idade**: canais de aprendizagem para a construção da cidadania. 2002. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Florianópolis, 2002.

ZOBOLI, E.L.C.P.; FORTES, P.A. de C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1690-1699, 2004.

Submissão: junho de 2005
Aprovação: outubro de 2005

OS PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

The principles of Family and Community Medicine

Carlos Eduardo Aguilera Campos¹

Resumo

A consolidação da especialidade medicina de família e comunidade é uma condição essencial para garantir a implementação e o fortalecimento das atuais diretrizes da Atenção Básica e da Saúde da Família no Brasil. Apesar do recente aumento da oferta de programas de residência em medicina de família no país, a procura por parte de médicos recém-formados permanece relativamente baixa. Este artigo faz uma revisão da literatura internacional buscando descrever o histórico e as bases conceituais que fundamentaram o surgimento desta especialidade. As principais características do perfil e do trabalho deste especialista também são analisadas. Visa-se, assim, estimular o debate sobre o tema na comunidade acadêmica e entre os profissionais e gestores da área de saúde.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Medicina de Família, Atenção Primária a Saúde; Brasil.

Abstracts

The consolidation of Family and Community Medicine as a specialty is an essential condition to assure the implementation and strengthening of the current Basic Care and Family Health directives in Brazil. In spite of the recent increase in the offer of Medical Residency programs in the country, the demand for this specialty by new doctors remains relatively low. This article reviews the international literature and seeks to describe the history and the conceptual basis that gave rise to this specialty. The main characteristics of this specialist's work and profile are also analyzed, with the objective of stimulating debate about the issue in the academic community and amongst health professionals and managers.

Key words: Health Family Program; Family Practice; Primary Health Care; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

As propostas de reformulação da Atenção Básica no Brasil, por parte do Governo Federal, estados e municípios prevêem a instalação de 40 mil equipes de Saúde da Família. Para garantir o cumprimento deste objetivo, estratégias terão que ser traçadas para que, de forma sustentada, haja disponibilidade de pessoal para este trabalho. O profissional médico é considerado um recurso crítico, podendo colocar em risco este objetivo. De fato, o processo de implantação das Equipes e Unidades de Saúde da Família, iniciado em 1993, se realizou em descompasso com a estruturação e o

¹ Prof. Adj. FM-NESC/UFRJ. Coord Saúde Coletiva CBM-UGF

Doutor em Medicina Preventiva FM-USP

Endereço: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva.

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho 5º andar. Assessoria de Planejamento Av Brigadeiro

Trompowski, Cidade Universitária, Iha do Fundão, CEP:20930-000 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Telefone: (21) 25626212 E-mail: cadu@vetor.com.br

fortalecimento da especialidade médica mais adequada para realizar este trabalho: o médico de família e comunidade. Atendendo de forma reativa a necessidade de formação deste especialista, as universidades e serviços ligados às secretárias de saúde já conseguiram credenciar, junto à Comissão Nacional de Residência Médica, quinhentas bolsas de especialização nesta modalidade, incluindo o primeiro e o segundo ano de residência.

Cumpra aqui destacar os esforços do Ministério da Saúde na implantação de programas de residência multi-profissional em saúde da família, incluído aí o profissional médico. A crescente oferta no número de vagas pode ser considerado um esforço importante do aparelho formador, considerando que a medicina geral comunitária, antecessora da especialidade em questão, tinha sofrido um grande esvaziamento em meados da década de oitenta, em decorrência da pouca prioridade dada pelas políticas de saúde, então vigentes, a este especialista.

Os dados referentes aos residentes efetivamente em formação, no ano de 2004, revelam, porém, uma situação pouco satisfatória. Segundo informações do Ministério da Educação, estão cursando as residências na especialidade 125 indivíduos, ocupando apenas 20% das vagas ofertadas, incluídos o primeiro e o segundo ano. (BRASIL, 2004) Caso esses números não sejam fruto de sub-notificações, conclui-se que, apesar do aparelho formador estar respondendo de maneira mais ágil à necessidade de novos profissionais, a percepção e a adesão dos recém-formados sobre as necessidades da estratégia da Saúde da Família podem ser consideradas ainda muito baixas, ainda mais quando se considera o número de egressos das escolas de medicina, as ofertas de trabalho na Saúde da Família e a grande divulgação desta estratégia na mídia e no meio acadêmico. Mesmo sendo prematuro levantar hipóteses para as causas desta situação, esta pode indicar uma dificuldade, por parte dos estudantes de medicina, em discriminar e valorar os atuais desafios e necessidades do SUS diante da pressão e do fascínio que o complexo médico industrial, cada vez mais diverso e tecnologicamente sofisticado e dinâmico, exerce sobre o imaginário dos profissionais de saúde. (LUCCHESI, 2003) Outra causa pode estar relacionada ao pouco conhecimento desta especialidade médica.

Este trabalho realiza uma revisão bibliográfica que tem como objetivo aprofundar o conhecimento das origens desta especialidade, as concepções históricas que motivaram o surgimento desta área de atuação médica em outros países, bem como o atual consenso a respeito das bases teóricas e conceituais que fundamentam a sua atuação. Busca-se,

assim, fomentar o debate sobre a necessidade de estruturação e desenvolvimento da formação graduada e pós-graduada em medicina de família e comunidade.

2 O CAMPO DE ATUAÇÃO DA MEDICINA FAMILIAR: A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Apesar do termo médico geral (general practitioner) ser secular, relacionado à prática médica realizada na Inglaterra, somente após a Segunda Guerra tornou-se a pedra angular do Sistema Nacional de Saúde naquele país, no início dos anos cinquenta do século passado.

Suas características básicas estavam relacionadas à idéia de se alcançar os pacientes precocemente no ambiente domiciliar, provendo cuidados contínuos, incluindo a prevenção das doenças, fossem elas de natureza mental ou física.

Nos EUA, a Medicina Geral alcançou o seu apogeu nos início dos anos 40. À época, os médicos gerais representavam oitenta por cento de todos os profissionais em atividade. O declínio da prática geral está relacionada ao avanço científico da prática médica e à mudança do ensino médico proposto pelo relatório Flexner. A origem das discussões e críticas sobre o declínio acentuado desta especialidade reportou-se ao movimento da Medicina Comunitária, que se insurge contra a hiperespecialização e como uma forma de resistência à ênfase dada ao modelo Flexneriano, que preconizava o estudo científico e parcializado do paciente estritamente no ambiente dos hospitais universitários. Aquele movimento, ao contrário, tinha uma preocupação com as demandas psicossociais dos pacientes e se constituiu em um movimento dentro das escolas médicas. Pressupunha-se que a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos se desse em seu contexto epidemiológico e social. Assim se impunha o conhecimento das condições e necessidades de saúde e o seu manejo por meio de métodos e intervenções apropriadas sobre populações definidas e conhecidas.

O termo medicina familiar irá se fortalecer nos EUA, neste movimento de estruturação de uma nova especialidade, em oposição, e como uma reação à fragmentação gerada pelo incremento no número de especialidades e sub-especialidades médicas. Em um intervalo de 100 dias, no ano de 1966, quatro relatórios lançaram as bases para a criação da nova especialidade: The National Commission Health Services

(Folsom Commission), Citizens Commission on Graduate Medical Education (Millis Commission Report), The report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of Council on Medical Education (Willard Report), The report of The Committee on Requirements for Certification of the American Academy of General Practice. Todos eles criticavam a hiperespecialização e propunham mudanças no ensino médico. O Millis Report enfatizava que, no mundo acadêmico, é costume se premiar o conhecimento aprofundado e especializado em detrimento do saber integral a respeito de campos e áreas mais abrangentes da ciência. Talvez estas atitudes sejam próprias entre cientistas, uma categoria que considera mais honrados aqueles homens que alargam as fronteiras do conhecimento. Mas em medicina, apesar de intimamente baseada na ciência, a aplicação é que deve ser considerada mais importante.

Com o declínio do número de médicos clínicos gerais, em meados dos anos sessenta do século passado, foi estimulada a criação de residências em medicina de família, além de medicina interna e pediatria. Em 1970, o percentual de especialistas já era de 80% do total de médicos. Aqueles que militavam no campo da clínica médica defenderam, portanto, uma solução aparentemente paradoxal com relação à luta contra a hiperespecialização: a criação de uma nova especialidade. Em 1971, a Academy of General Practice passa a ser denominada American Academy of Family Physicians. Na Europa, o movimento pelo renascimento da Medicina de Família se fortalece a partir desta mesma época. Em 1970, acontece a I European Conference in the Teaching of General Practice, em Bruxelas, que enfatiza as mesmas críticas e sugestões dos colegas norte-americanos. A formação do Grupo de Trabalho, chamado de Grupo de Leeuwenhorst, durante a II Conference in the Teaching of General Practice, em Noordwijkerhout, Holanda, no ano de 1974, pode ser considerado um marco importante para o fortalecimento da Medicina de Família na Europa. Este grupo composto por 15 membros de 11 países da Europa produziu três importantes documentos ou Declarações. A primeira, em 1975, e revisado em 1981, define o trabalho do médico e descreve os objetivos do treinamento e da formação do especialista. Em 1977, uma Segunda Declaração contém contribuições para a prática geral na formação de graduação. A terceira declaração aborda o tema da educação continuada. O processo de unificação europeia reforça a necessidade de uniformização da formação graduada e pós-graduada. As discussões sobre este tema têm enfatizado a necessidade de que todos os países adotem programas de pós-graduação, na modalidade de residência médica, em medicina de família. Sobre este assunto, o Grupo de Leeuwenhorst, reunido em 1979, faz a

seguinte afirmação: todos os países deveriam produzir generalistas nos quais o povo possa ter completa confiança e isto não poderia ser alcançado sem que a qualidade e a duração do treinamento sejam comparadas com outros clínicos.

Uma nova vertente técnica e política para motivar o crescimento do interesse por esta especialidade foi o movimento da Atenção Primária à Saúde. Tanto é assim que, atualmente, existe um consenso, reconhecido mundialmente, tanto entre as corporações nacionais quanto as internacionais, que a Atenção Primária é o campo específico do trabalho a ser desenvolvido por este especialista.

O termo Primary Care (Atenção Primária) foi introduzido em 1961, por White, e apontou para a necessidade de médicos generalistas na era da especialização.

Contribuíram, ainda, para a ampliação do conceito de Atenção Primária e, por conseguinte, para a ampliação do papel do médico de família e comunidade dois movimentos históricos: a reformulação do sistema de saúde canadense, implantado a partir do informe Lalonde², de 1974, e as discussões de representantes de vários países no âmbito da Organização Mundial da Saúde, que gerou o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS), e que culminou com a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978. É importante frisar que o contexto histórico em que surgiram estas propostas foi marcado pela crescente urbanização, pelo crescimento populacional e pela desigualdade. Os governos estavam sendo chamados a buscarem estratégias de aumento da cobertura de seus sistemas de saúde com a otimização de custos e melhoria dos indicadores de saúde e doença. A OMS, a partir de Alma Ata, definiu a Atenção Primária como assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A APS é parte integrante do Sistema Nacional de Saúde, que constitui a função central e o núcleo principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando o mais próximo possível a atenção à saúde no lugar onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência à saúde. (ZURRO, 2000) Nota-se, portanto, que o termo Primário, nas duas definições

² Lalonde era o então Ministro da Saúde do Canadá que enfatizou a importância da Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças (NR)

acima citadas, tem primordialmente um sentido de principal, essencial, central e fundamental e não um sentido cronológico de primeiro nível ou primeiro contato.

A partir daí e progressivamente, novas definições e abordagens conceituais foram sendo agregadas ao longo da história, sem uma oposição entre elas, como por exemplo: i) tipo de cuidado prestado por determinados médicos (médico de família, médico internista, médico generalista, pediatra, gineco-obstetra); ii) conjunto específico de ações relacionadas à assistência de doenças ou afecções mais comuns; iii) nível de assistência do sistema de saúde, considerada de primeiro nível; iv) porta de entrada ou primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; v) estratégia de reorganizar o sistema de saúde por meio do enfoque comunitário, com prioridade de alocação de recursos na comunidade em lugar de hospitais; vi) conjunto de atributos gerenciais que garantem a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilização do cuidado à saúde.(STARFIELD, 1992)

Os órgãos governamentais e as sociedades médicas e científicas têm buscado consensualmente definir o termo Atenção Primária em termos de campo de atuação do Médico de Família e Comunidade. O Institute of Medicine (IOM) definiu, em documento oficial, a Atenção Primária como a provisão de cuidados de saúde de forma integrada e acessível por clínicos que estão responsáveis em atender a grande maioria das necessidades de saúde das pessoas desenvolvendo a parceria sustentada com os pacientes e desenvolvendo sua prática no contexto familiar e comunitário (IOM, 1994). Sob a denominação de Atenção Básica, setores do Ministério da Saúde do Brasil estiveram também empenhados em definir a Atenção Primária no contexto da reformulação do Sistema Único de Saúde. Sua definição é a mais abrangente possível, situando-a como reestruturante do sistema de saúde e *locus* privilegiado para a garantia da integralidade da assistência. Esta foi definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999).

3 OS PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Até muito recentemente, a Medicina Familiar e Comunitária (MFC) era definida segundo as características do trabalho que desenvolvia. A definição de princípios da Medicina Familiar, considerada como uma disciplina, só começou a ser esboçada

recentemente pela Seção Européia da World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA, 2002).

Como já referido anteriormente, convencionou-se considerar o campo disciplinar da MFC a APS. Importa aqui explorar as diversas definições, expostas em termos de característica da prática médica, desde a década de setenta para a especialidade em questão. Como já citado, O Grupo de Leeuwenhorst descreveu, na Declaração de 1977, o trabalho deste profissional da seguinte forma:

O Médico de Família presta cuidados primários, personalizados e continuados, a indivíduos, famílias e a uma determinada população, independente de idade, sexo ou afecção. É a síntese destas funções que tem um caráter único. O Médico de Família atende os seus pacientes no consultório, no domicílio e, por vezes, numa clínica ou hospital. O seu objetivo consiste em fazer diagnósticos precoces. Incluirá e integrará fatores físicos, psicológicos e sociais nas suas considerações sobre saúde e doença, o que se expressará na forma como cuida dos seus pacientes. Tomará uma decisão inicial sobre cada problema que lhe seja apresentado enquanto médico. Assumirá a gestão contínua dos problemas dos seus doentes com afecções crônicas, recorrentes ou terminais. O contato prolongado com o paciente implica que poderá utilizar repetidas oportunidades para colher informação ao ritmo apropriado para cada paciente, construindo uma relação de confiança que poderá ser usada profissionalmente. Atuará em colaboração com outros colegas médicos e não médicos. Saberá como e quando intervir através do tratamento, da prevenção e da educação para promover a saúde de seus pacientes e respectivas famílias. Reconhecerá que também tem uma responsabilidade profissional para com a comunidade (LEUWENHORST GROUP, 1977, p.1)

Foram ainda descritas as metas educacionais para a formação de médicos que, ao final de sua formação, deveriam estar capacitados e aptos a desempenhar, no momento em que iniciam sua prática clínica:

1. Conhecimentos

- a. *O processo de adoecimento, particularmente das doenças comuns, crônicas e aquelas com risco de sérias complicações ou conseqüências para a vida.*
- b. *As oportunidades, métodos e limites da prevenção, diagnóstico precoce e condutas em atenção primária.*
- c. *Entendimento da forma de como as relações familiares podem causar problemas de saúde ou alterar a sua apresentação, evolução ou abordagem, assim como a doença influencia a dinâmica familiar.*
- d. *Compreensão das circunstâncias do ambiente social e ambiental de seus pacientes e como isto pode afetar a relação saúde-doença.*
- e. *Conhecimento e uso apropriado de várias formas de intervenção disponíveis.*
- f. *Compreensão da ética profissional e a sua importância para o paciente.*
- g. *Métodos básicos de pesquisa aplicada à área.*
- h. *Legislação sanitária e seu impacto sobre os pacientes.*

2. Habilidades

- a. *Firmar diagnósticos que levem em conta os aspectos físico e psicológico, bem como os fatores sociais.*
- b. *Uso da epidemiologia no dia- a-dia.*
- c. *Uso do fator "tempo" como ferramenta para diagnóstico, terapia e organização.*
- d. *Identificar pessoas portadoras ou em situação de risco e desenvolver ações apropriadas.*
- e. *Tomar decisões relevantes iniciais a respeito de todo e qualquer problema apresentado.*
- f. *Capacidade de cooperar com a equipe de saúde e outros subespecialistas.*
- g. *Utilizar apropriadamente e com toda a destreza e perícia as oportunidades da prática clínica.*

3. Atitudes

- a. *Capacidade para estabelecer empatia, buscando uma relação com os pacientes efetiva e específica, desenvolvendo alto grau de self-understanding.*
- b. *Reconhecimento do paciente como um indivíduo único e que estas características possam contribuir para modificar as maneiras como ele obtém informação e cria explicações (estrutura hipóteses) acerca da natureza dos seus problemas e de como eles devem ser manejados.*
- c. *Entendimento de que ajudar os pacientes a resolverem seus próprios problemas é uma atividade terapêutica fundamental.*
- d. *Reconhecimento de que se deve realizar contribuições profissionais para uma comunidade mais ampla.*
- e. *Disposição e capacidade de avaliar criticamente seu próprio trabalho.*
- f. *Reconhecimento da necessidade de educação continuada e leitura crítica de informação médica (LEUWENHORST, 1977. p. 3-4).*

A partir da década de noventa, a sessão europeia da WONCA para a se dedicar à formação de um consenso europeu sobre uma definição da especialidade. Isto é particularmente importante em um contexto de livre circulação de médicos na zona do Euro e as implicações desta nova realidade nos sistemas nacionais de saúde. Em uma série de encontros foram estudadas e apresentadas as características específicas da prática geral como uma especialidade e as condições para o seu desenvolvimento. Foi produzido, inicialmente, como um documento preliminar em 1994. Após consultas aos países membros, novas versões foram aprimoradas até a versão final, adotada em março de 1998. Ratificado, em 2002, como documento oficial da WONCA e denominado “*A definição europeia de medicina geral e familiar*”, este documento contém os princípios que servem de base para a concepção da MFC como uma disciplina acadêmica e científica, e não mais como um conjunto específico de práticas. Neste documento estão os princípios que devem nortear o desenvolvimento da especialidade. A seguir são apresentadas as principais resoluções acompanhadas por comentários do autor referentes a cada um deles.

Primeiro contato com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado e lidando com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa (WONCA, 2002. p. 9).

O MFC é o primeiro profissional médico a atender o paciente em condições de novas queixas ou necessidades. O acesso ao profissional é priorizado nestas condições de um problema novo, devido a maior probabilidade de identificação da origem e da melhor conduta a ser tomada nestes casos. Há dúvidas e questionamentos sobre a disponibilidade irrestrita de vinte e quatro horas por dia do profissional. De uma forma geral, porém, esta condição pode não se dar na prática mas, sim, a busca por assistência hospitalar de emergência e urgência. A noção do especialista responsável pelo primeiro contato do paciente no sistema de saúde acarreta, inclusive que, em países como a Espanha, o MFC seja o responsável pelo atendimento dos setores de emergência hospitalar ou do serviço de ambulâncias para acidentes ou de urgências domiciliares.

Está reafirmada a responsabilidade do médico de família e comunidade em atender a todas as faixas etárias e ambos os sexos, sem que haja, neste âmbito da assistência, um compartilhamento de pacientes com outras especialidades.

Utiliza eficientemente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados do trabalho com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e da gestão da interface com outras especialidades, assumindo sempre que necessário um papel de advocacia pelo paciente (WONCA, 2002. p. 9).

A coordenação do cuidado se dá em dois níveis: no âmbito da equipe da atenção primária e na interação do paciente com os demais níveis e sub-especialidades médicas e não médicas. No âmbito da equipe de atenção primária, ao traçar um plano de cuidados para o paciente, o médico deve compartilhar ações e condutas com a equipe. No contexto brasileiro, isto significa compartilhar o trabalho com os agentes comunitários de saúde, o auxiliar de enfermagem, o enfermeiro e a equipe de saúde bucal. Há, ainda, em muitos municípios, o apoio e o suporte de outros especialistas como pediatras, sanitaristas, assistentes sociais, nutricionistas, infectologistas e outros que trabalham em cooperação com várias equipes de saúde da família. A necessidade do suporte de tais especialistas é ainda mais importante quando se considera que a maioria dos profissionais médicos atuando na especialidade não teve formação específica na área.

Em um segundo nível, esta coordenação se inicia quando é necessário acionar os recursos do sistema para o atendimento das suas necessidades. As referências para os recursos diagnósticos e terapêuticos, internações, pareceres a sub-especialidades médicas

devem ser acompanhados pelo médico de família e comunidade, que não se desvincula do seu paciente.

Este trabalho em equipe ou em cooperação com diversos profissionais no nível da APS ou na relação com os demais níveis do sistema não significa a transferência ou a diluição de responsabilidades do médico de família e comunidade com o seu paciente. Ao contrário, neste processo de interação com os demais profissionais, o médico deve desempenhar sempre o papel de advogado, isto é, avoca, chama a si a responsabilidade desta coordenação. Ele deve sempre lutar pelos interesses e direitos do seu paciente. O termo inglês “accountability”³ envolve duas dimensões desta responsabilidade. A delegação de poder que lhe é dada de, em nome de outrem, agir de maneira apurada, correta, sem falhas e, além disso, prestar contas de desempenhos e resultados alcançados. Em situações de carência de recursos, cabe ainda ao médico de família e comunidade considerar a utilização dos recursos disponíveis não só em termos da necessidade individual mas, também, da necessidade da comunidade como um todo.

Desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e comunidade (WONCA, 2002, p. 10).

Ao contrário das demais especialidades que focam o paciente segundo um corpo de conhecimentos particulares, pela condição etária ou de gênero, ou ainda voltado para as doenças ligadas a determinados sistemas orgânicos, a procedimentos e técnicas especiais, a MFC tem como foco de atuação a pessoa. Embora todo médico deva atuar, necessariamente, tendo como referência a pessoa, na MFC este foco é a principal vertente do trabalho e condiciona as suas demais dimensões. Assim pode-se constatar esta condição considerando que esta atuação com foco e abordagem na pessoal torna-se singular pelas seguintes razões: a atuação não se funda e não se limita a um problema de saúde potencial ou identificável tecnicamente; quem define o problema é a pessoa; o vínculo médico-paciente não cessa pela cura, fim de um tratamento e pode se iniciar sem que nenhuma doença tenha ainda sido manifestada. É, portanto, definida como uma

³ Accountability

"Sob a ótica da Teoria dos Contratos, sempre que alguém (principal) delega parte de seu poder ou direitos a outrem (agente), este assume a responsabilidade de, em nome daquele, agir de maneira escorreita com relação ao objeto da delegação e, periodicamente, até o final do mandato, prestar contas de seus desempenhos e resultados. A esta dupla responsabilidade, ou seja, agir de maneira escorreita e prestar contas de desempenhos e resultados, dá-se o nome de accountability." (Nakagawa, 1994, p.19).

relação não associada a uma razão específica, o que a torna diferenciada frente às demais especialidades.

Como consequência, esta abordagem pressupõe o atendimento às necessidades da pessoa de uma maneira muito ampla e indiferenciada, incluindo aquelas não ligadas à ocorrência de sinais e sintomas. Evidentemente que, neste aspecto, não significa, como já citado, que as especialidades não consideram a pessoa na abordagem clínica.

A abordagem centrada na pessoa pressupõe que os contatos que se façam entre médico e paciente possam se dar considerando o conhecimento e a vivência aprofundada dos múltiplos aspectos do indivíduo. Aprimoram-se a confiança e o vínculo, aspectos úteis para a melhoria da saúde. Conhecer a realidade familiar e comunitária do indivíduo potencializa este tipo de foco. Esta resolução se baseia na constatação de que inúmeras doenças não podem ser totalmente compreendidas sem serem vistas em seu contexto pessoal, familiar e comunitário.

Possui um processo de condução da consulta singular, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente. (WONCA, 2002. p.10).

Os contatos se permitem mais frequentes devido a uma relação duradoura que se estabelece. Esta característica permite que o processo de consulta, onde se busca o entendimento dos fenômenos patológicos ou dos sofrimentos seja realizado de forma incremental por meio da observação continuada da história natural da doença. É importante este conceito na medida em que se discute qual é a duração da consulta médica que garante a qualidade da assistência. No caso do MFC, este tempo pode estar sendo distribuído ao longo do tempo. Há, neste caso, uma redução das expectativas e uma flexibilidade maior para a adaptação às mudanças, já que as relações se dão de forma duradoura, o que leva a um conhecimento particular apreendido pela relação permanente com os pacientes. Neste caso, o recurso usual de classificação de pacientes em categorias clássicas se mostra ambivalente. A tendência é pensar em termos da singularidade do paciente.

É importante frisar que diagnósticos e condutas em medicina são estabelecidos em termos de generalizações e abstrações. O risco desta abordagem estrita é afastar-se da

experiência do paciente e da sua sensação de sofrimento. O desafio do MFC justamente é integrar estes dois tipos de conhecimento: o universal e o particular.

É responsável pela continuidade da prestação de cuidados longitudinais, conforme a necessidade do paciente (WONCA 2002, p. 10).

Neste aspecto, convencionou-se dizer que o MFC cuida das coisas simples e comuns quando, na verdade, trata-se do médico responsável por quaisquer dos problemas de saúde que o seu paciente vier a ser acometido. Na eventualidade de ocorrência de doenças raras ou que necessite de investigação intensiva ou tratamento hospitalar em um outro nível de assistência, cabe ao MFC identificá-la precocemente, participando ainda do seu acompanhamento. Isto é freqüente no cuidado aos idosos, quando uma gama de sub-especialidades estão envolvidas pontualmente ou permanentemente. Mesmo quando referido a um tratamento especializado com diversas especialidades a partilhar as decisões, o MFC continua responsável pela coordenação do cuidado.

Possui um processo próprio de tomada de decisões, o qual é determinado pela prevalência e pela incidência da doença na comunidade (WONCA 2002, p. 10).

O MFC tem a prática voltada para a análise dos principais problemas de saúde na comunidade. As doenças devem ser analisadas segundo a sua relevância e magnitude assim como os riscos e vulnerabilidades associados, presentes na comunidade. Médicos normalmente pensam mais em termos de pacientes individuais do que grupos populacionais, mesmo quando o médico tem conhecimento da epidemiologia da doença. O raciocínio clínico, usualmente, não está referido a uma comunidade concreta e delimitada, mas a um conjunto de pacientes atendidos. No caso do MFC, a preocupação em manter a saúde dos pacientes prevenindo os seus fatores de risco e controlando as doenças, ao contrário, tem como referencial uma população concreta, cuja responsabilidade pelo acompanhamento é do MFC, independente dos indivíduos terem comparecido ao consultório. Conhecimentos de epidemiologia, de planejamento e de programação são requeridos na atuação em APS. Por meio da análise da magnitude dos agravos que ocorrem em sua comunidade e em seu território, a possibilidade do levantamento de hipóteses causais está mais facilitada pelo MFC, que toma decisões a

respeito de quais medidas de caráter individual e coletivo, de prevenção ou controle são as mais indicadas. Poderá, ainda, solicitar estudos epidemiológicos em maior profundidade. A maior efetividade da ação de saúde está relacionada justamente a esta possibilidade da APS de abordar a grande maioria dos problemas de saúde da população referente ao seu contexto epidemiológico. Para isso, o ideal é que o MFC habite no mesmo território de seus pacientes, observando os pacientes em seu ambiente domiciliar e ambiental.⁴

Neste sentido, é importante salientar que o conceito de urgência em APS tem uma nova conotação. Casos urgentes em Atenção Primária se referem muito mais a indivíduos que ainda não foram cobertos pelas ações de prevenção ou rastreados para fins de diagnósticos de doenças e fatores de risco. Este critério de urgência deveria ser um elemento norteador para priorizar novos contatos do médico com os seus clientes. O não conhecimento de toda sua clientela, de doenças, de fatores de risco e de determinantes da doença que possam permanecer ocultos representa uma falha da ação em APS, com potenciais prejuízos futuros para a saúde da comunidade.

Gere simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos de doentes individuais (WONCA, 2002, p. 11).

A formação do MFC deve abranger os cuidados de urgência aos problemas agudos. Há a noção que a confiança e o vínculo que se estabelece com os pacientes nestas situações se fortalece, na medida em que o médico está apto a resolver problemas com alta carga de ansiedade e sensação de desamparo para o indivíduo e a família. Esta atuação potencializa a relação do médico com os seus pacientes e a comunidade. Esta situação é muito distinta da forma como se convencionou, no Brasil, a assistir o paciente agudo: o pronto atendimento. Vale lembrar a definição de Pronto Atendimento Médico como aquele organizado pela procura espontânea; centrado na queixa principal; com baixo grau de utilização de técnicas de investigação clínico-laboratorial e de referência a especialidades médicas; alto grau de utilização de terapêuticas medicamentosas; falta de registro sistemático das informações sobre o paciente; contato pontual ou único do paciente com o médico ou serviço de saúde, sem rotinas e garantias

⁴ oikos-casa+ logos-estudo: ecologia: estudo da casa. Conhecendo a casa compreende-se a ecologia da doença. (McWhinney, 1997)

de retorno ou agendamento; falta de vinculação clientela / equipe e clientela / serviço (NEMES, 1996).

Quanto aos casos crônicos, é particularmente importante a promoção, a prevenção e o cuidado aos pacientes com problemas múltiplos. O MFC pode coordenar a situação muito freqüente de sobreposição de vários especialistas a assistir de forma simultânea os pacientes, protegendo-os contra os excessos e a multiplicidade de condutas e procedimentos não compatíveis entre si. No contexto da tendência mundial de se desospitalizar os cuidados aos pacientes crônicos, a atuação do MFC ganha ainda mais relevância.

Promove a saúde e o bem estar através de uma intervenção apropriada e efetiva e possui uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade
(WONCA, 2002, p.11).

Todos os recursos disponíveis nos aparelhos sociais e governamentais da comunidade formam uma rede de apoio à atuação em APS e são parte integrante dos instrumentos de que o MFC dispõe para benefício dos pacientes. Assim, a coordenação das ações extrapola as medidas e condutas clínicas e deve ser ampliada para todo e qualquer recurso que possa ser obtido inter-setorialmente. A busca de cooperação com setores como a educação, a promoção social, o trabalho, o esporte e o lazer, com os sistemas de serviços básicos como abastecimento de água, coleta de lixo etc é um foco de interesse indispensável, visando a promoção da saúde e o bem estar dos indivíduos. Todo e qualquer contato com o paciente e com a comunidade deve ser uma oportunidade para se enfatizar os aspectos relacionados às formas de organização social, aos direitos de cidadania, à dinâmica familiar, aos hábitos de vida e aos comportamentos que promovam mais saúde e qualidade de vida. A responsabilidade pela saúde da comunidade implica, portanto, no estabelecimento de compromissos que extrapolam o exercício estrito do ato médico. Pelo aspecto da liderança que exerce o médico na comunidade, ele deve estar envolvido nas questões que envolvam movimentos que a própria comunidade faça pela melhoria da qualidade de vida. A promoção em saúde, como já citada, é um campo vasto de possibilidades de atuação do profissional junto a diversos setores sociais, órgãos públicos e movimentos sociais em que o MFC deve se colocar solidário, ativo e participante nas questões que envolvam a vida social e comunitária. Compromisso, contexto e comunidade são as palavras-chave deste trabalho. Este envolvimento do MFC

com as diversas dimensões da vida humana e comunitária nos remete a discussões sobre os questionamentos que se fazem sobre a necessidade da dedicação em tempo integral a ser prestado por este especialista. Considerando estas responsabilidades, fica clara a necessidade da dedicação exclusiva ao seu trabalho. Neste sentido, os sistemas nacionais de saúde têm dado relevância crescente a esta vertente de atuação da APS, sendo uma das estratégias de se alcançar maior qualidade da assistência, maior satisfação dos clientes e o uso mais eficiente dos recursos

Lida com problemas de saúde em suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial (WONCA, 2002, p. 11).

A realidade social e cultural dos indivíduos é a referência para o trabalho médico na APS. O esforço sistemático de enquadramento e classificação dos clientes em quadros nosológicos pode ser uma tarefa frustrante. Os pacientes se apresentam em sua mais completa dimensão humana, porque estão imersos em sua cultura, contexto e ambiente, trazendo para o MFC toda a dimensão dos problemas, desafios, expectativas e conflitos que se colocam no dia a dia. Além dos processos de adoecimento, estes estão sempre acompanhados de agravos, queixas vagas e incômodos mal definidos a desafiar o MFC a reconhecer, semiologicamente, os aspectos e dimensões bio-psico-sociais dos quadros que se apresentam. Muitas queixas vagas, padecimentos e carecimentos trazidos são um pretexto e um chamamento para que o profissional se aprofunde em um conhecimento mais abrangente e integral dos processos de saúde e doença (Rodrigues, 1998). A abordagem familiar representa um desafio a mais. Compreender a dinâmica das relações familiares impactando sobre a saúde e doença e suas formas de evolução requer uma aguçada capacidade de observação e interação. Em sentido oposto, o MFC necessita avaliar o impacto da doença na dinâmica familiar e compreender os múltiplos impactos em termos de sofrimento e outras repercussões sobre as interações familiares. Os papéis representados pelos membros da família, os equilíbrios e desequilíbrios que se estabelecem no núcleo familiar são parte deste processo.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho buscou realizar uma revisão sucinta da evolução e o atual consenso sobre a medicina de família e comunidade, enquanto especialidade médica, assim como

os princípios e conceitos que a embasam. No atual contexto da política de saúde, quando a prioridade dada à atenção básica está a exigir um número cada vez maior de profissionais com formação em medicina de família e comunidade, é importante que haja maior divulgação deste campo de atuação no meio acadêmico e entre os médicos recém-formados. Procurar colocar em debate a especificidade, a complexidade e a importância deste profissional médico para responder aos atuais desafios do SUS é tarefa urgente. A Atenção Básica de qualidade implica na discussão, pelo aparelho formador, da natureza e desafios da especialização do recurso médico voltados para prestar uma atenção primária à saúde de qualidade. Este esforço deve estar na pauta de prioridades de todos os setores envolvidos no fortalecimento do SUS, uma vez que torna-se cada vez mais um consenso em todo o mundo que a saúde da população depende mais da disponibilidade de uma boa atenção primária à saúde do que de avanços dos recursos técnicos e científicos presentes nos hospitais. Espera-se que esforços no sentido de problematizar a formação de recursos deste campo de saber sejam aprofundados. A idéia de que para trabalhar no Campo da Atenção Primária basta disposição, boa vontade, dedicação, conhecimentos adquiridos na graduação e experiência em práticas comunitárias nos parece argumentos insuficientes para consolidar a especialidade e alcançar uma prática médica qualificada, que resulte em um impacto para a saúde a médio e a longo prazo.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999. 40p.

BRASIL. Ministério da Educação. Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica. Especialidades. 2004. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/sist_cnrm/apps/inst_especialidades.asp> Acesso em: jun 2005.

GEYMAN, J. P. **Family practice**: Foundation of Changing Health Care. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980. 543p.

IOM Institute of Medicine (IOM - COMMITTEE ON THE FUTURE OF PRIMARY CARE. **Defining primary care**: an interim report. Washington, DC: National Academy Press, 1994. 42 p.

IOM Institute of Medicine. Community Oriented Primary Care. **New directions for health services delivery**. Washington, DC.: National Academy Press, 1983. 299p.

LEUWENHORST GROUP. A Statement by the working party appointed by 2nd European Conference on the Teaching of General Practice. Leuwenhorst, Netherlands 1974. Disponível em: < www.euract.com>. Acesso em: jun. 2005.

LEUWENHORST GROUP. The Contribution of the General Practitioner to Undergraduate Medical Education. 1977. Disponível em: < www.euract.com>. Acesso em: jun. 2005.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

McWHINNEY, I. R. **A Textbook of Family Medicine**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997. 448p.

NAKAGAWA (1994). apud ALONSO, M. Custos no serviço público. **Rev Serviço Público**, Brasília, v. 50, n.1, p. 34-39, jan./mar. 1999.

OMS. WONCA. **Fazer que a Prática Médica e a Educação Médica sejam mais adequadas às necessidades das pessoas: a contribuição do Médico de Família**. In: CONFERÊNCIA CONJUNTA OMS-WONCA, 1994, Ontário Canadá.

PEREIRA-GRAY D, Forty-seven minutes a year for the patient. **Br J Gen Pract.**, London, v. 48, n. 437, p. 1816-1817, Dec. 1998.

POLAK, B. S. History of the Leuwenhorst group. In: 3rd European Conference on Teaching in General Practice at the, Antwerp, September 1982. Disponível em: < www.euract.com >. Acesso em jun. 2005.

RAKEL, R. E. **Tratado de Medicina de Família**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1571p.

SCHRAIBER, L; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. 289 p.

SOCIEDADE ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. **Perfil profesional básico del médico de familia**. Barcelona, 1994. 26p. (Documento 4)

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

RODRIGUES, R. D.; DEVESA, M.; ANDERSON, M. I. P. **Medicina integral:** princípios, reflexões e perspectivas. [s.l.: s;n.] 1998. 15p.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. **The ecology of medical care.** N. Engl. J. Med, v.265, p.885-892d, 1961.

WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar. Barcelona: Wonca Europa. OMS, 2002, 40p. Disponível em: <<http://www.woncaeurope.org>>. Acesso em: 01 jun. 2005.

WONCA. Foro de Acción Estratégica OMS-WONCA. Disponible em: <www.sobramfa.com.br> Acesso em: 01 jun. 2005

ZURRO, A.; MARTÍN E PÉREZ, J. F. C. **Compendio de atención primaria.** Madrid: Editora Haucourt, 2000. 802p.

Submissão: junho de 2005 Aprovação: outubro de 2005
--

Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental

The more you prevent the more you have to remedy

Jubel Barretoⁱ

RESUMO

O presente trabalho propõe-se a reabrir a discussão sobre a aplicabilidade da prevenção aos programas de saúde mental. Embora não se negue que medidas preventivas de caráter geral possam ter o efeito de reduzir a prevalência ou a gravidade do adoecimento mental, argumenta o autor que a compatibilidade entre o clássico modelo de prevenção e o modelo em curso da reforma assistencial em saúde mental é problemática. Defende que um programa de saúde mental que adota como quadro de referência o esquema de prevenção hierarquizado em níveis tende a abdicar do traço essencial da reforma psiquiátrica, que é a centralidade da noção de sujeito e do valor da narrativa, bem como a garantia de um lugar social para aquele que foge à norma. Ilustrando com o caso de Juiz de Fora, conclui o autor, e recorrendo a uma distinção de Norberto Bobbio, que a prevenção só se aplica ao campo da saúde mental em seu sentido procedimental, nunca no sentido substancial.

Palavras-chave: Psiquiatria; Psiquiatria Preventiva; Saúde Mental.

ABSTRACT

The goal of this study is to reopen the discussion on the applicability of prevention in Mental Health programs. Although it cannot be denied that in general, preventive measures have the power to reduce the seriousness of mental diseases, the paper's author points out that compatibility between the classic model of prevention and the current one is highly polemic. The paper argues that a mental health program that adopts, as a reference, a scheme of prevention based on hierarchical levels would be quite questionable, as it would tend to move away from the main point of psychiatric reform, which is the focus on the concept of subject and on the value of narrative, as well as on the guarantee of social space for those who are different. Taking Juiz de Fora as an example, the author, citing Norberto Bobbio, makes it clear that prevention is only applicable in the Mental Health area in its procedural essence, but never in its substantial essence.

Key words: Psychiatry; Preventive Psychiatry; Mental Health.

“Na verdade, o problema não é decifrar os padrões das doenças mentais do futuro próximo; a questão é prever que tipos de laços sociais, que valores, que cultura e que tipo de homem se está hoje projetando”.
(Manuel Desviat)

1 INTRODUÇÃO

1.1 Modelos de prevenção

Imerso em seu labirinto, K., numa conhecida passagem de “O Processo”, de Franz Kafka, procura o pintor Titorelli na esperança de obter dele alguma informação sobre o processo a que devia atender, sem conhecer do que era acusado, e espanta-se ao constatar a

absoluta indiferença do pintor, que apenas lhe parece burocraticamente interessado em lhe mostrar o quadro em que estava trabalhando. K. parece primeiro reconhecer um juiz, mas logo se contém e se aproxima do quadro para observá-lo em detalhes. “K. não conseguia explicar a si mesmo o que era aquela grande figura que ocupava o centro do espaldar do trono e perguntou ao pintor o que significava. A figura ainda precisava ser um pouco trabalhada, respondeu o pintor; pegou um bastão de pastel de uma mesinha, passou-o um pouco pelas bordas da figura, mas sem com isso torná-la mais nítida para K.

- É a Justiça - disse finalmente o pintor.

- Agora já a reconheço - disse K. - Aqui está a venda nos olhos e aqui a balança. Mas com asas nos calcanhares e em plena corrida?

- Sim - disse o pintor -, tive de pintar assim por encomenda; na verdade é a Justiça e a deusa Vitória ao mesmo tempo.

- Não é uma boa vinculação - disse K, sorrindo. - A Justiça precisa estar em repouso, senão a balança oscila e não é possível um veredicto justo.”

O diálogo prossegue até que o pintor retoma o trabalho, fazendo com que aos poucos se formasse em torno da cabeça do juiz uma sombra avermelhada em forma de raios em direção à borda do quadro; “a figura parecia avançar de uma forma especial nessa claridade, quase não lembrava mais a deusa da Justiça, nem tampouco a da Vitória, agora se assemelhava por completo à deusa da Caça. O trabalho do pintor atraía K. mais do que ele queria; mas no fim censurou-se por estar ali havia tanto tempo, sem que no fundo tivesse empreendido alguma coisa em prol de sua causa.

- Como se chama esse juiz? - perguntou repentinamente.

- Não posso dizer - respondeu o pintor.” (KAFKA, 1968)

Nos dias que correm, quando a idéia de promoção da saúde vai se firmando como um valor absoluto e fora de questão, é quase uma heresia apontar alguma restrição, mínima que seja, ao consenso em torno das virtudes da prevenção. E, no entanto, é preciso indagar, em qualquer circunstância, se a noção de prevenção em saúde mental é uma hipótese que resiste ao teste de validação, tanto no plano epistemológico quanto no das conseqüências, que pode acarretar no plano da ética. Nesse ensaio não pretendo argumentar que a prevenção em saúde mental seja uma impossibilidade teórica ou prática, mas que pode revelar-se, na dependência da aceção em que é tomada, como um engodo teórico e uma aporia ética.

Há uma noção clássica de prevenção que se ancora, como muito bem se sabe, na também clássica equação da história natural da doença (ou do processo saúde-doença), que

pode ser resumida na interação linear entre a agressão do agente patogênico e a vulnerabilidade do hospedeiro. Toda a epidemiologia que se pretende apoiada nos cânones científicos estruturou-se na matriz, cujos operadores são agente, vetor e hospedeiro. Nesta equação, o papel do vetor representa o conjunto de variáveis (biológicas, ambientais, etc.) que se interpõe entre o agente patógeno e o organismo sadio, estabelecendo um intervalo entre o momento da causa e o da sua consequência, e propiciando o tempo da intervenção preventiva. Ainda que o alvo da ação preventiva não esteja propriamente no vetor (mas, por exemplo, no ataque ao fator antigênico ou no fortalecimento da resistência de anticorpos do hospedeiro), a presença de um vetor (real ou virtual) é o que estabelece uma separação entre agente e hospedeiro, abrindo um hiato entre eles, que é o *tempo da intervenção preventiva*. Há, portanto, uma seqüência que é linear e temporal entre a patogenia e a patologia que supõe elos, cujo encadeamento a prevenção desfaz.

Em larga medida, o modelo de prevenção baseado no paradigma da causalidade linear credenciou-se ao prestígio de que ainda desfruta por ter possibilitado um tipo de operação com o rigor que se inspira nos métodos de purificação e isolamento da ciência experimental, que tanto fascínio exerceu e exerce sobre o pensamento médico.

Apesar disso, a matriz deste dispositivo metodológico da epidemiologia, não obstante sua racionalidade e os inegáveis méritos do modelo conceitual que propicia, não encontra oportunidade de plena aplicação fora do âmbito de concepções determinísticas e ontológicas da doença ilustrada pelos processos infecto-contagiosos, estendendo-se a outros processos patológicos só mediante ajustes que lhe subtraem parte de sua precisão. No campo das doenças auto-imunes, por exemplo, o paradigma clássico da causalidade linear esbarra em sérias limitações, frente às quais já há quem postule que a idéia de doença auto-imune deveria ceder lugar para a de uma síndrome geral, resultante de agregações de características estruturais e funcionais, que só se apresenta como doença no registro das singularidades (CASTIEL, 1994).

1.2. Prevenção e psiquiatria

O reducionismo desse paradigma tem, ainda assim, o seu charme. Para ilustrá-lo, basta olhar em volta e recapitular de que modo a medicina obstina-se em fundar o seu conhecimento em concepções ontológicas da doença, encontrando, se não nas bactérias ou nos vírus, na função de uma enzima ou na estrutura molecular, algo que corporifique uma causa e explique a cadeia de eventos que culminam no efeito-doença. Pretendeu-se que um

bem sucedido capítulo da psicossomática tenha recebido a extrema-unção sob as lentes que isolaram o *Helicobacter pylori*. Nas décadas recentes, assiste-se ao esforço da psiquiatria para aderir, constrangidamente eufórica, embora tardiamente, a esse quadro conceitual reducionista, lançando ao mar uma riquíssima tradição clínica que passa por Jaspers e Freud, em troca do prato de lentilhas dos procedimentos investigativos quase experimentais, entrevistas estruturadas e escalas que conferem certa eloquência ao relato de resultados freqüentemente banais (SERPA, 2001). Não faço esta afirmação pretendendo uma invalidação ingênua do impressionante avanço das hipóteses e descobertas da neurociência, mas para denunciar uma apropriação rudimentar desse avanço pela nova geração de psiquiatras que sonha com uma psiquiatria que totalize os seus enunciados nos limites do laboratório.

É curioso observar que a psiquiatria, cujo objeto lhe reservaria um papel de vanguarda no esforço por alcançar paradigmas que corrigissem as distorções de um esquema já reconhecido como demasiado simplista para muitas das doenças somáticas, pareça tão entusiasmada em sua ofensiva reducionista, por vezes francamente fisicalista². É um tema que tem suscitado análises interessantes, incluindo desde interpretações que levam em conta a hegemonia da ideologia (inclusive científica) dos Estados Unidos até a pressão exercida por corporações que investem na pesquisa, síntese e comercialização de psicofármacos³, passando por mudanças culturais envolvendo novas modalidades de arranjos identitários dos indivíduos imersos no turbilhão de imagens do mundo midiático, com transformações da experiência da temporalidade, desvalorização da narrativa, novos padrões de apropriação do corpo, etc. Não pretendo estender-me aqui nesse vasto campo de problematização, mas aludir a ele apenas para indicar que o *upgrade* a que assistimos na psiquiatria não resulta apenas do avanço do conhecimento e da tecnologia, como também da convergência de fatores muito mais complexos e velados.

A rigor é preciso lembrar que essa orientação da psiquiatria contemporânea em direção às hipóteses de cunho biológico tem precedentes. Durante toda a última metade do século XIX o pensamento psiquiátrico ficou aprisionado a hipóteses científicas, a maioria delas meramente fantasiosas, que inspiraram tratamentos muitas vezes cruéis. Em trabalho anterior (Barreto, 1998), sugeri haver entre o pensamento psiquiátrico de fins do século XIX e o atual certas afinidades oriundas de semelhanças entre a *atmosfera* científico-cultural e política daquela época e a da nossa.

Uma das grandes dificuldades do pensamento epidemiológico que sustenta a formulação de estratégias preventivas consiste em abdicar do clássico modelo da história

natural da doença de Leavell e Clark, cuja renúncia, ainda que parcial e requerida por fatores inerentes a algumas patologias, implica perda de pureza metodológica e, supostamente, de potencial resolutivo, razão pela qual os modelos de prevenção credenciam-se tanto mais a serem tomados como científicos e eficientes quanto mais puderem ajustar-se a ele e quanto mais puderem estruturar-se como concatenação de intervenções hierarquizadas.

O campo da saúde mental é permanentemente assombrado pela dúvida em relação à possibilidade teórica de incorporar a idéia de ações preventivas e, por isso, um dos grandes trunfos de que dispõe a psiquiatria de orientação biológica é o alarde com que pode assumir um modelo de prevenção e, ainda melhor, um que transponha ao campo da psiquiatria o modelo *puro* da prevenção estruturada em níveis. Todavia, esta é uma vantagem apenas aparente e que - este é o argumento que tenciono desenvolver - acarreta perigos contra os quais já devíamos estar definitivamente vacinados.

2 PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL?

A prevenção em saúde mental pode existir como possibilidade teórica? Não me refiro aqui às seqüelas mentais de doenças de etiologia orgânica tóxicas, infecto-contagiosas, carenciais, etc., que são prevenidas por medidas profiláticas no âmbito da medicina geral; nem à devastação psíquica que pode resultar de situações extremas de privação física ou emocional, que são prevenidas por medidas de proteção social (COSTA, 1984). Indago se a psiquiatria pode dispor de fundamentos teóricos minimamente consistentes para prevenir os quadros mais rotineiros que compõem a demanda de cuidados psiquiátrico-psicológicos: manifestações neuróticas e psicóticas ou transtornos de personalidade e de conduta. Diante da inegável necessidade de se reconhecer que não há como se detectar antecipadamente a patologia mental de que poderá sofrer o indivíduo e, mais ainda, de definir que medida específica serviria para “vaciná-lo”, a prevenção em saúde mental opta por apoiar-se, mais ou menos explicitamente, na crença de medidas pedagógicas de efeitos profiláticos. Uma “educação para a saúde mental” seria possível ou até mesmo desejável?

Freud foi, talvez, o primeiro a negar enfaticamente a possibilidade de prevenção para as neuroses (e, por extensão, para as afecções psíquicas em geral). Outros depois dele chegaram à mesma conclusão, alguns deles tendo de experimentar o sabor amargo de expectativas frustradas e experiências fracassadas. A Liga Brasileira de Higiene Mental, mesmo se descontadas as crenças de cunho racista de muitos dos seus representantes, não

mostrou fôlego para sobreviver aos seus decepcionantes resultados. Na década de 1960, o governo dos Estados Unidos empenhou força política e maciços investimentos em ambiciosos programas educativos em saúde mental que não resultaram em qualquer melhoria perceptível das condições gerais de saúde mental da população, mas no incremento exponencial da demanda por atendimento psiquiátrico. A psiquiatria de setor adotada na França, apesar de teoricamente mais sofisticada, resultou numa avassaladora medicalização sem deixar em seu rastro qualquer indicador confirmando a melhoria das condições de saúde mental da população (CASTEL, 1987). Na cadeia de projetos de reforma da assistência psiquiátrica, não se destaca um sequer com resultados que confirmem o efeito profilático de medidas pedagógicas para prevenir a doença mental.

3 FATORES DE RISCO

Talvez se possa argumentar que as medidas preventivas podem ser eficazes quando se desdobram nos procedimentos de busca ativa, diagnóstico precoce e intervenção acertada e imediata. Trata-se de um horizonte plausível, embora ainda não confirmado em impacto sobre as condições gerais, mas em precárias projeções da evolução de casos singulares. Em contrapartida, programas assim concebidos não escapam à padronização de um suposto “tipo psicologicamente saudável” que implica a possibilidade (mais provavelmente a inevitabilidade) de fazer com que a experiência do sofrimento psíquico, contaminada pelo vocabulário e métodos de diagnóstico da psicopatologia clínica, venha a traduzir-se nos códigos de classificação do sintoma psicopatológico. Dessa lógica provém, uma vez mais, o afrouxamento de critérios que induz à medicalização excessiva e a suspensão dos dispositivos de regulação que contêm a explosão de demanda. O acesso apressado e acrítico de clínicos gerais à psiquiatria, preferencialmente em sua versão mais estritamente biológica, tem estimulado a prescrição indiscriminada de psicotrópicos, especialmente de antidepressivos, tendendo a resultar numa situação sanitária alarmante. Teríamos, assim, nesses modelos de prevenção, assim como naqueles com ênfase na educação, o efeito paradoxal de ter como meta a promoção da saúde e como resultado a produção de doença mental.

Para o campo das doenças crônicas e degenerativas, no qual se costuma incluir o das doenças mentais, formulou-se uma outra estratégia preventiva baseada numa nova vertente da epidemiologia, que é aquela centrada na noção de *risco*. A noção de risco, apropriada pelo vocabulário técnico, surgiu da inclinação ou necessidade de se prever e tornar

mensuráveis as incertezas acerca de ganhos e perdas numa situação de jogo e refere-se à probabilidade de algum evento ocorrer. Probabilidade, por sua vez, é um conceito que abarca algo de “indefinível”, indicando tanto um *grau de crença* quanto uma limitação no sentido matemático. As noções de risco e de fator de risco estão, portanto, enredadas numa imprecisão conceitual suficientemente grande para predispor-las a funcionar como conceitos-curinga, agregando valores tão heterogêneos como os oriundos de exigências pragmáticas, posições ideológicas e códigos morais (CASTIEL, 1994). Quando desvelada a noção de risco, não há mais como se reivindicar para a *prevenção baseada em fatores de risco* alguns dos atributos mais caros à cientificidade da prevenção, como a determinabilidade, a neutralidade e a objetividade.

Se são evidentes as limitações da prevenção apoiada na noção de risco para doenças crônicas e degenerativas como o câncer, o diabetes ou a arteriosclerose, mais evidentes ainda são a indigência e a gaseificação desta noção quando aplicada à doença mental.

4 LOUCURA E DOENÇA MENTAL

Por mais que se pretenda adotar um conceito naturalizado de doença mental, equiparando-a à doença orgânica, são tão insistentes as suas linhas de fuga que não há como esquivar-se à questão da natureza da doença mental. Habituo-nos a tomar como sinônimos a loucura e a doença mental sem nos indagarmos se o processo de apropriação dessa experiência milenar enigmática que, paradoxalmente, acomete a dimensão de interioridade da razão e se inscreve no corpo, pôde ser transcrita por inteiro na gramática da doença sem deixar resíduos. A doença mental só passou a existir no final do século XVIII, no mesmo movimento que fez germinar a psiquiatria, quando o fenômeno da loucura foi traduzido em termos médicos e se tornou objeto de intervenção dos alienistas. Sob o domínio desse nascente ramo do saber médico, a loucura, tornada alienação e, em seguida, doença mental, ingressou na corrente de transposições de fenômenos físicos e morais, tendo como operador inicial dessas redescritões a anatomoclínica, que então monopolizava o poder de outorgar o passaporte para os domínios da medicina. Diante dos pífios resultados obtidos, desencadeou-se uma segunda tentativa de conter a loucura em sua nova versão científica mediante o recurso a uma noção de hereditariedade ainda muito frouxa, demasiado especulativa e ideologizada, que deu origem à célebre e arquivada teoria da degenerescência, de Morel (SERPA, 2002).

Nessa época está em curso um laborioso processo de subtração da loucura do domínio das reflexões filosóficas, das preocupações morais e das estratégias de manutenção da ordem pública e sua inscrição como doença, daí resultando sua necessidade de isolamento dentro de uma nova instituição, o hospital psiquiátrico, destinado, nos termos de Foucault (1997), à curiosa função de um retângulo botânico em que as doenças se distribuem por espécies, para que a loucura, purificada de toda a contaminação que uma secular percepção concreta havia colado à sua superfície, pudesse ser domesticada e ressurgir como doença mental em suas formas mais abstratas, objetivas e inocentes.

A miragem que a psiquiatria persegue é a de desafiar a loucura - cuja figura trágica da relação do homem com os seus fantasmas e de uma dor sem corpo (nas palavras de Foucault) dissolve-se no catálogo das doenças mentais -, a produzir sua verdade. Em contrapartida, assombrando esse esforço de produção da verdade, continuava a rondar a suspeita de que os jogos de produção de um saber sobre a loucura/doença mental podiam ser insidiosamente decididos pela cartada do poder médico, que é precisamente o que demonstra Charcot ao produzir à vista de todos, como um prestidigitador, o sintoma histérico, e exibir à sua platéia atônita uma doença mental como artefato do poder do médico (BARRETO, 2005).

Sob qualquer nome a loucura resiste. E toda a história que se seguiu testemunha a obstinação de um saber que tenta isolá-la em sua forma pura: a instituição do hospital psiquiátrico; Babinski com sua manobra para (com perdão do trocadilho) “pegá-la pelo pé”; Freud com a introdução do *setting* psicanalítico e o refinamento da noção de transferência como instrumento de decifração do discurso; tentativas hoje, como no século XIX, de reduzir ao vocabulário “neuro” toda a discursividade “psy”...

Embora correntemente se reconheça, mesmo entre não-psicanalistas, que a psicanálise trouxe para o campo da loucura/doença mental um norteamento ético imprescindível com a centralidade que conferiu à noção de sujeito e a valorização da narrativa, não há razão para se considerar indispensável que o modelo assistencial em saúde mental tenha de ser decidido por uma conversão à psicanálise - ou à psiquiatria biológica ou a alguma outra matriz descritiva do fenômeno psíquico. É preciso reconhecer que muitos dos que defendem a psicanálise entrincheiram-se em posições dogmáticas e intolerantes e reverenciam os textos de Freud e Lacan como amuletos para exorcizar os avanços das pesquisas em neurociências, como se estas representassem a mais nova versão pseudo-iluminista da barbárie e para anatematizar todo projeto de reforma assistencial como mordaza para a expressão da singularidade. Ao mesmo tempo, há que se reconhecer

também, por outro lado, o perigo totalitário que ronda o otimismo simplista de uma geração emergente de psiquiatras que não hesitaria em queimar na fogueira do fisicalismo triunfante toda uma rica tradição clínica que zelou pela preservação de um lugar para o sujeito e suas infinitas possibilidades de inventar modalidades de relação com o mundo e com os outros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de se decidir pela aplicabilidade da prevenção a um sistema de saúde mental é preciso, portanto, decidir o que se entende por doença mental. Se adotamos o pressuposto, na versão dura do fisicalismo e da biotecnologia, da identidade entre fenômenos mentais e fenômenos cerebrais, trabalhamos com o horizonte de doenças concretas e doentes abstratos, isto é, com tipologias e classificações: uma clínica sem sujeitos. Nesse caso, um modelo estruturado em bases preventivistas seria teoricamente plausível, mas estaria condenado a girar como os anéis de Saturno. Se, por outro lado, admitirmos que as versões fisicalistas indicam uma das possibilidades descritivas da experiência subjetiva de sofrimento mental, vantajosa para elucidar fenômenos num vocabulário que atende a determinadas finalidades (mas sem esgotar a totalidade descritiva dos fenômenos), abre-se a oportunidade de trazer de volta o sujeito e seu discurso para o centro da clínica, o sujeito concreto cujo padecimento resulta de interações complexas que o implicam na confluência de uma rede incessante e singular de relações. Nessa hipótese, que se revela muito mais rica epistemológica e eticamente, temos a presença de pessoas reais, sujeitos com histórias e projetos de vida, mas temos de olhar com suspeita os cânones clássicos que presidem as intervenções preventivas.

Desde meados do século passado, as mais variadas propostas de reforma assistencial psiquiátrica têm no hospital psiquiátrico e na sua lógica de segregação e cronificação a encruzilhada que lhe decide os rumos. Os diversos destinos tomados por diferentes propostas podem ser resumidos em duas direções principais; ou se propõe uma reforma limitada à modernização da lógica do asilo psiquiátrico (modernizando o regime de hospitalização ou estendendo-o para a assistência extra-muros), ou se propõe um modelo de reforma que ultrapasse o objetivo da desospitalização para alcançar o que é tido como desinstitucionalização, isto é, ruptura com a lógica de segregação do aparato psiquiátrico e instauração de uma outra clínica, menos preocupada com a correção ou controle dos desvios do que com a garantia de espaços de negociação da diferença que assegurem a presença, como cidadão, do louco/doente mental nos lugares de circulação e trocas do convívio social.

Quando a opção se dá pelo *aggiornamento*, isto é, pela modernização que mantém virtualmente incólume a lógica constitutiva da delegação psiquiátrica, o modelo adotado

pode parecer mais coerente e internamente estruturado de forma mais nítida, mas será, inevitavelmente, e ainda que o discurso tente encobri-lo, um modelo centrado na suposição de uma *expertise* médica, fadado a reproduzir todo o esquema tecnoburocrático em que se sustenta a racionalidade psiquiátrica.

Essa opção pode ser ilustrada com o caso de Juiz de Fora, onde vigora há oito anos (e ainda com sinais de sobrevida), um sistema de saúde mental ostensivamente apoiado no modelo dos níveis de prevenção, rigidamente hierarquizado, verticalizado, burocratizado, infestado de protocolos de conduta, estruturado mediante uma sucessão de “filtros” (é esta a infeliz denominação dada às passagens reguladas por critérios de inclusão/exclusão aos níveis superiores da pirâmide do sistema) e no qual, apesar dos desmentidos retóricos, aos técnicos não-médicos é reservado um papel acessório. Na posição de eixo do sistema situam-se os CRRESAMs (Centros Regionais de Referência em Saúde Mental), considerados sua “instância fundamental” e “dispositivo pedagógico-assistencial” com objetivos de “polarização de ações de referência e contra-referência” do sistema e composto de técnicos que devem confirmar ou especificar diagnósticos e instituir tratamento para os casos encaminhados das unidades básicas e, de acordo com a avaliação clínica subordinada a critérios definidos, contra-referenciá-los às unidades básicas de saúde ou referenciá-los aos programas especiais de saúde mental (PROESAM)⁴

Inútil procurar ao longo das sufocantes galerias de encaminhamento ou nos pontos de passagem dos “filtros” qualquer menção ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), previsto na reforma psiquiátrica como eixo organizador da rede assistencial territorializada e dispositivo de narrativa e convívio que anuncia um lugar social para a diferença e a loucura no círculo da cidadania. Palavras como *sujeito* e *autonomia* não chegam a ser mencionadas. Nenhuma alusão a lugares em que o sujeito possa efetivamente falar. Em termos psicanalíticos, é um sistema perverso, na acepção que lhe dá Calligaris (apud IZHAKI, 2000), que descreve a perversão como resultado da paixão instrumental que destitui o sujeito para obter o gozo da própria operação do aparelho tecnoburocrático. Não por acaso é esse modelo de clínica sem sujeito e sem vínculos reais que se vangloria de seguir à risca o clássico desenho dos níveis de prevenção. A tendência de programas assistenciais desse tipo é a de se tornarem programas de monitoramento, avolumando o contingente de crônicos e a prescrição de medicamentos. Inverte-se, desse modo, o tradicional bordão: quanto mais se previne mais há o que remediar. “O indivíduo de hoje, diz Ehrenberg, não é nem doente, nem saudável. Ele é inscrito em múltiplos programas de manutenção” (EHRENBURG, 2000, p.261).

Qual seria o lugar da prevenção no modelo da desinstitucionalização centrado no sujeito? Nesse sistema, os dispositivos assistenciais não se organizam verticalmente, mas em redes horizontais; dispõem-se sem a rigidez dos protocolos, mas com a criação permanente de formas de acolhida sintonizadas com a diversidade da apresentação da demanda; substitui os critérios de exclusão por programas de inclusão; convoca os usuários e trabalhadores de saúde mental a protagonizarem, de acordo com as especificidades dos diferentes saberes, projetos terapêuticos e de reinserção coletivos; capilarizam-se no território menos para detectar sintomas mentais do que para ativar os recursos não-protocolares de superação dos dilemas e impasses vivenciais. Nesse modelo não prevalece a preocupação de “normalizar” os indivíduos para habilitá-los ao jogo social, mas a imbricação do trabalho clínico com o usufruto da cidadania tendo as feições do local em que eles vivem. A esse modelo não se sobrepõe a grade da prevenção clássica, com quem pode caminhar junto, mas *non passibus aequis* (não com passos iguais). Prevenção, diz Franco Rotelli, “não pode ser outra coisa senão prevenção da instituição, e do seu poder de etiquetamento, seqüestro, expropriação da identidade, produção de dependência, produção de cronicidade” (ROTELLI et al.,2001, p.71). Paraphraseando Norberto Bobbio (2000), pode-se acrescentar que prevalece aqui a idéia de prevenção em seu sentido procedimental e não no substancial.

Ao resignado leitor que teve a indulgência de acompanhar-me até aqui, perguntando-se, talvez, por que cargas d’água teria eu aberto a presente reflexão com a transcrição de uma passagem de Kafka, confesso que pretendia compor uma paráfrase daquele texto com um outro que denunciasses a perversão de um sistema assistencial burocratizado, sem formação de vínculos e sem lugar para o sujeito. Vejo que não preciso redigir esse fragmento. Colho-o já pronto no manual que explana e regula todo o sistema adotado em Juiz de Fora. Depois de lê-lo, o leitor poderá retornar à passagem de Kafka, que agora parecerá ganhar uma tonalidade profética:

“Concluída a fase de avaliação – que tem uma duração aproximada de cerca de 1 mês e já corresponde ao início do tratamento no PADQ-, o paciente passa para a segunda fase, que refere-se à entrada do paciente em uma ou duas das modalidades (subprogramas) terapêuticas disponíveis. Durante a fase de avaliação, caso o paciente falte, sem justificativa e sem remarcar sua consulta ou entrevista, será tentado um contato – por telefone ou por carta – a fim de remarcar nova consulta ou entrevista. Caso o paciente não demonstre interesse em continuar sua avaliação, e/ou não compareça na nova data agendada, será considerado como tendo abandonado a avaliação e só poderá ser atendido novamente no PADQ após um ano desta data, através de novo encaminhamento do CRRSM. Caso o

paciente tenha duas faltas consecutivas, ainda que as justifique, será marcado apenas para e pelo técnico com quem teve sua segunda falta: não comparecendo à próxima consulta/entrevista, também será considerado como tendo abandonado o tratamento, não podendo retornar ao PADQ pelo período de um ano.”⁵.

Kafka faria melhor? Talvez se limitasse a acrescentar:

- Como se chama esse meu juiz? – perguntou o paciente repentinamente.
- Não posso dizer - respondeu o guardião dos filtros.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005. 199p.
- BARRETO, J. **O besouro dentro da caixa**: reflexões sobre o projeto moderno de naturalização da mente. 1998. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/UERJ. Rio de Janeiro, 1998.
- BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. 208p.
- CASTEL, R. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed., 1987. 200p.
- CASTIEL, L. D. **O buraco e o avestruz**. Campinas: Papyrus, 1994. 203p.
- COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 189p.
- DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 166p.
- EHRENBERG, A. **La fatigue d’être soi**: dépression et société. Paris: Odile Jacob, 2000. 14p.
- FOUCAULT, M. **Resumo dos Cursos do Collège de France**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.134p.
- INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL. Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. **Protocolos de conduta do sistema municipal de saúde de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2000. 121p.

IZHAKI, F. Fragilidade e malabarismos: configurações do sofrimento contemporâneo. In O sofrimento contemporâneo: nova psicanálise? **Cadernos de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 22, n.14, p.119-128, 2000.

KAFKA, F. O processo. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1968.

Leavell e Clark

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. 112 p.

SERPA JR., O. D. A tranquilidade do boi no pasto: o desafio ético-teórico da psiquiatria para o século XXI. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 21, p.11-31, 2002.

Submissão: maio de 2005

Aprovação: setembro de 2005

¹ Professor adjunto do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFJF.
Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 2721, sl. 706, Centro, Juiz de Fora, MG - CEP 36010-012. e-mail:
jubelbarreto@yahoo.com.br

² Entende-se por *fisicalismo* o procedimento teórico que postula a possibilidade de se traduzir o vocabulário mental (ou intencional) nos termos do vocabulário biológico. É *fisicalismo eliminativista* quando postula a identidade entre fenômenos mentais e processos biológicos de natureza físico-química.

³ Apesar da escassez de dados estatísticos acessíveis, umas poucas informações seriam suficientes para denunciar o escândalo representado pelo incremento do consumo de psicotrópicos, especialmente de antidepressivos, que tende a ser prescrito como “remédio multiuso”. Em relação aos antidepressivos: de 1977 a 1982 (antes, portanto, do apogeu da “sociedade depressiva”) o número de prescrições na França aumentou de 4.3 para 7.4 milhões (aumento de 72%); na Austrália, entre 90 e 98 o aumento no consumo foi de 185% na população geral, enquanto a população de idosos de Ontário triplicou o consumo entre 93 e 97; o consumo na população infantil tornou-se um problema de saúde pública destacadamente na Inglaterra (incremento de 75% de prescrições para menores de 18 anos, entre 2000 e 2002), mas abrange também EUA, Brasil, França, Espanha, México, Argentina, etc.

⁴ V. Protocolos de Conduta do SMSM-JF (ref. supra) p.3

⁵ Toda a passagem entre aspas é retirada de Protocolos de Conduta do SMSM-JF (ref. supra) p. 48-9.

PADQ= Programa de Atenção a Dependentes Químicos.

A sigla CRRSM não aparece por extenso em outras passagens do texto, mas provavelmente significa o mesmo que CRRESAM (Centro Regional de Referência em Saúde Mental).

A IMPORTÂNCIA DO RACIOCÍNIO CLÍNICO E DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: uma abordagem em atenção primária para “dor na perna”.

The relevance of clinical acumen and differential diagnosis. A Primary Care approach to “leg pain”.

José Luiz Pedroso*

*Médico

Endereço:

Rua Santo Antônio nº696/ap301,

Fones: (32)3218-1666 (32)99686025

Juiz de Fora - MG

e-mail: zeluizpedroso@yahoo.com.br

Resumo

Os métodos de ensino empregados em grande parte das Faculdades de Medicina claramente enfatizam as doenças em detrimento dos sintomas. Este fato, certamente, torna o graduando em Medicina distante de uma arte, que é o método clínico. Por esse motivo, uma abordagem baseada no sintoma capaz de explorá-lo de forma coerente através de uma boa entrevista médica se mostra como grande aliada na elaboração e criação de hipóteses diagnósticas. Portanto, a idéia de explorar os temas médicos na forma de diagnósticos diferenciais se torna vital para todos aqueles que lidam com atenção primária à saúde, na tentativa de aumentar a resolutividade de problemas. Este artigo, particularmente, trata da dificuldade diagnóstica da “dor na perna”, relacionando suas mais variadas causas, que independentemente de serem raras ou não, se tornam um desafio clínico.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Prática Profissional; Educação Médica; Diagnóstico Diferencial; Diagnóstico Clínico; Perna. Dor;

Abstract

Teaching methods used in most Medical Schools clearly emphasize disease at the expense of overlooking patients' complaints. This certainly distances Medical School graduates from the clinical method, which is an art. For this reason, a symptom-based approach, capable of coherently examining symptoms during a proper clinical examination, is extremely useful to reach a proper diagnosis. Therefore, the idea of studying medical issues using differential diagnoses becomes vital for those who deal with primary health care, in order to better solve medical problems. This study

examines the difficult diagnosis of “leg pain”, giving its many and varied possible causes, which, regardless of whether they are rare or not, represent a clinical challenge.

Key words: Primary Health Care; Professional Practice; Education, Medical; Diagnosis, Differential; Diagnosis, Clinical; Leg; Pain.

Introdução

Uma reflexão sobre o método de ensino das faculdades médicas seria essencial para entendermos o sistema no qual as mesmas estão enraizadas. A graduação médica engloba, de forma geral, um ensinamento baseado em especialidades médicas. Este método de ensino é basicamente incorporado por aulas, em sua maioria teóricas, que são expostas com ênfase nas principais síndromes ou doenças específicas. Isso se torna um problema ao entendermos que uma doença só pode ser diagnosticada após análise criteriosa de um sintoma apresentado por um paciente, o que só pode ser realizado com entrevista e exame físico. Ao invés de explorar os sintomas e proceder estudos no formato de diagnósticos diferenciais, aprimorando o raciocínio clínico e elaboração de hipóteses diagnósticas, o objetivo básico desenvolvido pela maioria das escolas médicas é cada vez mais distanciar o estudante de medicina da arte do diagnóstico (cerne das tomadas de decisões) e da arte médica. O estudante de medicina se torna um grande conhecedor científico: torna-se especialista em fisiopatologia de cada doença apresentada; é conhecedor dos métodos diagnósticos mais avançados para uma dada doença; é capaz de detalhar os tratamentos mais adequados e recentes para as mais variadas situações clínicas; é capaz de citar com perfeição os sintomas das doenças estudadas. Embora conhecedor de todos esses pontos, que são cruciais para uma prática médica satisfatória, o estudante de medicina se distancia do método clínico ao deixar de dar contexto clínico ao seu conhecimento, tornando-se cada vez menos capaz de entrevistar um paciente, especialmente no que se refere à relação médico paciente, além da inabilidade para realizar um exame físico pertinente para cada caso; ignora a elaboração de diagnósticos diferenciais, corroborando para a pobreza de raciocínio clínico; despreza o uso corriqueiro da referência médica, arte de grande valor, quase nunca ensinada nas escolas médicas. Com frequência, a culpa de um diagnóstico mal feito recai sobre a história clínica, e muitas vezes ouve-se a expressão “o paciente informa mal”, como se a culpa de uma entrevista mal feita fosse do paciente, quando, na

verdade, deveria-se dizer: “a história não está clara, porque eu sou um mau entrevistador”(COULEHAN; BLOCK, 1989).

Como exemplo do que foi exposto, entende-se que, a “cirrose hepática” não vai se consultar, mas, sim, um homem jovem queixando-se de cansaço e inchaço nas pernas; que ao invés de um “adenocarcinoma de pulmão” se consultar, uma senhora apresenta-se para uma consulta médica queixando-se de fraqueza e apresentando uma síndrome de delirium.

Esse pensamento se tornou mais evidente para mim quando, ao cursar o estágio comunitário, percebi que muitos sintomas expressados pelos pacientes eram tão inespecíficos a ponto de serem banalizados e nunca diagnosticados. Algumas queixas parecem deixar o médico em uma situação desconfortável, devido ao fato de serem inespecíficas. Em uma dessas situações, a queixa de um homem jovem era “larvas pelo corpo”, quando, na verdade, a história e exame físico revelaram prurido intenso e micropápulas em tronco e membros, caracterizando um quadro clássico de escabiose. Em outra situação, um homem de 44 anos queixava-se “fico engasgado toda noite”. A investigação posterior mostrou ser esse um caso de refluxo gastro-esofágico atípico, com boa resposta aos bloqueadores de bomba de prótons.

Essa inversão de valores criada pelas escolas médicas se tornou estímulo suficiente para escrever uma abordagem didática e plausível sobre um sintoma freqüentemente observado e pouco descrito em livros de Medicina. Particularmente, achei intrigante atender uma senhora com dores na perna no Posto de Saúde, que, a despeito de entrevista e exame físico de abordagem, não foi possível chegarmos a uma solução diagnóstica. Observei, então, que a dor na perna é um sintoma de extrema prevalência nos postos de atenção primária ou em ambulatórios, perdendo apenas para a cefaléia e a lombalgia (RUBIN et al., 1996), e que quase sempre passa sem definição diagnóstica, mesmo após enormes gastos com exames caros e muitas vezes desnecessários.

Desenvolvimento

A sistematização a seguir é um guia para aqueles médicos ou graduandos em Medicina, que desejam aprimorar a abordagem em atenção primária quanto a um sintoma tão prevalente.

A “dor na perna” pode ser devido a várias síndromes, que aqui distribuiremos por sistemas. Assim, ao considerar-se o diagnóstico diferencial de “dor na perna”, deve-se estar atento para as seguintes possibilidades:

- **Osteoarticulares e Reumatológicas:**

As dores musculoesqueléticas têm as mais variadas causas e aqui daremos ênfase a causas corriqueiras, mas que pela falta de uma abordagem baseada no sintoma, acabam sendo mal interpretadas, e a prescrição de um anti-inflamatório não hormonal é quase sempre a regra, afinal é mais uma “dor na perna”. Os pacientes freqüentemente não nos dão com muita precisão o local exato da dor musculoesquelética; pode ser útil, então, solicitá-los a colocar a mão no local da dor.

A síndrome de dor miofascial envolvendo o músculo quadrado lombar é uma das causas mais comuns de dor lombar irradiada para nádegas e para membros inferiores, sendo muitas vezes confundida com a dor da compressão radicular, resultando em extensas investigações e referências a neurologistas sem muitas vezes chegar-se a um diagnóstico preciso. Essa síndrome resulta de espasmo muscular desencadeado por atividade física não habitual, posições viciosas no ambiente de trabalho, distúrbios do humor, sono não reparador e fadiga. É essencial lembrar que a síndrome de dor miofascial afeta vários pontos do corpo, podendo se apresentar com dor na nuca, cefaléia e dor no ombro e braços (TIERNEY et al., 2004).

As desordens extra articulares são freqüentes e merecem destaque. A fasciíte plantar é uma causa comum de dor no calcanhar que se irradia para a planta do pé, e se apresenta geralmente após atividade física extenuante, especialmente em sedentários. A metatarsalgia é uma condição causada por peso excessivo concentrado na cabeça do metatarso e, curiosamente, os pacientes com esta condição freqüentemente se queixam de “estar andando sobre pedrinhas” (RUBIN et al., 1996, p.93)

Um paciente que se apresenta com dor no quadril pode apontar uma de três áreas: a dor localizada ao nível do ligamento inguinal ou região anterior da coxa, que sugere comprometimento da articulação do quadril; a localizada na região lateral do quadril, que sugere bursite trocântérica; e a localizada na região glútea, que sugere articulação sacroilíaca ou dor ciática.

CASO I:

Uma senhora de 53 anos procura o pronto atendimento queixando-se de intensa dor na perna, acometendo região posterior e lateral da coxa, que vem a incomodando há cerca de dois dias. A dor não irradia e piora com os movimentos da perna, estando presente também ao repouso. Trabalha como doméstica, muitas vezes com exercícios extenuantes, subindo e descendo escadas. O exame físico revelou sinal de Lasegue negativo, manobra do piriforme(rotação interna da coxa) negativa, força muscular e sensibilidade preservadas. A rotação externa era dolorosa assim como a palpação na lateral da coxa. Não havia sinais flogísticos. A hipótese de fasciíte acometendo a fáscia lata foi inevitável.

Quando a dor é articular, faz-se necessário uma importante pergunta: estamos diante de uma artralgia apenas ou se trata de uma artrite? Para isso, devemos atentamente avaliar os sinais flogísticos no exame físico, que infelizmente acabam ficando apenas nos livros, sendo eles além da dor, eritema, calor e edema. Pacientes portadores de osteoartrose, tendinite ou bursite descrevem uma dor focal e matutina que dura alguns minutos e que pioram no fim do dia, após atividade física mais extenuante. A osteoartrose, pela sua frequência, merece destaque, e se caracteriza por dor articular precipitada ou piorada pelo uso da articulação. O exame físico mostra aumento articular, podendo revelar os nódulos de Heberden e de Bouchard nas interfalanganianas das mãos (BECK et al., 1981).

É válido chamar a atenção para a febre reumática, que acomete geralmente crianças e se caracteriza entre outros achados, por artrite migratória e história de amigdalite, a qual pode estar ausente. Os critérios maiores e menores são essenciais para a abordagem diagnóstica da febre reumática em atenção primária. A artrite reumatóide também cursa com artrite simétrica e, juntamente com as colagenoses, especialmente o lúpus eritematoso sistêmico, deve sempre ser suspeitada, principalmente em mulheres em idade reprodutiva. Não devemos nos esquecer que a artrite reumatóide pode se iniciar com um quadro de artralgia ou artrite assimétrica.

Pacientes que se apresentam com oligoartrite ou poliartralgia de grandes articulações, acometendo principalmente membros inferiores, devem ser considerados para a hipótese de espondiloartropatias soronegativas (RICHIE; FRANCIS, 2003), principalmente a artropatia reativa. Esta, freqüentemente apresenta-se associada a infecções do TGI ou a doença inflamatória intestinal, que se manifestam com alterações do ritmo excretor(diarréia ou constipação), ou a doenças sexualmente

transmissíveis, devendo ser diferenciadas da artrite gonocócica, que geralmente afeta também membros superiores. Na vigência de oligoartrite de membros inferiores, o questionamento de secreção uretral e conjuntivite deve ser prioritário, já que esta associação constitui a síndrome de Reiter. A articulação classicamente acometida pelas artropatias reativas é o joelho.

CASO 2:

Uma moça de 24 anos de idade começa com quadro de dor em todos os membros, afetando exclusivamente as articulações: cotovelos, punhos, ombros, joelhos e tornozelos, que já durava uma semana, com um episódio febril de 39,5 °. O exame físico nada revelou a não ser um sopro mesossistólico em 2º EIE. Um quadro de poliartralgia migratória foi caracterizado. Não havia história de amigdalite recente. Negava secreção vaginal e não havia tido intercurso sexual até o momento, além do questionamento sobre diarreia recente ter sido negativo, o que tornava uma artropatia reativa pouco provável. O hemograma era normal. Foram solicitados fator reumatóide, FAN, VHS, VDRL, e a bioquímica usual. Todos os exames foram normais. As dores cessaram espontaneamente em poucos dias. Um quadro viral foi suspeitado. 6 meses depois, ela volta ao HU de Juiz de Fora com episódios intermitentes de dor abdominal difusa em cólica, vômitos e constipação recente. A hipótese de apendicite aguda foi imediatamente suspeitada. Uma laparoscopia teve resultado normal. No terceiro episódio, a ausência de ruídos hidroaéreos e uma radiografia de abdome revelando nível líquido sugeriu obstrução intestinal aguda. A hemoglobina era de 8,5, com VCM de 87,0, além de cálcio de 6,6 e albumina de 2,1. A suspeita de Doença de Crohn era certa. Uma USG abdominal evidenciou espessamento de íleo terminal. A colonoscopia com biópsia corroborou esse diagnóstico. O sopro mostrou ser uma estenose pulmonar congênita leve ao ecocardiograma, o que já era sugerido pela ausculta cardíaca.

Em pacientes que têm uma ou poucas articulações acometidas, devem ser considerados: síndrome pós traumática e as lesões ligamentares, bursite ou tendinite, artrite séptica, inflamação induzida por cristais(gota, principalmente se a primeira articulação metatarso falangeana for a acometida, e pseudogota), ou uma apresentação atípica de uma artrite sistêmica como a artrite reumatóide. Nesse momento, a distinção

entre artralgia e artrite é mister, devido ao risco de subestimarmos uma artrite séptica em evolução.

CASO 3:

*Um homem de 49 anos começou com quadro de paresia súbita em braço direito e perna direita, além de dificuldades para falar, com afasia motora e confusão mental, caracterizando um quadro de delirium, que se tornaram progressivos. Foi hospitalizado para investigação diagnóstica, quando começou com dor intensa em joelho esquerdo, após ter tido uma torção, sendo então tratado com AINES. Ao ser transferido para o HU de Juiz de Fora, notaram-se edema, calor e eritema em joelho esquerdo, tendo tido um episódio febril não aferido. Um processo expansivo parecia certo, e uma artrite de grande articulação sugeriu endocardite bacteriana, que se tornou mais provável após a observação das lesões de Janeway em planta do pé e palma da mão. A punção do joelho revelou *Stafilococos aureus*, sendo então tratado com oxacilina. Um ecocardiograma transtorácico foi realizado tendo resultado negativo, o que nos fez considerar um falso negativo. A TC revelou um abscesso cerebral que foi tratado com sucesso. Um foco infeccioso não pôde ser identificado. O paciente negou por várias vezes uso de drogas endovenosas.*

Aqui, a suspeita de um processo expansivo, associada à febre e monoartrite, sugeriram fortemente uma artrite séptica. Mesmo com um ecocardiograma transtorácico normal, era impossível não considerar endocardite bacteriana.

Sempre que estivermos diante de uma criança com quadro de dor em membros inferiores, devemos estar atentos para suas características. Uma dor acometendo extremidade óssea, de caráter progressivo, deve nos alertar para tumor ósseo, principalmente se houver massa palpável. Os sarcomas ósseos são tumores malignos extremamente agressivos, e uma falha de abordagem diagnóstica inicial pode ser fatal.

CASO 4:

Uma menina de 9 anos começa a notar dor em perna direita acometendo a região de fêmur distal, principalmente quando anda ou corre, de caráter progressivo nos últimos quatro meses. O exame físico revelou uma massa óssea de padrão regular, que já havia sido percebida pela mãe. A massa veio aumentando com o tempo, e a despeito disto, a mãe decidiu não procurar atendimento médico. Uma

radiografia foi solicitada revelando um tumor ósseo acometendo fêmur distal, de padrão regular, em aspecto de cogumelo, mostrando este ser um caso de osteocondroma. Felizmente, um tumor benigno.

Em crianças pequenas, comumente entre os 3 e 11 anos de idade, com dor na região do quadril, devem ser lembradas as displasias congênitas do quadril, como a doença de Legg-Calvé-Perthes, que cursa com osteoartrite (RUBIN et al., 1996).

Uma dor severa e sensação de dor profunda em membros inferiores pode ser causada pela polimialgia reumática, que afeta geralmente a terceira idade, se caracterizando por acometer cintura escapular e cintura pélvica. Uma anemia normocítica pode ser encontrada, mas o grande marcador é um VHS elevado. A resposta dramática com corticóides é a regra (BASTOS; COSTA, 2000). Devemos estar atentos com sua associação com arterite temporal, que pode levar a um quadro isquêmico de artéria oftálmica e consequente cegueira (TIERNEY et al., 2004).

CASO 5:

Uma senhora branca, solteira, de 62 anos, que sempre se consulta na unidade de saúde, começa desta vez a se queixar de intensa dor nas regiões posteriores de ambos os joelhos e ombros. Tudo começou ao retornar de uma longa viagem. Uma investigação inicial revelou um VHS de 120 na primeira hora. Foi impossível não considerar polimialgia reumática. A paciente teve resposta dramática com prednisona.

A dor generalizada, caracterizada por mialgia e artralgia, associada ou não a fadiga e distúrbios do humor, deve levantar a hipótese de fibromialgia, tornando os *tender points* essenciais ao exame físico. A síndrome da fadiga crônica também pode cursar com mialgia e artralgia, e merece avaliação dos critérios diagnósticos (BASTOS; COSTA, 2000).

- **Vascular:**

Devemos, inicialmente, recordar que o sistema vascular não é constituído apenas por veias e artérias, mas também por linfáticos. Em pacientes da terceira idade, é fundamental estarmos atentos para doença arterial periférica, principalmente na

vigência de fatores de risco para doença aterosclerótica, como HAS, diabetes melitus, dislipidemia, tabagismo e história familiar. A expressão claudicação intermitente se refere a uma dor, geralmente assimétrica, que começa inicialmente após algum tempo de atividade física não habitual, cessando ou melhorando ao repouso. A palpação dos pulsos é primordial, assim como o índice tornozelo braço, muitas vezes negligenciado. Não se esqueça que somos forçados a acreditar que doença aterosclerótica é a única causa de claudicação intermitente, mas outras síndromes são capazes de gerar tal sintoma. Entre elas, lembre-se da tromboangiíte obliterante ou Doença de Buerger, que se manifesta de forma aguda, com dor exuberante em um dos membros inferiores, principalmente distal, com acometimento dos pododáctilos, podendo levá-los à necrose e amputação. Essa patologia predomina em homens jovens e tabagistas, embora possa acometer mulheres. A palpação dos pulsos, neste caso, é fundamental para a suspeita diagnóstica. É vital acrescentar que estudos recentes demonstraram estreita relação entre a tromboangiíte obliterante e a hiper-homocisteinemia e, por isso, esse hormônio deve ser sempre dosado após feito o diagnóstico da oclusão arterial aguda (AMATO; OAKLANDER, 2004).

CASO 6:

Uma senhora de 43 anos se apresenta para uma consulta queixando-se de dores em ambas as pernas que surgiam após algum tempo de caminhada e que cessavam ao repouso. Essas dores já a incomodavam há dois meses, sendo que durante este período já havia sido vista por três médicos, sem diagnóstico, até então. Essa descrição nos fez caracterizar um quadro de claudicação intermitente. Os pulsos estavam presentes e o exame físico era normal, a despeito de palidez cutâneo mucosa. A história revelou dispnéia aos médios esforços nas últimas semanas. O hemograma, por sua vez, revelou uma hemoglobina de 6,0 de padrão normocítico com leucograma e plaquetas normais e uma baixa de reticulócitos. Em vista de uma hipótese de aplasia eritróide pura, uma radiografia de tórax foi imediatamente realizada, mostrando um timoma que foi retirado com sucesso.

Esse caso traz uma lição muito grande, ao mostrar que a anemia é uma importante causa de claudicação intermitente.

Os distúrbios venosos, por sua alta prevalência, fazem-se merecedores de atenção especial. É vital suspeitar-se de Trombose Venosa Profunda sempre que um paciente se

apresentar com quadro de dor recente em um dos membros inferiores, principalmente se associada a edema, em vista dos riscos inerentes à propagação do trombo. Os livros sempre fazem menção aos sinais flogísticos, como eritema e calor local, que nem sempre estão presentes, muitas vezes subestimando as manifestações subclínicas da TVP. O sinal de Homans(dor à dorsoflexão do pé), não se mostrou uma manobra de exame físico confiável para o diagnóstico de TVP. Cabe ressaltar que, ao suspeitar-se de TVP, investigações complementares devem ser iniciadas, sendo o teste diagnóstico mais utilizado a ultra-sonografia com Doppler, com um valor preditivo positivo de 95%, apesar de baixa sensibilidade para tromboes mais distais(de 50 a 75%) (ANAND et al., 1999).

CASO 7:

Um rapaz de 31 anos inicia um quadro súbito de dor em MID e edema importante, com grande aumento do diâmetro do membro. TVP é investigada e a ultra-sonografia com Doppler confirma o diagnóstico. Poucos meses depois, desenvolve novo quadro, semelhante ao primeiro, agora em MIE, também confirmada TVP ao ultra-som. Mesmo com anticoagulação, desenvolve vários outros episódios de TVP, sendo que em um destes, começou com dispnéia súbita e dor torácica ventilatório dependente. A cintilografia pulmonar revelou alta probabilidade para TEP. Esse quadro veio a se repetir por mais 3 vezes, até que foi implantado filtro em veia cava inferior, sem novos episódios de TEP. No total, relata ter tido mais de 10 episódios de TVP. Uma coagulopatia foi suspeitada, e foi feito o diagnóstico laboratorial de deficiência de proteína S. Na vigência de anticoagulação, teve um quadro dramático de hematêmese, o que tornou necessária uma endoscopia digestiva alta. Esta incrivelmente revelou uma massa em fundo gástrico de 5 cm de diâmetro.

Esse caso nos ensina que não basta fazer o diagnóstico de TVP, mas que também é fundamental estar atento para suas causas, especialmente quando o diagnóstico é tão obscuro, a ponto de revelar uma neoplasia gástrica, sendo que na verdade tudo começou com “dor na perna”. Sendo assim, na vigência de TVP inexplicável, esteja atento para as trombofilias!

As varizes de membros inferiores também causam dor nas pernas, a qual pode ser relatada como peso, pressão ou dor, piorando após muito tempo em pé, sendo aliviada com a elevação das pernas. Um dado interessante da entrevista é que metade dos

pacientes apresenta história familiar de varizes. O exame visual das pernas com o paciente em pé confirma a presença das mesmas.

Ainda como causa venosa, citamos a Insuficiência Venosa Crônica, cuja queixa mais comum é dor vaga nas pernas, que piora com a posição ereta e melhora com a elevação das pernas. Frequentemente são observados edema e varizes superficiais, sendo a IVC sem dúvida, a causa mais comum de úlcera venosa crônica.

Outra lembrança é o acometimento linfático primário (congenito) ou secundário(adquirido) dos membros inferiores que, ao serem obstruídos, podem provocar dor e edema localizados, em uma situação denominada linfedema. Dentre as causas secundárias, vale ressaltar: as neoplasias malignas, como o câncer de próstata e os linfomas; a filariose (causa mais comum de linfedema no mundo); tuberculose; cirurgias e radioterapia.

O caso a seguir ilustra de forma surpreendente como a Medicina necessita, antes de tecnicismo e superespecialidades, do método clínico.

CASO 8:

Uma mulher de 20 anos começa a queixar-se de uma dor vaga e contínua em seu tornozelo direito, associado a um discreto inchaço local. Um ortopedista é procurado e decide solicitar uma radiografia simples, cujo resultado é normal, prescrevendo, então, analgésicos em caso de dor. A dor continua e se torna mais intensa com o tempo. Três anos depois, procura um angiologista por indicação de um clínico geral que diz ser a dor de origem vascular. O angiologista solicita USG com doppler e diz não haver problema algum. Um outro médico é procurado e não satisfeito com as condutas anteriores, solicita uma RNM do membro, que é normal. Doze anos depois, agora com 32 anos, procura um clínico que suspeita de má formação linfática e solicita uma cintilografia linfática, que mostrou clara alteração na drenagem do membro inferior direito, confirmando o diagnóstico e pondo fim à romaria.

- **Neurológica:**

A dor neuropática é muitas vezes esquecida, mas é situação de extrema frequência nos mais variados ambulatórios. A neuropatia periférica deve sempre ser suspeitada quando um paciente se queixa de dor em membros inferiores com as seguintes características: é geralmente bilateral e simétrica; associa-se a parestesias

(dormência, formigamento); freqüentemente é referida como queimação e começa na região plantar, se distribuindo até os joelhos; está presente mesmo ao repouso, e pode ou não piorar com a atividade física. Esse é exatamente o padrão em bota, típico das neuropatias. O exame físico pode ser normal. Porém, em geral, evidencia alterações da sensibilidade, principalmente a vibratória, a qual é precocemente perdida nas neuropatias. A causa mais comum é a chamada idiopática, pois um fator etiológico ainda não pode ser bem estabelecido. Em segundo lugar, está o diabetes melitus, evidenciando a necessidade da glicemia nestes casos. Outras causas a serem investigadas são: alcoolismo, que cursa com dor intensa e poupa membros superiores; insuficiência renal crônica; drogas, principalmente a quimioterapia; paraneoplasia (como no mieloma múltiplo); infecções (HIV); amiloidose e sarcoidose (AMATO; OAKLANDER, 2004).

CASO 9:

Um rapaz de 24 anos, negro, procura o pronto atendimento com a queixa de dor nas pernas. A história revela uma dor que acomete lateral da coxa, lateral da perna, e lateral do pé, em ambas as pernas, sendo em queimação e constante, a qual já o incomoda há 3 meses. A dor está associada a parestesia. É obeso e hipertenso, com história familiar de hipertensão arterial e diabetes melitus tipo 2, em uso de propranolol, captopril e hidroclorotiazida. O exame físico evidencia acantose nigra. Uma radiculopatia bilateral foi descartada por não respeitar um dermatomo e o sinal de Lasegue foi negativo. Havia pequeno déficit sensitivo na distribuição da dor. O diagnóstico de síndrome plurimetabólica era claro e uma glicemia foi solicitada, a qual com muita surpresa foi normal em duas ocasiões diferentes. Hemograma, VHS, eletroforese de hemoglobina, dosagem de vitamina B12, anti-HTLV e anti-HIV foram normais. Como as drogas listadas acima não estão associadas a neuropatia periférica, o diagnóstico de neuropatia periférica idiopática de pequenas fibras foi sugerido. O paciente encontra-se em uso de Carbamazepina em baixas doses com total alívio da dor.

Outra causa neurológica de extrema prevalência é a dor indicativa de radiculopatia por compressão, como a dor ciática. É geralmente de forte intensidade e respeita um dermatomo específico. Por esse motivo, é vital o conhecimento da distribuição dos dermatomos nos membros inferiores. Um acometimento sugerindo L5

ou S1 deve sempre despertar a hipótese de lesão discal, tornando o exame físico extremamente útil: Lasegue, testes de sensibilidade, reflexo patelar e aquileu e de força muscular (flexão da coxa L2 e L3; extensão da perna L3 e L4; flexão dorsal do pé L4 e L5; extensão da coxa L4 e L5; flexão da perna L5 e S1; flexão plantar do pé S1 e S2). A raridade da doença discal degenerativa acima de L4 torna imediatamente aparente que a dor na parte anterior da coxa não deve ser tão prontamente atribuída à doença discal, devendo sempre ser suspeitada uma causa mais séria. A raiz mais freqüentemente comprometida pela doença discal degenerativa é L5, e a irradiação usual da dor é para a nádega, pela parte posterior e lateral da coxa, pela parte lateral da perna pela articulação do tornozelo até o dorso e a sola do pé. A dor severa no hálux parece ser particularmente típica de uma lesão da raiz L5. Na lesão de L5 o paciente pode se queixar de estar tropeçando muito, caracterizando o pé caído(PATTEN, 2000).

CASO 10:

Um jovem de 17 anos é visto em uma visita domiciliar por “um problema de disco”. Acabara de chegar de um acampamento com uma gripe, com febre e tosse. Já vinha se sentindo mal há três semanas. O quadro começou com dor nas costas severa e progressiva, irradiando-se para coxa esquerda, sendo mais intensa à noite. Havia perdido peso nas últimas semanas. Ao exame, apresentava-se anemiado. Havia parestesia e hipotrofia do quadríceps esquerdo, e o reflexo patelar estava ausente. Um diagnóstico clínico de hematoma de pélvico parecia certo. As investigações posteriores revelaram o diagnóstico de Leucemia. (PATTEN, 2000)

A meralgia parestésica provoca sensação de queimação e parestesias nas regiões lateral e média da coxa. Ocorre por compressão do nervo cutâneo lateral da coxa devido à obesidade, uso de calças apertadas e também na fase final da gravidez. Muitas vezes um fator desencadeador não pode ser identificado(PATTEN, 2000).

- **Endócrinas e Metabólicas:**

É necessário lembrar das causas endócrinas ou metabólicas, como o hipotireoidismo, que tem como manifestações a artralgia e mialgia de membros inferiores, além, é claro, das manifestações clássicas que podem estar ausentes no início da doença, como depressão, fadiga, hipercolesterolemia recente e ganho ponderal

(BASTOS; COSTA, 2000). O diabetes melitus, que se manifesta através das neuropatias, e artropatias por deposição de cristais, já foram discutidos acima.

CASO 11:

Uma senhora de 41 anos começa com dor nas pernas que se inicia na região plantar e ascende até os joelhos, sendo em queimação e constante, de forte intensidade. Com a evolução, perde cerca de 25 kgs em 3 meses, com hiporexia importante. Ao exame físico apresentava palidez cutâneo mucosa e nódulos subcutâneos em membros inferiores. É hospitalizada para investigação diagnóstica. O hemograma inicial mostrou Hb:10,8 e VCM:83,54, revelando anemia normocítica. O cálcio sérico era de 12,1. A suspeita de neoplasia maligna era grande. Vários exames foram realizados na tentativa de um diagnóstico salvador: EDA: gastrite erosiva; Colonoscopia: normal; US de abdome, que revelou esplenomegalia leve; TC de abdome e de tórax: normais; USG transvaginal: normal; Mamografia: normal; Eletroneuromiografia: confirmando a neuropatia já evidente na história e exame físico; Anti HIV: normal. A presença de nódulos subcutâneos, na região de coxas e pernas, de consistência amolecida e indolores, anemia normocítica, cálcio de 12,1, esplenomegalia e neuropatia periférica levaram à suspeição de neoplasia hematológica. Um mielograma evidenciou 14 % de células linfoplasmocitárias. A eletroforese de proteínas teve resultado normal, com proteínas totais de 6,9(albumina: 3,9 e globulina:3,0). Uma biópsia de medula foi programada e revelou deposição de substância amilóide. O diagnóstico de amiloidose parecia quase certo, quando a imuno-histoquímica evidenciou células policlonais com predomínio de cadeia kappa, o que nos fez considerar a hipótese de Macroglobulinemia de Waldenström. A imunodifusão selou o diagnóstico.

Você se surpreenderia se lhe fosse dito que em atenção primária este diagnóstico pode ser suspeitado? Ora, basta remeter-se novamente às causas de neuropatia periférica citadas acima. Uma delas são as gamopatias monoclonais. Agora, junte-se à neuropatia: perda de peso, anemia normocítica, hipercalcemia e esplenomegalia. Fica difícil não pensar em paraneoplasia. O grande problema que se forma agora é a habilidade e a astúcia do clínico para reconhecer estes dados, algo cada vez mais raro nos consultórios médicos.

Como pudemos observar, a abordagem de dor na perna pode ser surpreendente. Basta utilizar o método clínico. Veja como este caso só pôde ser solucionado após análise de critérios clínicos, tendo o excesso de exames desnecessários e dispendiosos, prorrogado a elaboração de uma suspeita diagnóstica mais consistente.

Conclusão

Foi frustrante descobrir que, em nenhum livro de Medicina, e tampouco em artigos de periódicos, encontrei um capítulo que versasse sobre “dor na perna” de uma forma suficientemente ampla, diferentemente de “dor precordial”, ou “dor lombar” e até a “dor abdominal”, fato este que ilustra um certo despreparo para a abordagem dessa prevalente queixa. Na realidade, a literatura médica brasileira é escassa em bibliografias que enfatizem o sintoma e a discussão de casos clínicos de forma abrangente, para que, a partir de um raciocínio diagnóstico elaborado, possamos chegar a uma doença específica. Ao contrário disso, o método de aprendizado de grande parte das escolas médicas tem enfatizado com mais frequência a descrição das doenças e das grandes síndromes. Assim, o objetivo dessa discussão é servir de estímulo para aqueles envolvidos com a arte do diagnóstico em atenção primária, revelando que, um sintoma, por mais trivial que possa parecer, sempre deve despertar interesse pela busca de alguma enfermidade, através de entrevista médica e exame físico. Deve-se deixar claro que o médico de ambulatório (também denominado generalista), necessita de ser dono de um repertório de conhecimentos tão respeitável como aquele de um intensivista ou qualquer outro especialista (DUNCAN et al, 2004).

Esse artigo visa mostrar, acima de tudo, que o médico de atenção primária tem em suas mãos o melhor método diagnóstico já desenvolvido e descrito em qualquer livro de Medicina: entrevista médica e exame físico de abordagem. A capacidade de entrevistar bem permite ao médico obter dados mais completos e acurados a respeito da doença, dados que contribuem para melhorar as decisões sobre o diagnóstico e a terapêutica, evitando-se o erro da lógica defeituosa ou erro intelectual, em que os investigadores, preocupados com a tomada de decisões, enfocam uma área específica, pré-julgando um diagnóstico ainda não concluído (PEDROSO, 2005). Além disso, muitos estudos e revisões têm demonstrado uma forte correlação entre uma relação médico paciente efetiva (o que é possível apenas com uma boa técnica de entrevista médica) e uma melhora clínica dos pacientes. Os resultados da eficácia da relação

médico paciente podem assim ser usados no desenvolvimento da educação médica e em programas de educação e reabilitação de pacientes (STEWART, 1995)..

Embora os serviços de saúde de alta qualidade estejam preocupados com o diagnóstico e manejo das doenças em geral (tema central desse artigo), a adequação dos serviços para prevenção de doenças futuras é de extrema relevância para promoção de melhoras na saúde. Além disso, a qualidade da atenção também deve ser usada para refletir a satisfação com os serviços e a qualificação dos integrantes dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Isso quer dizer que, apesar do desenvolvimento de um método clínico embasado na arte do diagnóstico ser crucial na qualidade dos serviços de saúde em geral, esta não é a única prerrogativa que um serviço de atenção primária precisa desenvolver. É inegável a necessidade de uma qualificação abrangendo outros pontos da atenção primária, como prevenção de doenças e a satisfação da população com os serviços prestados.

Espero que dessa maneira, possa estar alertando e colaborando para a melhoria nos níveis de atenção primária, tornando a Medicina uma arte mais humanizada, interessante e repleta de desafios, contribuindo, assim, para a maior resolutividade dos problemas médicos.

REFERÊNCIAS

AMATO, A. A.; OAKLANDER, A.L. A 76-year-old woman with numbness and pain in the feet and legs. **N Engl J Med**, v.350, n.21, p.2181-2189, 2004.

ANAND, S. S. et al. Este paciente tem trombose venosa profunda? **JAMA Brasil**, v.3, n.10, p.2540-2551, 1999.

BASTOS, R. R.; COSTA, M. B.; O Usuário frequente dos serviços de saúde: uma abordagem baseada em evidências. **Rev. APS**, Juiz de Fora, n.5, p.33-37, 2000.

BECK, E. R. et al. **Diagnóstico diferencial**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1981, cap.29, p. 275-287.

COULEHAN, J; BLOCK, M. A **Entrevista médica**. Porto Alegre: Art Med,1989, cap.1, p.25-39.

DAITZ, B. et al. Leg pain. In: DAITZ, B. et al. **Medicine: a primary care approach**. 2^a ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996. cap. 93, p.353-356.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. cap.12, p.132.

PATTEN, J. **Diagnóstico diferencial em neurologia**, Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap.17, p.290-305.

PEDROSO, J. L. Decisões clínicas 3: “Ele não anda mais”. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v.31, n.1-2, p.58-62, 2005.

RICHIE, A. M.; FRANCIS, M. L. Diagnostic approach to polyarticular joint pain. **Am. Family Phis.**, v.68, n.6, p.1151-1160, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. cap. 12, p.419-420.

STEWART, M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **Can. Med. Assoc. J.**, v.152, n.9, p.1423-1433, 1995.

TIERNEY Jr L. M. et al. **Current medical diagnosis and treatment**, New York: Lange McGraw-Hill, 2004. cap.20, p.778-832.

Submissão: junho de 2005 Aprovação: novembro de 2005

O QUE APRENDER COM UMA ABORDAGEM EQUIVOCADA DE UM CASO NEUROLÓGICO EM APS

*What can be learned from an incorrect approach to a Primary Health Care neurological
case*

José Luiz Pedroso*

*Médico

Rua Santo Antônio nº696/ap301,

Juiz de Fora - MG

Fone: (32) 3218- 1666, (32) 99686025

E-mail:zeluizpedroso@yahoo.com.br

Resumo

Este artigo enfatiza o quão importante é desenvolver uma boa técnica de entrevista e exame físico em atenção primária, evidenciando que muitos diagnósticos poderiam ser elaborados com mais precisão, bastando usar o método clínico. Mostra também que mesmo o especialista muitas vezes se encontra despreparado para abordar pacientes na sua própria área de atuação. Utilizando um relato de caso, entendemos que, antes de tecnologia, precisamos de uma boa formação médica.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Prática Profissional; Educação Médica; Exame Físico; Relações Médico-Paciente.

Abstract

This article highlights how important it is to acquire a good bedside manner and to do a proper physical exam in a primary care approach, making evident that a great deal of diagnoses could be performed more precisely, if coherent clinical methods were followed.

It also emphasizes that even specialists sometimes are unprepared to treat patients in their area. Making use of a case report, we believe that, even more than technology, a good medical background and training is essential.

Key words: Primary Health Care; Professional Practice; Education, Medical; Physical Examination; Physician-Patients Relations.

INTRODUÇÃO

A intenção deste artigo vai muito além de um simples relato de caso. Dessa maneira, tentamos utilizar a situação real de um paciente, a partir do qual elaboramos críticas que contribuirão para ilustrar a dificuldade de abordagem em atenção primária em determinadas situações que, na sua grande maioria, são decorrentes do nosso despreparo como médicos. A atenção primária é o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o lócus da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente. Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-los de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Acreditamos que, dentre outros fatores relevantes para uma boa prática médica em APS, como adequação dos serviços para prevenção de doenças, entrevista médica e exame físico pertinentes sejam a chave para entender o meio sócio-cultural e conseqüentemente o mecanismo saúde doença que envolve cada indivíduo. Além disso, outro ponto de extrema relevância a ser colocado em discussão, é o fato inquestionável de que, o uso inadvertido e indiscriminado de exames complementares, pode acometer negativamente os usuários da saúde pública. O desenvolvimento desse artigo corrobora essa idéia ao deixar clara a necessidade imediata de um exame de alta complexidade, cuja realização foi impossível devido à sobrecarga de exames da mesma natureza. Certamente não deixaremos de mencionar que grande parte desse problema também se deve às limitações financeiras impelidas pelo SUS, estipulando limites ao uso da tecnologia de maior complexidade.

Com freqüência, muitos profissionais médicos, em especial os super-especialistas, insistem em afirmar que a única e exclusiva função das Unidades Básicas de Saúde é triar hipertensos e encaminhar pacientes, distanciando o médico de atenção primária de uma medicina de excelência, o que é um grande equívoco! Na realidade, o médico de atenção primária é aquele que tem uma conscientização frente às necessidades sociais da comunidade e, acima de tudo, é um exemplo da tomada de decisões de uma demanda que parece crescer sempre.(PEDROSO, 2005) Assim, este artigo também visa mostrar que é possível desenvolver uma medicina de qualidade, capaz de gerar diagnósticos precisos e hipóteses diagnósticas bem formuladas. É vital lembrar que, antes da chegada a um hospital de referência, em nível terciário, grande parte dos pacientes, e não foi diferente com este,

são primeiramente vistos e consultados em Postos de Saúde ou atendidos em serviços de urgência e emergência do SUS.

CASO CLÍNICO

Um homem branco, de 60 anos de idade, divorciado, morador do bairro Jardim Natal em Juiz de Fora, aposentado do exército brasileiro, se apresenta ao pronto atendimento em uma unidade regional queixando-se de *tonteira súbita e fraqueza nas pernas*.

O paciente relata que estava em ambiente familiar, em pé, quando subitamente notou tonteira do tipo desequilíbrio, com sensação de ser jogado ou puxado para a direita, sensação essa que nunca havia sentido antes, associada à fraqueza nas pernas, tendo que ser segurado por amigos, pois não conseguia permanecer em pé sem ajuda. Foi imediatamente levado ao serviço de urgência. Em momento algum houve perda da consciência, dor precordial, dispnéia, vômitos, vertigem ou sudorese. Inicialmente teve a suspeita clínica de Infarto Agudo do Miocárdio. As enzimas cardíacas foram solicitadas e revelaram: CK: 334,0 e CKMB: 14,0. Um ECG foi imediatamente realizado (figura 1).

O paciente ficou hospitalizado na Unidade Regional por sete dias, sem melhora dos sintomas, com permanência da tonteira, fraqueza nas pernas e dificuldade de deambulação. Foi transferido ao CTI para investigação dos sintomas. Uma Tomografia Computadorizada de crânio foi realizada no sétimo dia de CTI, tendo resultado normal. O paciente teve alta sem nenhuma prescrição, apenas com a seguinte orientação: “procure o posto de saúde do seu bairro”.

No posto de saúde, 5 dias após a alta hospitalar, o paciente é atendido pelo acadêmico que, ao entrevistar o paciente, observa que ele continua com tonteira do tipo desequilíbrio persistente, com sensação de estar sendo jogado para a direita, além de dificuldade para deambulação e intensa disestesia em dimídio direito, poupando face. O paciente diz: “o braço e a perna direitos estão fogueando o tempo todo”. Além disso, a história também revela dispnéia aos grandes esforços, que o incomoda há cerca de um ano, e uma tosse com expectoração clara há cerca de dois meses, sendo na maioria das vezes matutina.

Os ritmos excretores estão mantidos. O apetite está preservado, assim com o peso. É sabidamente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica há cerca de 10 anos, fazendo uso de captopril 25mg duas vezes ao dia, hidroclorotiazida 25mg uma vez ao dia e digoxina 0,25mg uma vez ao dia. É tabagista 40 anos maço. Não etilista.

Exame físico:

- TA: 36,5 °C
- PA: 130/85 mmHg
- ACV: RR3T, com 4ª bulha em ponta, BNF, sopro mesossistólico +/-6 em 2º EID, sem irradiação. FC: 72 bpm.
- AR: murmúrio vesicular presente, com prolongamento da fase expiratória, crepitações protomesoinspiratórias. FR: 15 ipm

Exame neurológico:

- Ataxia de marcha; Romberg negativo;
- Ptose palpebral à esquerda, com miose do mesmo lado;
- Discreta disdiadococinesia à esquerda;
- Perda da sensibilidade térmica e hipoestesia em dimídio direito poupando face;
- Sem sinais de liberação piramidal;
- Pares cranianos preservados;
- Força muscular globalmente preservada (4)

O paciente foi referenciado a um Serviço de Neurologia, onde foi reexaminado, recebendo o diagnóstico de dissociação siringomiélica. Uma RNM foi solicitada pelo SUS, sendo explicado ao paciente a demora do exame (cerca de 8 meses). Não satisfeito, o acadêmico agenda nova consulta para o paciente no posto de saúde, com manutenção de todos os sinais de exame físico listadas acima.

Alguns exames complementares são solicitados:

- Hb: 13,7 Colesterol total: 284,0
- VCM: 89,3 HDL: 28,0
- LC: 8.600 Triglicérides: 582,0
- Se: 75% Glicemia: 137,0(numa primeira ocasião)
- Eo: 3% Glicemia(repetida uma semana depois): 177,0

- Mo: 3% Creatinina: 1,4
- Li: 19% K: 4,6

Um ecocardiograma transtorácico é realizado e confirma hipertrofia ventricular esquerda de grau avançado. A radiografia de tórax é normal.

O paciente é, então, novamente referenciado, agora ao Serviço de Neurologia do Hospital Universitário de Juiz de Fora, onde uma nova hipótese diagnóstica é elaborada.

DESENVOLVIMENTO

A partir do momento em que estes achados estão bem organizados, que é a fase mais difícil da Medicina (entrevistar e examinar bem) (COULEHAN; BLOCK, 1989), fica fácil chegar a algumas conclusões:

- Sobre um paciente que desenvolve um quadro súbito de fraqueza em membros inferiores a ponto de não permanecer em pé, deve-se levantar a possibilidade de eventos vasculares do SNC.
- Junte-se a isso, o fato de estar-se diante de vários fatores de risco cardiovasculares: diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica, o que obriga a selar o diagnóstico de síndrome plurimetabólica, além, é claro, do tabagismo.
- Hipoestesia e perda da sensibilidade térmica em dimídio direito, poupando face, e com pares cranianos normais, remete à possibilidade de lesão do funículo lateral ou porção lateral do bulbo do lado oposto. A síndrome de Horner nos indica comprometimento da via simpática do mesmo lado, que pode ocorrer por lesão alta de medula ou tronco encefálico. A ataxia lateralizada obriga a pensar em comprometimento cerebelar agudo. Estar-se-á diante de um Acidente Vascular de Tronco Cerebral?

É exatamente isso! Estamos diante da Síndrome de Wallenberg, cujo diagnóstico foi eminentemente clínico, sem imagem! Esta síndrome se caracteriza por um comprometimento da artéria cerebelar pósterio inferior, que tem como causa mais comum a aterosclerose, cujos fatores de risco a este paciente não faltam. A Síndrome de Wallenberg, na sua forma clássica de apresentação, se caracteriza por lesão do pedúnculo cerebelar inferior, causando ataxia; lesão do trato espinhal do trigêmeo e seu núcleo, responsável por perda das sensibilidades térmica e dolorosa na metade da face situada do lado da lesão;

lesão do trato espino-talâmico lateral, com perda das sensibilidades térmica e dolorosa na metade do corpo situada do lado oposto ao da lesão; lesão do núcleo ambíguo, cursando com disfagia e disfonia; lesão da via simpática descendente, com síndrome de Horner do mesmo lado da lesão (PATTEN, 2000; MACHADO, 1993). O paciente em discussão apresenta uma Síndrome de Wallenberg parcial, poupando algumas estruturas (VUADENS, 1998), provavelmente devido a variações anatômicas.

Certamente, um exame de imagem seria fundamental. Mas devido às limitações impostas pelo Sistema Único de Saúde e, estando certos de que, uma Ressonância Nuclear Magnética levaria vários meses para se concretizar, além de poucas dúvidas quanto aos achados clínicos, optou-se por tratar o paciente. Em vista de seus riscos cardiovasculares (diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo e hipertrofia ventricular esquerda), a probabilidade pré-teste para uma etiologia aterosclerótica é no mínimo elevada. Neste sentido, estipulou-se a seguinte conduta: mudança do estilo de vida, principalmente com controle dietético e abandono do tabagismo, captopril (para controle pressórico e impedir a remodelação ventricular, além de proteção contra a nefropatia diabética), hidroclorotiazida (como agente adjuvante na terapia anti-hipertensiva), aspirina (em vista do quadro vascular encefálico, além de proteção quanto à provável presença de doença coronariana, ainda não sintomática) e sinvastatina (para controle dos níveis lipêmicos, além de ser droga importante na estabilização de placas de aterosclerose, diminuindo o risco de episódios futuros de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e até coronarianos) (TIERNEY et al., 2004).

DISCUSSÃO

Mas por que foi tão difícil chegar a este diagnóstico, tendo esse paciente feito toda essa “romaria”?

A Medicina vivencia uma era em que há um distanciamento cada vez maior entre o meio médico e o método clínico. Exames laboratoriais que oneram e sobrecarregam os sistemas de saúde, principalmente o do setor público, são, quase sempre, a regra. Há trinta anos, o clínico chegava ao diagnóstico de Esclerose Múltipla com as próprias mãos, utilizando quase que exclusivamente o método clínico, que se baseia em entrevista médica

e exame físico, muitas vezes fechando diagnósticos com grande certeza, sem sequer utilizar qualquer exame de imagem, fato inerente à deficiência tecnológica da época. Não se entenda que a modernidade veio contra a Medicina, o que não é verdade. Na realidade, o que ocorre é uma banalização da arte médica em ouvir o paciente e examiná-lo de forma coerente, fato crescente que fere os princípios de uma boa Medicina. Isto nos leva fatalmente a diagnósticos muitas vezes equivocados, simplesmente pelo fato de não termos ou disponibilizarmos tempo suficiente, ou estarmos despreparados para aplicar o método clínico. O fato de algumas escolas médicas enfatizarem aulas teóricas, em detrimento da real prática médica; professores desestimulados pela falta de estrutura de algumas faculdades e pela falta de apoio governamental; o fato de a Medicina ter se transformado em um “mercado”, já que hoje, o acesso a uma faculdade de Medicina foi facilitado na medida em que se tem poder econômico, o que agravou ainda mais a situação de despreparo dos universitários ao ingressarem em uma escola médica são determinantes dessa história.

Apesar das críticas descritas acima, mais importante que diagnosticar é entender o paciente. É comum que não se chegue a um diagnóstico definido em uma primeira consulta, o que não configura um problema em função da facilidade de acesso, à indiferenciação dos pacientes e ao fato de que muitos deles são vistos em um momento precoce da doença. A incerteza é parte do trabalho em atenção primária. Um dos aspectos mais desafiadores da prática em atenção primária é alcançar a excelência clínica. Como se manter atualizado, como não sucumbir à rotina, não superficializar os problemas? Promover educação permanente baseada nas análises de demanda pode ajudar a solucionar essas questões. Não é mais aceitável que o médico de atenção primária possa ter apenas um conhecimento superficial e amplo dos problemas de saúde (DUNCAN et al., 2004).

Contrariamente ao que pretendem os entusiastas, a confiabilidade de um diagnóstico não guarda a menor relação com o número de exames complementares encomendados: a verdade é que, na maioria das vezes, estes não só se revelam redundantes, mas podem mesmo mostrar-se nocivos ao diagnóstico, desencaminhando o raciocínio clínico, conduzindo-o por rumos falsos (é lastimável que a respeito desses achados casuais o silêncio seja quase total) (DUNCAN et al., 2004).

O caso exposto acima retrata fielmente o descaso em relação ao método clínico e a apologia aos achados inespecíficos de exames laboratoriais: ao ser evidenciado um nível de CK aumentada, o paciente teve o diagnóstico inicial de Infarto Agudo do Miocárdio, o que se mostrou incoerente, na medida em que os achados de entrevista e especialmente de exame físico nos direcionaram para uma síndrome neurológica.

Outro aspecto a ser questionado é a frequência com que os pacientes são encaminhados a outros serviços sem uma referência médica. Uma das causas desse despreparo, talvez seja a inexistência de uma disciplina que aborde tal técnica durante a graduação. A referência médica é de fundamental importância para o entendimento das enfermidades em geral, permitindo ao médico de atenção primária acompanhar o tratamento de um paciente de forma mais efetiva. Mais do que isso, a referência médica permite uma maior resolutividade diagnóstica, ao expressar com clareza do porquê de um encaminhamento a um serviço especializado. Foi intrigante e curioso notar que, a despeito de muitas buscas, nenhuma bibliografia foi encontrada no que tange ao tema referência médica.

O que deve ser enfatizado nesta discussão, não é o fato de essa ser uma síndrome rara, mas a forma como este diagnóstico pode ser realizado em mãos hábeis, não necessariamente experientes. Como podemos perceber, bastou o uso do método clínico para que um diagnóstico concreto pudesse ser alcançado. Os atendimentos públicos de urgência e emergência ou os chamados “pronto socorro”, são retrato real do desestímulo dos médicos em praticar uma Medicina de qualidade. Deparam-se sempre com o excesso de trabalho; noites mal dormidas; cansaço físico e mental; grande volume de pacientes e falta de estrutura, sem mencionar ainda que, possivelmente, aquele paciente jamais será visto pelo mesmo médico novamente para acompanhamento de sua enfermidade, o que fere gravemente a Medicina de excelência.

Alia-se a isso o fato de que, cada vez mais o meio médico se torna dependente de planos de saúde. Esses pagam cada vez menos, obrigando os profissionais a dedicarem tempo ínfimo, como quinze minutos para uma consulta, o qual é evidentemente insuficiente. Será que ainda existe tempo para pensar em hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais?

CONCLUSÃO

Certamente, esse caso traz uma grande lição. O pré-julgamento e a inabilidade para identificar evidências básicas de história e exame físico revelam o despreparo na arte do método clínico e a superficialidade com que certas atitudes médicas são tomadas, incrivelmente baseadas em dados laboratoriais inespecíficos, a ponto de desprezar o que é realmente de valor (COULEHAN; BLOCK, 1989). A consequência desse despreparo foi um equívoco diagnóstico e uma tomada de decisão imprecisa e incoerente: o paciente foi liberado sem diagnóstico, sem referência médica e sem qualquer orientação terapêutica. A demonstração de uma abordagem equivocada pode certamente servir como aprendizado, permitindo identificar erros grosseiros que, ao serem sanados, contribuem para uma melhora dos sistemas de saúde, melhor satisfação por parte dos pacientes, diagnósticos mais precisos e, conseqüentemente, maior eficácia terapêutica, especialmente em atenção primária.

Além disso, conhecer medidas de atenção primária à saúde é primordial para entender o modelo de demanda que, apesar de na maioria das vezes lidar com situações mais simples, como lombalgia, cefaléia e hipertensão arterial sistêmica, em alguns momentos se tornam um verdadeiro desafio clínico, exigindo conhecimento médico mais profundo, tornando explícita a necessidade de atualização e estudo constante (livros, artigos, periódicos).

REFERÊNCIAS

- COULEHAN, J.; BLOCK, M. **A entrevista médica**. Porto Alegre: ArtMed, 1989. cap.1, p.25-39.
- DUNCAN, B.B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p.102-103, p.139.
- MACHADO, A.B.M. **Neuroanatomia funcional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1993. cap. 21, p.205-213.
- PATTEN, J. **Diagnóstico diferencial em neurologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap.11, p.157-172.
- PEDROSO, J.L. Decisões clínicas 3: “Ele não anda mais”. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v.31, n.1-2, p.58-62, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. cap. 10, p.314.

TIERNEY, L. M. J. **Current medical diagnosis and treatment.** New York: McGraw-Hill, 2004. cap.10, p. 306-400.

VUADENS, J.B. Face-arm-trunk-leg sensory loss limited to the contralateral side in lateral medullary infarction: a new variant. **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry**, London, v. 65, n.8, p.255-257, ago.1998.

Submissão: julho de 2005

Aprovação: novembro de 2005

TRIBUNA

O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA APS

Nota do editor: Uma discussão freqüente e atual na APS diz respeito às competências e habilidades esperadas dos vários profissionais de saúde que compõem ou deveriam compor a equipe de saúde. O VIII Encontro Regional em APS ocorrido em Juiz de Fora, Minas Gerais, nos dias 30 e 31 de agosto de 2005, apresentou uma mesa redonda sobre o trabalho desses profissionais. Os palestrantes foram convidados a escreverem um *paper* para ser publicado nesta seção da Revista APS. Os relatos a seguir traduzem a experiência acumulada desses profissionais no ensino e na intervenção em APS, além dos conhecimentos que vêm sendo produzidos cientificamente no Brasil hoje, tendo como foco as diretrizes curriculares do Ministério da Educação para a formação de profissionais de saúde e a demanda do Sistema Único de Saúde focado em seus princípios legais, com ênfase na integralidade da atenção à saúde.

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA APS

Maria Regina Fagundes de Paula Netto, assistente social, especialista em saúde da família, preceptora da Residência em Saúde da Família da UFJF-SUS/JF
E-mail: mariareginafagundes@terra.com.br

Para falar sobre o trabalho do assistente social na Atenção Primária à Saúde é importante destacar o modelo assistencial incentivado pelo Ministério da Saúde com objetivo de proporcionar a inversão do modelo assistencial no SUS.

O SUS, na busca da melhoria da atenção à saúde, adotou a Estratégia de Saúde da Família para a organização da Atenção Primária, em que busca substituir as práticas tradicionais de assistência centrada na doença, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, com a prevenção de doenças, bem como com a promoção da qualidade de vida da população.

As intervenções do assistente social estão compreendidas a partir de aspectos que caracterizam o acesso, a humanização do atendimento, a resolutividade, a visita domiciliar, o trabalho em equipe, as ações educativas e a participação popular.

Esta intervenção vem de encontro com as propostas do serviço social de ampliar e consolidar a cidadania através da autonomia e emancipação dos indivíduos, com vista a garantir os direitos civis, sociais e políticos. Nosso posicionamento é em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços e a busca da saúde como direito.

Porém, diante dessa situação, nos deparamos com a formação de equipes da ESF, e o profissional do serviço social, que historicamente tem seu trabalho na Atenção Primária, não foi contemplado na equipe mínima do Ministério da Saúde.

Em Juiz de Fora, em um trabalho realizado pelo CRESS/6ª Região - 1ª Delegacia Seccional Juiz de Fora, em maio de 2004, através de pesquisa com 56 instituições de saúde, sendo 45 instituições públicas e 11 instituições privadas, constatou-se que existiam apenas 19 assistentes sociais lotadas na Atenção Primária.

É importante destacar que Juiz de Fora já contou há alguns anos com um número mais expressivo deste profissional na rede de Atenção Primária à Saúde.

Hoje, vivemos a experiência da residência multiprofissional em saúde da família, em que contamos com uma assistente social por equipe e, recentemente, iniciamos o trabalho com R1 e R2 na mesma equipe. Esta experiência nos mostra que a presença do assistente social na equipe possibilita: o atendimento individual e familiar do serviço social, os encaminhamentos dos usuários a várias instituições sociais, as orientações sobre direitos sociais e assistenciais, o contato com os recursos sociais da comunidade, a identificação de situações familiares de risco, o acompanhamento das famílias e/ou usuários que apresentam riscos sociais, o fortalecimento dos grupos organizados da comunidade, a assessoria aos conselhos locais e regional de saúde, a busca permanente de novas lideranças, a estimulação a participação da população nos conselhos de saúde, a mobilização social em parceria com lideranças comunitária em torno das demandas e necessidades da comunidade, a criação e manutenção do mural de emprego lazer e atividades culturais do município de Juiz de Fora exposto na UBS, o parecer social, a identificação de redes de apoio social para as demandas dos usuários. Este profissional proporciona o fortalecimento do trabalho da equipe, o maior e melhor contato e o acompanhamento aos usuários e familiares, possibilitando uma melhor qualidade no atendimento a esta comunidade.

Entre outras ações realizadas pelo serviço social, juntamente com a equipe, podemos destacar: diagnóstico social, interação com o usuário e comunidade, identificação de áreas de risco, participação nas atividades da comunidade, participação em projetos em parcerias na comunidade, visita domiciliar, acolhimento do usuário na unidade de saúde, planejamento dos grupos educativos, mural da saúde, grupos de sala de espera, outros grupos educativos, visitas domiciliares, previsão e solicitação de material para o trabalho e

reuniões de equipe, parcerias institucionais, desenvolvimento de planos de ação para reduzir os problemas que afetam as famílias e comunidade, participação nas campanhas de vacinação, contribuição para o funcionamento adequado do sistema de informação, participação na organização e implementação de atividades de capacitação dos profissionais da rede, participação e encaminhamento de trabalho para eventos científicos. Cumpre destacar a participação na elaboração das Competências e habilidades dos profissionais de Saúde da Família: construção no âmbito da Residência em Saúde da Família da UFJF, atividade desenvolvida recentemente com o objetivo de nortear a formulação do currículo.

Desta forma é importante destacar que os desafios colocados aos assistentes sociais, que atuam no âmbito da Atenção Primária à Saúde, não podem ser analisados separadamente e, sim, através de uma proposta de trabalho multiprofissional e/ou interdisciplinar.

O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO PSF PRÁTICAS, SABERES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Marcelo da Silva Alves, Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG, Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, Coordenador dos Programas de Residência em Enfermagem da UFJF. E-mail: enfermar@acessa.com

O Desafio da construção da prática de Enfermagem na ESF está, em nosso entender, diretamente relacionado a dois momentos. O primeiro se configura no movimento histórico e social da prática de Enfermagem, representada pela grande prática e experiência das Enfermeiras pioneiras que, no início do século XX, praticaram uma primeira aproximação da profissão com as famílias e as comunidades enquanto sujeitos de cuidado da Enfermagem. Em nosso entendimento, estas práticas estabelecidas, embora em um outro contexto político, econômico e assistencial, precisa ser resgatada. Uma experiência de aproximação que poderíamos chamar de “produção de saúde” no próprio contexto vivido pelos cidadãos.

Neste sentido, notamos que a prática de Enfermagem com famílias e comunidades tem não somente tentado resgatar a experiência do passado, mas de forma mais efetiva também tem construído novos saberes e experiências que vão além da prática

assistencialista, e vão ao longo do percurso, construindo um cuidado que se sobrepõe à técnica.

Assim, nestes dez anos de prática em saúde da família, as enfermeiras têm se mostrado capazes de refazer o pacto do cuidado em uma dimensão maior. Elas apostam em novas estruturas e formas de cuidar que vão desde a abordagem ao usuário, até a aplicação de novas tecnologias mais sistematizadas e mais emancipadoras como a Consulta de Enfermagem. Embora ainda polêmicas, estas novas abordagens do cuidado buscam superar o modelo tecnicista e assistencialista, e encerram em si um novo desafio que é o de superação da própria prática.

Ao longo destas trajetórias, notamos que a prática de enfermagem vem reconstruindo novas lógicas de cuidar e assistir, tendo como pano de fundo o vínculo com as famílias e as comunidades reforçadas pela mobilização popular, a melhor compreensão e distinção entre as atividades específicas do Enfermeiro e aquelas que acontecem em decorrência da atividade do profissional médico, uma melhor redistribuição de suas atividades em detrimento da função meramente burocrática centrada no controle do ambiente, nas normas e nas rotinas.

Vemos com isso, a enfermagem ganhando uma nova roupagem que emerge eminentemente das demandas sociais que a enfermeira encontra hoje junto aos grupos. Ela tem saído das fronteiras enclausurantes do modelo biomédico curativista para dar uma resposta ao usuário que não necessariamente tem que ser de cura ou tratamento. Tem oferecido um cuidado fundamentado essencialmente na responsabilidade política e social e sua prática e tem criado oportunidades de relações ao cuidar. Ela, assim, se desapega da esfera do mero contato – que aprendeu graças à cartilha das especialidades, doutrina máxima da prática hospitalocêntrica – para oferecer um cuidado mais compreensivo, mais solidário e humanizado.

Já é possível hoje vermos enfermeiras indo para o embate social. Nesse embate se tornam cada vez mais críticas, conscientes e certas do seu papel – que é muito maior do que a sua função – e que abriga um ideário maior que é o da transformação das práticas de vida, dos modos de viver e de estar no mundo. Registre-se aqui, uma grande oportunidade de se produzir saúde a partir da construção de sujeitos críticos, e as enfermeiras, hoje, sabem disso.

Cada vez mais críticas, novos espaços profissionais vão mostrando seus contornos, exigindo tomadas de decisões e mãos que assumam as tarefas. Elas – as enfermeiras do PSF- “pagam” para ver e assumem os riscos. Não foi assim que construíram um protocolo de atendimento?

Além de todo esse avanço, elas mantêm intactas as suas funções históricas, que ajudaram-nas a chegar até aqui. Basta lembrar da rede de frios, da coleta de material para exame, da distribuição e administração de medicamentos entre tantas outras atividades consolidadas pelas enfermeiras corajosas da saúde pública brasileira. Elas mostram que, para construir o novo, não é preciso desconstruir o passado. Basta um novo olhar.

As enfermeiras do PSF ainda lidam com um eco do PACS através da presença em suas equipes do Agente Comunitário de Saúde. O problema para elas hoje é: Quem é o responsável por este profissional de acordo com o nível central? Por que a supervisão destes ACS tem sido tão diluída em alguns municípios? É importante sinalizar que, aparentemente, elas não desejam requerer para si a responsabilidade, mas desejam oficializar o que já é feito na maioria das equipes, ou seja, materializar a supervisão dos ACS sob a responsabilidade de toda a equipe.

A enfermeira do PSF tem assumido novos espaços e levantado novas bandeiras, embora aquele espaço real – o espaço físico – dificilmente esteja sendo planejado nas unidades, de forma a atender ao novo papel da enfermeira que surge nos últimos tempos. Sem dúvida, há uma forte barreira para que ela empregue as novas tecnologias – lembremos aqui da consulta de enfermagem, que tem sido realizada de forma precária, distorcida do ponto de vista dos marcos teóricos e transformadas em pré-consulta ou até mesmo em triagem, não por culpa da profissional, mas porque o sistema estimula as novas demandas e fracassa na organização e no planejamento da infraestrutura.

O processo de trabalho da enfermeira, hoje impregnado de novos saberes e novas práticas também não tem sido considerado do ponto de vista das avaliações. Historicamente, as avaliações de serviços de saúde se prendem quase que exclusivamente ao processo de trabalho médico, deixando de fora o da enfermeira, apesar dela fazer parte da equipe mínima preconizada.

No surgimento destes novos processos e tecnologias, o trabalho da enfermeira de PSF tem tido um significativo avanço no tocante ao tema educação para a saúde.

Percebemos que as enfermeiras superaram a idéia do “escrever em um papel em branco” e, agora, se colocam lado a lado com os usuários, valorizando as histórias de vida, a cultura individual e coletiva e reafirmam um cuidado dialógico e mais horizontalizado. Estas enfermeiras estão, com certeza, mais próximas do sofrimento, da dor e da exclusão destes indivíduos e são afetadas, sensibilizadas. O que favorece o “compreender” como cuidado.

Estas enfermeiras estão na fila do acolhimento pela manhã, no balcão de atendimento entre os intervalos e muito presentes nos tão afamados limites que são impostos na demanda de um modo geral, seja de consulta ou de exames, de distribuição de medicamentos e outros insumos. Elas têm mostrado a “cara” para as comunidades, insuflando seus direitos e resgatando seus deveres.

Uma “Quase doutora”, na busca pela sua identidade profissional e no imaginário da coletividade com a qual ela trabalha e atende cotidianamente. Um constante assumir de novos espaços e possibilidades, que esbarram em questões éticas sensíveis e de contornos difíceis de clarificar – a exemplo da questão do ato médico – que demarca um limite, ou melhor, será que demarca mesmo?

As únicas coisas que podemos com certeza afirmar são as vitórias. Grandes conquistas que não podem escorregar por entre os dedos sensíveis destas enfermeiras. Para isso ousamos profetizar um caminho, um percurso que possa dar maior sustentabilidade aos ganhos já definidos e abrir novas portas para novas possibilidades. Ousamos assim dizer que a questão da divisão social do trabalho da enfermagem pela presença do Auxiliar de Enfermagem nas equipes não pode ser questão negociável, já é questão legal, pública e notória que ele auxilia a enfermeira – considerando aqui a lei do exercício profissional da enfermagem. A enfermeira forma o auxiliar, responde legalmente sobre as conseqüências de ter o seu trabalho dividido socialmente e responde por ele tecnicamente. Assim, ela tem que ter alguma vantagem nisso tudo. E aí está. Ela tem um auxiliar. Nada que não possa ser negociado em favor do trabalho em equipe – pressuposto básico do PSF.

Quanto aos desafios a serem exercitados, notamos a eminente necessidade da definição de marcos teóricos consistentes para a prática da consulta de enfermagem, uma melhor sistematização das práticas de enfermagem com grupos e famílias, como forma de redimensionar o cuidado para além das fronteiras da técnica em abordagens mais compreensivas.

Neste sentido, sugerimos uma forma da classe de enfermagem se organizar em torno desses temas. Foi assim que surgiu, no Programa de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora, a proposta da **Rede de Racionalidades de Enfermagem**. Uma proposta de se estender à comunidade de enfermagem, as construções realizadas na residência. Precisamos dialogar mais, refletir mais e trocar nossas experiências na busca por uma prática mais significativa para quem cuida e para quem é cuidado.

A Rede de Racionalidades é um espaço de construção e de reflexão sobre novas práticas e novos saberes da enfermagem. Para participar basta enviar um e-mail para redes@enfermagem.ufjf.br

UMA REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Juarez Souza Araújo, médico de família, preceptor da Residência em Saúde da Família UFJF-SUS Juiz de Fora MG. E-mail: jsouzaraujo@terra.com.br

A estratégia de saúde da família trouxe no seu bojo uma crise de identidade profissional, primeiramente para aqueles chamados a compor as equipes de saúde da família e, em um segundo momento, aos demais profissionais da saúde que não entendiam o(s) papel(eis) daqueles profissionais, ao mesmo tempo que os viam executando seus atos profissionais “exclusivos”. Incomodou, e incomoda, quem estava fora e quem estava dentro, não que eu ache o incômodo algo ruim. Entendo que as ações políticas em uma democracia são passíveis de gerar o conflito; resta saber o quão preparados estão os atores sociais envolvidos para trabalhar o conflito.

Buscar uma resposta a essa questão é uma tarefa, acredito, bastante árdua e pela qual não desejo me enveredar no momento. Perguntaria a alguém então: para que fazer esse questionamento? Desta questão derivam outras: em qual(is) âmbito(s) ocorre(m) o(s) conflito(s)? De que tipo de conflito se está falando? Quem é o ator que, em determinado momento, fala do conflito? Como foi gestado este conflito (sua história)? Assim como ele tem pai, mãe, tios, primos etc, também este conflito está gerando filhos e filhas na área de saúde?

Outras questões que derivam da primeira são: o que é estar preparado para trabalhar o conflito? Quem nos pode ensinar o melhor caminho? O que é o melhor caminho? O

conflito é “persona non grata”? Trabalhar não é executar as ações aprendidas na academia? Qual é meu papel, então? Será que, pelo menos, tem uma porta nesse PSF escrito SAÍDA DE EMERGÊNCIA?

Visando trabalhar este conflito, surgiram os pólos de capacitação vinculados às instituições de ensino superior (IES). Os pólos buscam referenciais teóricos, profissionais com o tão famoso “perfil” e métodos pedagógicos adequados à formação e capacitação dos novos profissionais da nova atenção primária à saúde (APS). O aprimoramento de um campo teórico é um dos resultados desse encontro entre as IES’s e os profissionais de APS. De ambos os lados, grande foi e tem sido o empenho para estruturar e promover a formação no campo da APS. Dentro desse contexto, encontramos hoje as residências multiprofissionais em saúde, que suscitaram nova onda de discussões e críticas nas mais variadas esferas. Coube aqui um importante papel do Ministério da Saúde, o qual demonstrou uma coerência com sua política de saúde ao sustentar financeiramente essa iniciativa.

A APS, portanto, entrou nas esferas institucionais. Mas, e a população, de uma forma geral, enxerga e de que forma vê o PSF e a APS? As referências se baseiam em vivências quase sempre de caráter médico-hospitalar, acarretando uma comparação entre os dois modelos. As visitas domiciliares, os agentes comunitários de saúde, o incremento dos trabalhos de educação em saúde são fatores geralmente elogiados pelos usuários e que marcam um diferencial nesse “novo” sistema. Por outro lado, o usuário questiona “essa coisa de ter que ir ao posto para tudo”, inseguro algumas vezes se é ali mesmo que ele encontrará uma solução ou uma adequada orientação para a sua demanda, quando comparado ao hospital com seus recursos já bem conhecidos pela população.

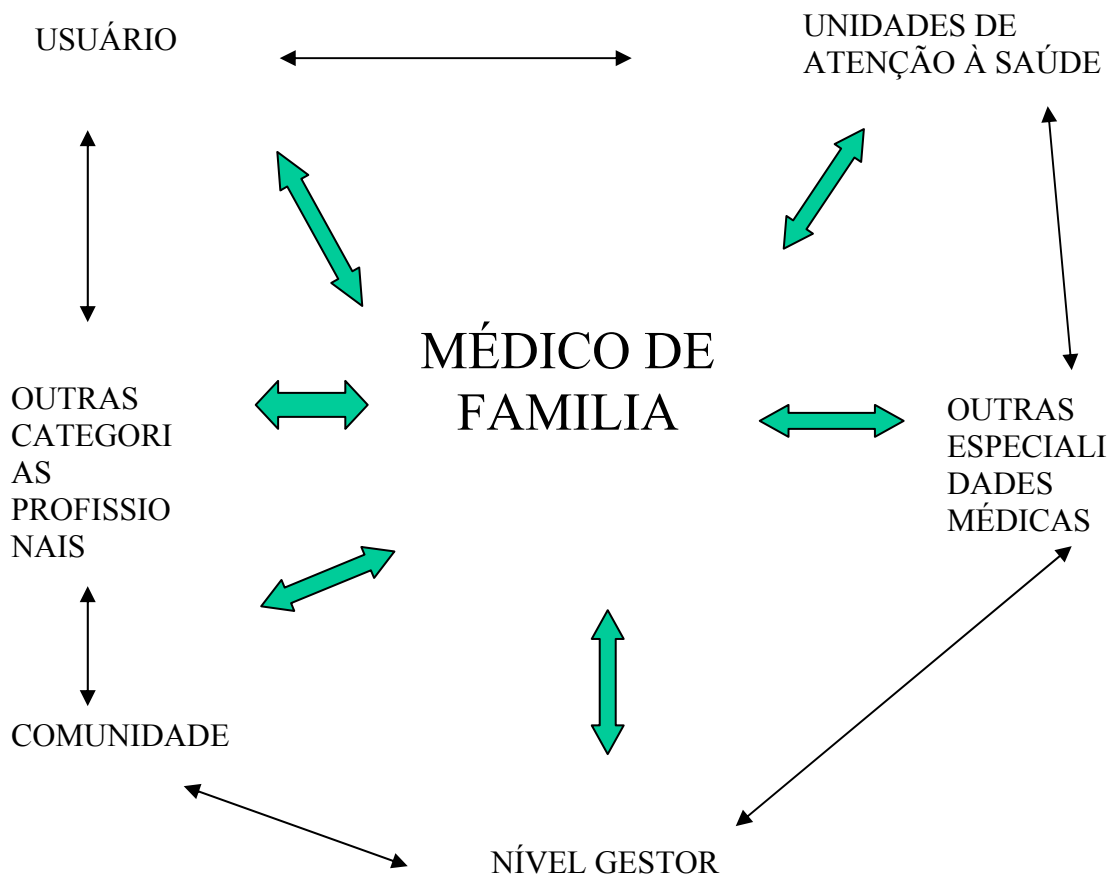
Enquanto médico de família e comunidade (MFC) me deparo após isso tudo com o nebuloso mercado de trabalho. O PSF é, sem dúvida, o principal empregador do MFC e grande responsável pelo crescimento dessa categoria profissional nos últimos dez anos; no entanto, as relações contratuais de trabalho seguem algo incertas com as prefeituras municipais pelo País. Isso certamente dificulta a fixação do MFC em seu local de trabalho, levando ao prejuízo da continuidade da atenção em saúde, um dos princípios básicos do PSF. Ao se voltar o olhar para o sistema de saúde suplementar, verificamos algumas iniciativas de implantação de modelos assistenciais e preventivos semelhantes, em alguns

aspectos, ao modelo do PSF. Mas o que mais chama a atenção é o reconhecimento de que o MFC é de alguma forma interessante ao sistema privado de saúde, só que mais uma vez sem uma clareza de intenções e compromissos. Faço, então, uma pergunta: a que veio o MFC? De uma forma mais popular. . . qual é a sua?

Acredito que discutir o papel profissional do MFC tem sido objeto de grande número de pesquisadores no Brasil nos últimos anos. O MFC é identificado, entre outras coisas, como médico de primeiro contato nas demandas em saúde, aquele que “advoga” a causa do seu paciente, mais afinado para o “diagnóstico” do normal que do patológico e também como um profissional preparado para o trabalho e atuação em equipe multiprofissional. Encontrar algo que busque resumir essas capacidades não se encontra nos atos estritamente médicos, mas, sim, no campo das relações humanas e da psicologia, haja vista que em todas as habilidades citadas, fica evidente o acolher, a troca de saberes, o interesse pelo ser humano em primeiro lugar. Proponho, então, que o comum a essas habilidades seja o vínculo.

De forma geral a vinculação a um médico se inicia pela via do sintoma, quase sempre somático, chegando ao diagnóstico de uma patologia ou de “normalidade” e a uma proposta. O médico de família e comunidade por sua abordagem longitudinal e integral do indivíduo, busca trabalhar o mesmo sintoma em um outro contexto de vinculação. Qual? O médico de família e comunidade, quando comparado aos demais médicos, tem na construção de uma “rede de vínculos” um processo de trabalho e intervenção, que o auxiliam na abordagem de um sintoma/queixa, assim como na oferta de propostas, médicas ou não, que se entendam adequadas à demanda do paciente, isto acredito seja a especialidade do MFC. Acredito, também, que a qualidade do vínculo depende entre vários fatores de: DOMÍNIO TEÓRICO ESPECÍFICO, ACESSIBILIDADE, ACOLHIMENTO, CONFIABILIDADE, ABORDAGEM DOS CONFLITOS, CRIATIVIDADE, INSERÇÃO POLÍTICA

ONDE ESTÃO ESTES VÍNCULOS?



O TRABALHO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A FORMAÇÃO DE IDENTIDADE EM PROCESSO

Telmo Mota Ronzani – Professor do Departamento de Psicologia da UFJF, Doutor em Ciências da Saúde pela UNIFESP. E- mail: tronzani@hotmail.com

Na área da saúde coletiva, observam-se dois movimentos que, à primeira vista, parecem antagônicos. O primeiro movimento consiste em uma necessidade de entendimento da saúde coletiva enquanto uma área extremamente complexa, sendo quase impossível uma leitura simplista ou reducionista do processo saúde-doença. Por outro lado, frente aos problemas práticos do dia-a-dia dos serviços, os profissionais de saúde, gestores

e, principalmente, os usuários demandam uma objetividade e aplicabilidade na resolução de problemas, sendo pouco aceitável uma visão de complexidade que se distancie da realidade dos serviços de saúde e que se limite somente ao plano do discurso ou ao plano teórico.

É na tentativa de junção desses dois aspectos que a saúde coletiva se configura como um campo teórico-prático, onde diversos saberes (acadêmicos, científicos, sócio-culturais, etc) devem se articular. A integralidade das ações se apresenta como uma importante estratégia de integração do conhecimento teórico e desafios práticos na área, sendo a inter ou a transdisciplinaridade as formas de articulação desses saberes.

Especificamente na área da psicologia, depara-se com um grande desafio de conseguir de fato uma integração e um diálogo satisfatório com outras profissões.

Historicamente, a psicologia enquanto profissão é fortemente marcada pelo trabalho clínico/individual, que repercutia, em um passado recente, na dicotomização mente/corpo e na conseqüente “psicologização” dos fenômenos da saúde. Esta forte identificação da psicologia, tanto por parte dos estudantes de graduação, professores, outros profissionais e população, levava a uma simples transposição da prática clínica para o campo da saúde coletiva e o entendimento de que a psicoterapia é o único instrumento de intervenção do psicólogo.

A entrada do psicólogo nos serviços de saúde pública se deu principalmente em virtude do importante Movimento de Luta Antimanicomial, que se preocupou com a melhoria das condições de vida e no cuidado aos portadores de sofrimento mental. Por outro lado se configurou uma identidade profissional do psicólogo dentro da saúde pública marcado pelo trabalho específico na área de saúde mental, o que limitou as possibilidades de contribuição da psicologia em outras áreas, como a Atenção Primária à Saúde (APS).

Alguns psicólogos têm apresentado tanto discussões teóricas e principalmente práticas, demonstrando que a psicologia é uma área fundamental para a saúde coletiva. Os pressupostos principais dessa nova configuração de trabalho se baseiam na importância dos aspectos subjetivos envolvidos no cuidado em saúde; aspectos estes influenciados de forma dialética pelo contexto social. Tal noção é de fundamental importância para que os profissionais de saúde entendam o porquê de determinados comportamentos e dos insucessos de algumas intervenções, uma vez que a promoção, prevenção e reabilitação, em

grande parte, pressupõem uma situação de estilo de vida e crenças que são compartilhadas dentro de um contexto social.

Enquanto áreas de ação específicas da psicologia se destacam: o processo de estudo e mudanças da condição de estigmatização de algumas condições de saúde; a intervenção psicossocial nos trabalhos de prevenção e promoção; o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, baseadas em técnicas de mudança de atitudes; a organização e suporte para as equipes de trabalho, principalmente no suporte organizacional e psicológico para a própria equipe; o desenvolvimento de competências e habilidades sociais para os usuários com o objetivo do enfrentamento dos problemas de saúde (realizado principalmente em grupos e comunidades em detrimento do atendimento individual).

O Departamento de Psicologia da UFJF, através de um projeto denominado “Psicologia Social e Saúde Coletiva”, tem investido nessa mudança de concepção do profissional e realizado diversas ações de ensino, pesquisas e experiências práticas promissoras na APS em Juiz de Fora e região, demonstrando que, com uma mudança de configuração das práticas, a psicologia é uma área importante dentro da APS. Portanto, deve-se salientar que a saúde é algo muito complexo para ser terreno exclusivo de algumas profissões. É preciso que se ultrapasse os medos corporativos e disputas de espaços ou perda de terreno ou “mercado”. Tanto na área da psicologia, quanto em outras profissões, a construção de uma identidade única em prol da saúde coletiva, com o compartilhamento e a especificação de cada área é fundamental para conseguirmos a junção da complexidade e objetividades necessárias para uma real mudança da condição de saúde da população.

ENTREVISTA

O SUS e a Atenção Primária à Saúde

Dr. Eugênio Vilaça Mendes é consultor em Saúde Pública do Banco Mundial e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Ele esteve em Juiz de Fora no dia 30 de agosto de 2005, proferindo a conferência de abertura **A APS e o SUS**, no VIII Encontro de Atualização em APS, promovido pelo NATES/UFJF. Aproveitamos a ocasião para fazer a entrevista que transcrevemos a seguir.

1. Que aspectos conjunturais o senhor considera positivos e negativos no Sistema Único de Saúde – SUS – atualmente?

Dr. Eugênio: Existe um grande aspecto positivo que é de, ao final de quinze anos de existência, prestar muitos serviços à população brasileira. Vejamos alguns números: doze milhões de internações hospitalares por ano; um bilhão de procedimentos de Atenção Primária à Saúde-APS; temos o maior programa de transplantes em sistemas públicos do mundo; temos um dos mais bem sucedidos sistemas de atenção em HIV/Aids e de imunização. Esse **sistema**, eu diria, é um **sucesso**, porém, tem seus problemas... Acredito que os pontos negativos decorrem muito de uma visão que prevalece na sociedade de que o Sistema Único de Saúde-SUS é um **sistema** para **pobres**, é um sistema segmentado. Nós criamos na Constituição o sistema único constitucional para todos os brasileiros e, na prática, quem pode sai para um plano privado, pago por si ou através de uma empresa. A experiência internacional mostra que quando a gente especializa o **sistema** para **pobre** é um sistema sub-financiado, porque o **pobre não tem capacidade** de organizar os seus interesses e de vocalizá-los nos fóruns de decisões. Então, surge o segundo grande problema do Sistema Único de Saúde-SUS, que é o sub-financiamento. Por exemplo, o Brasil gastou, em 2002, 206 dólares contra 360 do Chile e do Uruguai e contra 2000 do Canadá e da Itália. E, desses 206, apenas 45% são para gastos públicos o que significa em torno de 100 dólares para o Sistema Único de Saúde-SUS. Esse volume de gasto não dá para sustentar um sistema público universal de qualidade. Esse é o grande nó do SUS que deve ser respondido pela sociedade brasileira: é ela que dirá que sistema quer e quanto está disposta a pagar por ele.

2. E em relação à Atenção Primária à Saúde-APS no Sistema Único de Saúde-SUS?

Dr. Eugênio: A Atenção Primária à Saúde-APS no Sistema Único de Saúde-SUS também vem melhorando bastante, especialmente a partir de 1994 com a introdução do Programa de Saúde da Família-PSF. Hoje nós já temos mais de vinte mil equipes de Programa de Saúde da Família-PSF, no Brasil, e uma cobertura em torno de 40% da nossa população. Um estudo recente feito para o Ministério da Saúde mostra que um incremento de 10% de equipes de PSF determina uma queda de 4,6% na taxa de mortalidade infantil. O impacto do PSF é significativo, mas a atenção primária à saúde apresenta graves problemas. Não tenho dúvidas em afirmar que o maior problema do SUS está na baixa qualidade da atenção primária à saúde. Isso resulta por vários fatores. Um deles é do tipo ideológico. Nós ainda decodificamos a atenção primária à saúde como programa para pobres, o que resulta da concepção piramidal do SUS que passa a idéia de que a atenção básica é o menos complexo num sistema de saúde. O que é conceitualmente equivocado, porque o mais complexo num sistema de saúde é a atenção primária à saúde. No Brasil, inventou-se algo sem similar na literatura internacional: a atenção primária se denomina aqui de atenção básica, o que, para mim, reforça essa a concepção de algo simples que pode ser banalizado. Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário, o significante primário quer referir-se ao complexíssimo princípio da PÁS, o do primeiro contacto. Essa visão básica da APS faz com que ela possa ser feita de qualquer jeito: com pouco financiamento, com relações de trabalho extremamente precarizadas, com um arsenal de medicamentos muito estrito, com uma infraestrutura física completamente deteriorada, na ausência de sistemas eficazes de Educação Permanente e etc.

3. O Programa Saúde da Família vem sendo, desde 1994, a estratégia do Ministério da Saúde para implementar a Atenção Primária no Sistema Único de Saúde - SUS. Que aspectos positivos e negativos o senhor gostaria de apontar em relação a essa estratégia?

Dr. Eugênio: De tudo que mencionei, resulta uma atenção primária à saúde que avançou quantitativamente, mas que deve melhorar muito na sua qualidade. Essa afirmativa pode ser evidenciada pelas internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Esse indicador mostra que há internações que se impõem, mas na presença de uma boa atenção primária à saúde. No Brasil, no ano passado, uma em cada três internações do SUS foram por condições sensíveis à atenção ambulatorial e isso consumiu um bilhão de reais.

4. **O senhor descreve em seu livro - Uma agenda para a Saúde - a Vigilância da Saúde como prática sanitária que tem como premissas o território, os problemas de saúde do território e as ações intersetoriais como abordagem para a solução dos mesmos. Como analisa a situação atual do Programa de Saúde da Família-PSF frente a esse modelo?**

Dr. Eugênio: Acho que o Programa de Saúde da Família-PSF ainda é, no Brasil, alguma coisa que está entre a proposta de um **programa para pobres** e uma estruturação de um nível de atenção. Estamos longe de ter um Programa de Saúde da Família-PSF que seja, de fato, uma estratégia. Quando ele for uma estratégia, porque depende da superação de vários gargalos, poderá desempenhar esse papel, dentro do sistema de saúde, de ser o ordenador dos fluxos e contrafluxos das pessoas no sistema de saúde, à exceção dos casos de urgência e emergência. De outro lado, a atenção primária à saúde, integrada internamente no sistema de serviços de saúde, pode e deve integrar-se externamente com outras políticas públicas como o saneamento, a educação, o emprego e renda, gerando um conjunto articulado de ações trans-setoriais que pode denominar-se de cidade saudável. Acho que estamos também um pouco longe desse ideal.

5. **O que o senhor vislumbra para o Sistema Único de Saúde - SUS?**

Dr. Eugênio: Eu vejo o Sistema Único de Saúde - SUS com muito realismo. Eu me animo com a trajetória dos quinze anos. Por outro lado, meu realismo me obriga a pensar que o cenário mais provável é de um SUS como um sistema para pobres num sistema segmentado. Distante do sonho dos constituintes e do movimento da reforma sanitária. O grande dilema do Sistema Único de Saúde - SUS é que ele foi pensado para ser um sistema para todos – pobres e ricos - mas vai se conformando dentro do **modelo segmentado, ou seja, num nicho para os pobres**. Isso é grave, porque a evidência internacional mostra que quando se especializa um **sistema para os pobres, ele será sempre subfinanciado**. Tinha razão Beveridge quando dizia, há 60 anos , que políticas para pobres são políticas pobres.

6. **O Pólo de Educação Permanente para a Saúde, tem sido a estratégia adotada pelo MS para a preparação dos profissionais de saúde que atuam no SUS, articulada à real necessidade do serviço. Como o senhor analisa essa estratégia?**

Dr. Eugênio: A proposta dos pólos tem aspectos positivos. De um lado, porque acomoda a educação permanente à proposta de organização regional do SUS; de outro, porque rompe

com a visão fragmentada vigente de educação continuada. Por outro lado, tem aspectos muito negativos. Uma concepção basista com muitos atores sociais que devem buscar conciliação de interesses em movimentos de tipo ganha-ganha. Soma-se a isso a dificuldade de democratizar no limite processos sociais de extrema complexidade como a educação permanente. Por outro lado, o planejamento da educação permanente, nessa visão polista, faz-se do lado da oferta, o que é um grave equívoco; a educação permanente deveria estruturar-se em função das necessidades de saúde da população, determinadas pela situação epidemiológica, e não pelo estoque de produtos educacionais vigentes numa região. Mas mais do que digressões teóricas, a realidade dos pólos mostra que essa proposta não decolou. Há necessidade de uma revisão profunda e rápida desse modelo.

Atualização bibliográfica

Resenha

EPIDEMIOLOGIA. Roberto de Andrade Medronho, Diana Maul de Carvalho, Kátia Vergetti Bloch, Ronir Raggio Luiz, Guilherme L. Werneck (Editores). São Paulo: Atheneu, 2002. 493 p.

O Brasil vem apresentando nas últimas décadas um grande desenvolvimento da epidemiologia como importante disciplina norteadora no campo da saúde. A afirmação do seu avanço vem sendo expressa pela publicação, ao longo desse período, de vários livros por grupos de referência nacional. Cada um, em seu tempo e abordagem temática e metodológica, vem sendo incorporado como leitura obrigatória para a formação de um grande número de profissionais em todo o País. Como colocado no prefácio, o livro de fato representa “um grande esforço coletivo” para tentar compor todos os métodos, técnicas e atividades necessários para o profissional que trabalha com os modernos conceitos da epidemiologia.

O livro compõe-se de quatro partes, cada uma coordenada por um dos Editores-Associados: parte I, coordenada por Diana Maul de Carvalho, inclui seis capítulos sobre conceitos básicos da epidemiologia; parte II, coordenada por Kátia Vergetti Bloch, composta por nove capítulos sobre diferentes aspectos da pesquisa epidemiológica; parte III, sob a coordenação de Ronir Raggio Luiz, inclui sete capítulos sobre aspectos da estatística; e parte IV, coordenada por Guilherme Loureiro Werneck, composta por dez capítulos com Tópicos Especiais em Epidemiologia.

Dentro da parte I, o primeiro capítulo representa uma introdução do livro, transitando entre o passado, o presente e o futuro da epidemiologia, trazendo a possibilidade de situar o leitor no momento atual da disciplina. Os demais capítulos da parte I compõem a abordagem aos conceitos básicos da epidemiologia, partindo das “Medidas da Frequência de Doença”, no capítulo 2. Os capítulos 3 e 4 abordam, respectivamente, os indicadores de saúde e a distribuição das doenças no tempo e no espaço. Partindo da noção de qualidade de vida, alcança-se a definição de indicadores de saúde e sua identificação. Ressalto como ponto crítico, entretanto, a não coerência de conceitos específicos de taxas e de proporções tratados no capítulo 2 com o que foi apresentado no capítulo 3. Já o capítulo 4 trata da distribuição das doenças no espaço e

no tempo, iniciando a discussão da epidemiologia descritiva. Como processo inovador, insere-se o leitor em técnicas de análise espacial em saúde e nos estudos de migrantes. O capítulo 5 trata, em grande parte, da abordagem clássica do processo de vigilância epidemiológica baseado na notificação de doenças e agravos à saúde, sinalizando para outras modalidades vigilância, retomando a noção de informação para a ação.

A parte II compõe-se pela abordagem da pesquisa epidemiológica e é iniciada com o capítulo 7, que trata de seus fundamentos desde a coleta de dados. Por fim, como introdução aos capítulos que se seguem, são discutidos de forma mais abrangente os aspectos gerais dos diferentes tipos de estudos. O capítulo 8 faz uma excelente revisão em relação às medidas de efeito e às medidas de associação em epidemiologia, abordando sua aplicação. Os capítulos 9, 10, 11, 12 e 13 abordam de forma mais detalhada cada um dos estudos epidemiológicos, permitindo avanço no sentido de uma interpretação mais acurada, bem como na possibilidade do desenvolvimento de estudos. Finalizando a segunda parte, os capítulos 14 e 15 tratam, respectivamente, da validade em estudos epidemiológicos e da inferência causal, trazendo questões metodológicas importantes para estruturação e condução de estudos.

A parte III trata da inserção da estatística em epidemiologia. O capítulo 16 aborda de uma forma bem prática e detalhada, o processo de análise exploratória de dados, inserindo conceitos fundamentais e a noção de escalas, tipos de variáveis e de medidas em epidemiologia, integrando formas de apresentação de dados e a questão da análise univariada, avançando mais ao final do capítulo na questão da análise bivariada. Os capítulos 17 e 18 trabalham, respectivamente, a questão da probabilidade e distribuições de probabilidade e de testes diagnósticos. Já os capítulos 19 e 22 integram-se dentro da proposta do livro ao abordarem, respectivamente, a inferência estatística e a associação estatística em epidemiologia. De forma complementar, os capítulos 20 e 21 abordam a questão da amostragem e do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. Ressalta-se o mérito de trabalharem, após a discussão dos tipos e da lógica do processo de amostragem e de suas limitações em relação à generalização, com a aplicação desses elementos dentro do programa EpiInfo, amplamente utilizado em saúde pública.

A parte final do livro apresenta aspectos também de enorme relevância. Os capítulos 23 e 24 abordam a questão dos sistemas de informação em saúde e da epidemiologia e serviços de saúde, respectivamente, representando a aplicação da epidemiologia na realidade dos serviços. O capítulo 25 insere a temática relacionada à

epidemiologia e o ambiente. Após uma breve introdução, chega-se à atualidade dos desafios no Brasil em termos da construção de ações integradas de Vigilância em Saúde, em que a vigilância ambiental passa a ser um dos componentes. O capítulo 26 toma como referência a questão do processo produção-saúde e trata da epidemiologia e saúde do trabalhador sistematizando a abordagem das condições que abrem espaço para os riscos presentes nos processos produtivos. O capítulo seguinte aborda a dinâmica de transmissão de doenças infecciosas, partindo da construção de diferentes cenários relativos à transmissão da malária. Os capítulos 28 e 29 tratam da análise de sobrevivência e das técnicas de análise espacial em saúde, respectivamente, permitindo uma abordagem mais sistematizada sobre os temas. Já o capítulo 30 aborda os estudos de meta-análise, identificando suas origens e usos. O capítulo 31 aborda uma área ainda desconhecida no Brasil, a paleoparasitologia e a paleoepidemiologia. Trata-se de uma clara apresentação da área pelo grupo de referência no Brasil e no mundo, identificando a sua construção, métodos, usos, potencialidades e limitações. O capítulo 32 encerra o livro com a regulamentação brasileira em ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e no mundo. São discutidos aspectos relativos à bioética e à relação entre “cientificidade e eticidade”.

Como conclusão, a extensa gama de áreas, conteúdos, práticas, métodos e técnicas abordados justifica a importância e a abrangência desse livro no sentido de reafirmar a complexidade do objeto da epidemiologia. Ao lado do conteúdo atualizado que chama ao enfrentamento dos recentes desafios da epidemiologia, o aspecto didático torna possível afirmar que essa obra está compondo e comporá a estante daqueles que estão às voltas com o estudo do método epidemiológico, seja na academia, seja nos serviços de saúde, ao reafirmar o papel da epidemiologia na saúde pública.

Alberto Novaes Ramos Jr.

Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará

Rua Professor Costa Mendes 1608, 5º andar, Rodolfo Teófilo

Fortaleza, Ceará - CEP: 60430-140

E-mail: novaes@iis.com.br

Tel/Fax: +55 85 4009-8045

Apresentação de livros

Labirinto de espelhos - formação da auto-estima na infância e na adolescência

Simone Gonçalves de Assis

Joviana Quintes Avanci

Editora FIOCUZ - Coleção Criança Mulher e Saúde. Fone: (21) 38829039 e 38829041.

Fax: (21) 38829006. www.fiocruz.br E-mail: editora@fiocruz.br

Esse livro é baseado em pesquisa quanti-qualitativa desenvolvida no município de São Gonçalo-Rio de Janeiro com alunos de escolas públicas e privadas. As autoras focam a auto-estima e sua construção fazendo, para isso, uma revisão de sua evolução conceitual, contextualizando seu papel na formação das pessoas. Detalham a metodologia utilizada na investigação, discutem os resultados apresentados e fazem propostas para a promoção da auto-estima.

A promoção da saúde, cada vez mais, se torna uma estratégia utilizada pelos serviços de saúde, em uma articulação intersetorial, buscando a qualidade de vida. A discussão contida nesse livro amplia os conhecimentos dos profissionais envolvidos com a promoção da saúde, auxiliando a compreensão e a abordagem da criança e adolescente como sujeitos com singularidades que podem ser potencializadas.

Como leitora, consegui vislumbrar caminhos, até certo ponto, simples de serem percorridos e, como dito pelas autoras, *“Ao pensar estratégias de fortalecimento da auto-estima...torna-se fundamental a intervenção da família, dos profissionais de educação, de saúde, da mídia, da sociedade civil em prol de uma atitude cuidadosa, afetiva e respeitosa com crianças, jovens ou adultos”*. (p. 168)

Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão.

Organizado por Wilza Vilela e Simone Monteiro e editado por ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva e UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas. www.abrasco.org.br e www.unfpa.org.br

O livro é resultado de uma pesquisa desenvolvida pela Coordenadoria da Mulher de Recife, Pernambuco, em 2003. Esta pesquisa verificou *“em que medida o processo de trabalho desenvolvido no Programa Saúde da Família permitia a visualização e a elaboração de respostas para as questões de gênero embutidas nas queixas dos usuários , com especial atenção para as questões de violência”* (p.11). A publicação está dividida em: Parte 1, As políticas de saúde para as mulheres e o Programa Saúde da Família; Parte 2, Família, gênero e família; e Parte 3, Gênero e formação profissional em saúde. O livro vem suprir um hiato na formação e educação permanente dos profissionais que trabalham no PSF, pois poucas instituições de ensino abordam as relações de Gênero, categoria das ciências sociais de fundamental importância para a análise, compreensão e intervenção no processo saúde /doença na contemporaneidade.

Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)

Simone Grilo; Diniz Ana Cristina Duarte

Editora UNESP, 2004. Fone: (11) 32427171 Fax: 32427172

www.editoraunesp.com.br – E.mail: feu@editora.unesp.br

As autoras pretendem possibilitar à mulher e a sua família uma escolha informada sobre a o melhor tipo de parto, disponibilizando informações científicas e tendo como referencial a medicina baseada em evidências. O livro também pode ser

útil aos profissionais da atenção primária que assistem as mulheres no pré-natal e trabalham com promoção da saúde.

Câncer - Direito e Cidadania, de autoria da advogada Antonieta Barbosa, publicado pela Editora ARX. <http://www.edarx.com.br/vejamaais.aspx?id=438>

Este livro foi publicado originalmente em agosto de 2002 pela editora Bagaço, com o ISBN 8574094021. Nele a autora e advogada recifense, que foi vítima dessa terrível doença, mostra como encarou o câncer e acabou transformando sua dor em lição de cidadania.

O câncer afeta não só os pacientes, mas também os seus familiares. Além de trazer o depoimento da autora face à essa terrível doença, o livro apresenta, de forma didática e comentada, as isenções e benefícios aos quais suas vítimas têm direito. Em 1998, a autora soube que estava com câncer. Foi submetida a uma mastectomia conservadora e aos tratamentos de químico e radioterapia, além de ter enfrentado os mais variados problemas burocráticos na busca por seus direitos. Foi então que ela resolveu escrever este livro para ajudar outros pacientes que passa

Antonieta Barbosa é advogada e servidora pública aposentada.

Sinopse disponível em:

<http://www.siciliano.com.br/livro.asp?tema=2&tipo=2&clsprd=L&id=295416&orn=CLMV&PARC=EDA#sinopse>

Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. Organizadores: Túlio Batista Franco, Marco Aurélio de Anselma Peres; Marlene Madalena Possan Foschiera, Mirvaine Panizzi
Editora Hucitec- www.hucitec.com.br

Uma produção coletiva traduzindo a experiência da mudança de modelo de atenção à saúde no município de Chapecó, Santa Catarina. O Acolher Chapecó ousou e instituiu o processo de trabalho centrado na necessidade do usuário conseguido por meio de diálogo com os profissionais. O leitor poderá visualizar todos os passos na construção da atenção centrada no cuidado a partir da reestruturação do processo de trabalho. Na apresentação do livro o então prefeito de Chapecó, Pedro Francisco Uczai, fala com orgulho: “ *Chapecó ousou na construção de políticas sociais que revolucionaram o jeito de pensar, agir, sentir e sonhar a saúde pública em nosso município*”. FRANCO et al, 2004, p. 17).

REVISTA DE APS - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Uma publicação do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF (NATES/UFJF), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC e da Rede de Educação Popular e Saúde - REDEPOP.

Editor Geral:

Neuza Marina Mauad – UFJF/NATES - Juiz de Fora – MG associada à ABEC

Editores Associados:

Aldo Ciancio – SMS São Paulo - SP

Lúcia Maria Ozório - Experice (Centre de recherche en éducation habilité) das Universidades Paris 13 - Paris 8. Paris- França

Hamilton Lima Wagner – Instituto in Família – Curitiba- Pr

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG/Faculdade de Enfermagem – Belo Horizonte - MG

Rosângela Maria Greco – UFJF/Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora - MG

Sonia Acioli de Oliveira – UERJ/ Faculdade de Enfermagem – Rio de Janeiro- RJ

Conselho Editorial:

Alex Miranda Rodrigues – UFMT- Mato Grosso - MT

Auta Stephan-Souza – UFJF/ Faculdade Serviço Social - Juiz de Fora- MG

Betania Maria Fernandes – UFJF/ Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora- MG

Carmen Fontes Teixeira – UFBA – Salvador- Ba

Célia Caldas- UERJ- Rio de Janeiro- RJ

Claudia de Souza Lopes – UERJ/IMS - Rio de Janeiro - RJ

Cristina Pinheiro Mendonça – UFF- Niterói - RJ

Eduardo Faerstein - IMS/UERJ - Rio de Janeiro – RJ

Eduardo Navarro Stotz- FIOCRUZ/ENSP- Rio de Janeiro – RJ

Elaine Reis Brandão - IMS/UERJ - Rio de Janeiro - RJ

Eliane Portes Vargas –FIOCRUZ/ IOC - Rio de Janeiro- RJ

Elizabeth de Andrade Romeiro – Rio de Janeiro- FIOCRUZ

Eymard Mourão Vasconcelos – UFPB -João Pessoa - PB

Gulnar Azevedo Mendonça - IMS/UERJ - Rio de Janeiro- RJ

Helena Maria Scherlowski Leal David - UERJ/Faculdade de Enfermagem – Rio de Janeiro – RJ

João Werner Falk – SBMFC - Porto Alegre - RS

José Paranaguá – Brasília - DF

Joyce Caldwell Panagides – Washington - USA

Luiz Cláudio Ribeiro – UFJF/ Instituto de Ciências Exatas – Juiz de Fora

Marcus Gomes Bastos - UFJF/Faculdade de Medicina - Juiz de Fora- MG

Maria Waldenez de Oliveira - Universidade Federal de São Carlos – São Carlos- SP

Mário Sérgio Ribeiro – UFJF/Faculdade de Medicina - Juiz de Fora - MG

Ricardo Rocha Bastos - UFJF/Faculdade de Medicina - Juiz de Fora - MG

Ronaldo Rocha Bastos – UFJF/ICE -Juiz de Fora - MG

Roseni Rosangela de Sena – UFMG/Faculdade de Enfermagem - Belo Horizonte - MG
Simone Souza Monteiro – IOC/FIOCRUZ - Rio de Janeiro - RJ
Stella Cunha –UFJF/ ICHL - Juiz de Fora – MG
Sueli Maria dos Reis Santos - UFJF/ Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora- MG
Tadeu Coutinho – UFJF/Faculdade de Medicina - Juiz de Fora - MG
Uriel Heckert – UFJF/Faculdade de Medicina - Juiz de Fora - MG
Viviane Weil Afonso – UFJF/Faculdade de Medicina - Juiz de Fora - MG
Wilza Villela – SESSP - São Paulo - SP.

Diretor Executivo: Neuza Marina Mauad – CRM-MG 25812-1 T

Normalização bibliográfica: Maria Piedade Fernandes Ribeiro CRB.6/601

Projeto Gráfico: Bianca Lemos

Diagramação: Templo Gráfica e Editora Ltda

Revisão de Redação: Maria Cristina Weitzel Tavela

Revisão de inglês: Kathy Mutz

Endereço para correspondências e envio de artigos:

NATES/UFJF / Revista de APS
Rua Benjamin Constant, 790
CEP: 36015-400 Centro
Juiz de Fora – Minas Gerais
Ou via internet através do E-mail: revaps@nates.ufjf.br
Fone (32) 3229-3830 e 32293831- FAX (32) 3229- 3832
E-mail revaps@nates.ufjf.br
Site: www.nates.ufjf.br

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA E FAMÍLIA E COMUNIDADE -
SBMFC

End. Rua Morales de Los Rios, 22 - Maracanã
Rio de Janeiro - RJ - Cep: 20.540-010
Tel 21 2264.5117 / Fax. 21 2284.2130
Email: sbmfc@sbmfc.org.br / secretaria@sbmfc.org.br
Site: www.sbmfc.org.br

REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

www.redepopsaude.com.br
<http://br.groups.yahoo.com/group/aneps/join>.

ISSN: 1516 –7704

Indexada na RAEM - Rede de Apoio à Educação Médica da Associação Brasileira de Educação Médica, Base de Dados EDUC.

Cadastrada na ABEC- Associação Brasileira de Editores Científicos

Disponível on line na BVS- MS: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/periodicos/outros.htm>

Site NATES/UFJF : www.nates.ufjf.br

Periodicidade: Semestral

Tiragem: 2300 exemplares

Volume 1, 1998

A partir do volume 8 (1), 2005 esta publicação é uma parceria do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF (NATES/UFJF), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC e da Rede de Educação Popular e Saúde - REDEPOP.

Assinatura: Valor Anual

Individual - R\$ 25,00 - Institucional - R\$ 30,00

Depósito bancário em nome de:

FUNDER/NATES/REVISTA de APS

Banco do Brasil - Conta nº 800.965-1 - Agência 2995-5

Envie o recibo do depósito e o endereço onde deseja receber a Revista de APS para a Secretaria da Revista.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Reitora (2002/2006) - Maria Margarida Martins Salomão

Vice Reitor – Paulo Ferreira Pinto

Pró Reitoria de Formação Continuada – Rita de Cássia Padula Alves Vieira

Pró Reitoria de Graduação Adjunta à Pró Reitoria de Formação - Valéria Trevizani
Burla de Aguiar

Pró Reitoria de Pós Graduação Adjunta à Pró Reitoria de Formação – Ronaldo
Rocha Bastos

Pró Reitoria de Pesquisa – Claudia Maria Ribeiro Viscardi

Pró Reitoria de Finanças e Controle – Josélia Lima

Pró Reitoria de Recursos Humanos – Edson Vieira da Fonseca Faria

Pró Reitoria de Extensão – Édina Evelyn Casali Meireles de Souza

Pró Reitoria de Infra-estrutura – Paulo Villela

Pró Reitoria especial para implantação do CAS – Raimundo Nonato Bechara

Coordenação NATES / UFJF - Maria Teresa Bustamante Teixeira

Equipe Técnica do NATES/UFJF

Beatriz Francisco Farah

Celso Paoliello Pimenta

Estela Márcia Saraiva Campos

Neuza Marina Mauad

Vânia Bucheni de Barros

Laura de Castro Fonseca

Lenir de Almeida Rodrigues e Elisângela dos Santos (secretárias).

SBMFC - Diretoria (órgão executivo) Gestão 2004-2006

Presidente - Maria Inez Padula Anderson -Rio de Janeiro

Vice-Presidente - Marcello Dala Bernardino Dalla -Espírito Santo

Secretário Geral - José de Almeida Castro Filho - Rio de Janeiro

Primeira Secretária - Joana Lourenço Lage - Minas Gerais

Diretor Financeiro - Carlos Eduardo Aguilera Campos - Rio de Janeiro

Diretor Cultural e de Divulgação- Gustavo Gusso - São Paulo

Diretor de Telemedicina e Informática - Leonardo Cançado Savassi - Minas Gerais

Diretor de Eventos e Integração - Marco Aurélio Cândido de Melo - Goiás

Diretor Científico - Eno Dias de Castro Filho - Rio Grande do Sul
Diretora de Formação e Capacitação - Irmã Monique Bourget - São Paulo
Diretor de Titulação - João Werner Falk - Rio Grande do Sul
Diretor de Exercício Profissional - Hamilton Lima Wagner - Paraná
Diretor Residente - Roberto Nunes Umpierre - Rio Grande do Sul
Diretor Residente Suplente - Patrícia Sampaio Chueiri - São Paulo

REDEPOP

Coordenadora: Helena Maria Scherlowski Leal David