

III Seminário de Pesquisa do IMS: “Saúde Coletiva e SUS: 20 anos de engajamento”

RESUMOS AMPLIADOS

RITA ADRIANA GOMES DE SOUZA; CRISTIANE MARQUES; ILANA NOGUEIRA BEZERRA; MARÍLIA RODRIGUES DA SILVA; ELAINE RABELLO; VERA REGINA DA SILVA MIGUELOTE; DENISE BORGES BARROS; ANNA MARIA SALES; ANDRÉA SOBRAL DE ALMEIDA; ALDAIR JOSÉ DE OLIVEIRA; MARIANA MIRANDA AUTRAN SAMPAIO; MARCOS CASTRO CARVALHO; MARION ARENT; FABÍOLA CORDEIRO; ANA PAULA PIRES DOS SANTOS; VANESSA LEITE; DANIELA MURTA; RODRIGO BENEVIDES; BIANCA ALFANO; JOÃO BOAVENTURA BRANCO DE MATOS; CLAUDIA DOS SANTOS FERREIRA; ANA LUZIA BATISTA DE GÓIS; GILBERTO SENECHAL DE GOFFREDO FILHO; RAFAEL DA SILVA MATTOS; KARINE DE LIMA SÍRIO BOCLIN; FLÁVIA DOS SANTOS BARBOSA; ALEXANDRE DOS SANTOS BRITO; SERGIO GOMES DA SILVA; MARINA SODRÉ MENDES BARROS; SOLANGE D' AVILA MELO SARMENTO; CARLOS EDUARDO RAYMUNDO; JOÃO LUIZ BASTOS; CLÁUDIA ITABORAHY; LIVI FARO; GUSTAVO SANTA ROZA SAGGESE; ANA PAULA LOPES DE MELO; MARIA HELENA COSTA-COUTO; MARIA MOSTAFA; ANA LUZIA BATISTA DE GÓIS; ANA PAULA CAVALCANTE DOS SANTOS; ANDRÉA CHAGAS; BIANCA SOPHIA; BRUNA KULIK HASSAN; DÁZIO DO MONTE CUNHA; FERNANDA TIZATTO; JACQUELINE FURTADO VITAL; MARCOS RODRIGUES DOS SANTOS; MARIA LUCIA FEITOSA GOULART DA SILVEIRA; PAULA DE HOLANDA MENDES; ROGER KELLER CELESTE*

Resumo

Nos dias 3, 4 e 5 de novembro de 2008, realizou-se o III Seminário Pesquisa do IMS, sobre o tema “Saúde Coletiva e SUS: 20 anos de engajamento”. O evento deu sequência ao II Seminário Pesquisa do IMS/UERJ, “Engajamento Discente e Busca de Fomento”, e contou, na nova versão, com a participação de alunos e ex-alunos do IMS com qualquer tipo de vínculo e alunos cujo orientador tivesse vínculo com o IMS. O objetivo do III Seminário foi aprimorar a comunicação e as trocas acadêmicas entre os pesquisadores de diferentes áreas e discutir novas formas para a consolidação da produção científica e de suas aplicações na prática do SUS. Reforçou a interdisciplinaridade do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS, apresentando trabalhos das três áreas de concentração – Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde. A publicação dos resumos expandidos dos trabalhos apresentados no evento constitui um singelo resultado desses esforços.

Palavras-chave: seminário de pesquisa; pós-graduação; SUS; corpo discente.

Abstract

On November 3, 4 and 5th, 2008, the 3rd IMS Research Seminar, entitled “Public Health and SUS: 20 years’ engagement” took place. It is a follow-up of the 2nd IMS Research Seminar, “Student Engagement and Search for Financial Support”, and in this new version participated IMS students and ex-students with any kind of affiliation and even students whose advisor was affiliated to IMS. The 3rd Seminar aimed to improve the communication and academic interchanges among researchers of different areas, and to discuss new ways to consolidate scientific production and its practical applications at the Brazilian Unified Health System. It strengthened interdisciplinarity in

* Alunos e ex-alunos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do IMS/UERJ

IMS's Public Health Postgradutaion Program, presenting works of the three concentration areas: Humans Science and Health; Epidemiology and Politics, Planning and Administration in Health. The publication of expanded abstracts of works presented in the event is a brief result of these efforts.

Key words: research seminar; postgraduation; SUS (National Health System); students.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Apresentação

Mesa de Abertura: OS 20 anos de implementação do SUS: um debate a partir da experiência de Nova Iguaçu

Mesa 1: Alimentação e obesidade: questões contemporâneas

Mesa 2: A produção da medicalização e suas representações sociais

Mesa 3: Epidemiologia e fatores associados à saúde

Mesa 4: Gênero, sexualidade e produção de valor

Mesa 5: A Saúde Coletiva pensando a criança e o adolescente

Mesa 6: Integralidade no acesso às políticas de saúde no Brasil

Mesa 7: Política do cuidado e o cuidado nas políticas

Mesa 8: Determinantes sociais da saúde

Mesa 9: Saúde e subjetividade

Mesa 10: Saberes científicos e produção política em Saúde Coletiva

Mesa 11: Sexualidade, discriminação e vulnerabilidade

Trabalhos apresentados em sessão de pôsteres

APRESENTAÇÃO

Comissão Organizadora

A realização do III Seminário de Pesquisa do IMS: “Saúde Coletiva e SUS: 20 anos de engajamento” representou, para a Comissão Organizadora, um grande avanço no engajamento discente. O evento realizado nos dias 3, 4 e 5 de novembro de 2008 deu sequência ao II Seminário Pesquisa do IMS/UERJ, “Engajamento Discente e Busca de Fomento”, e contou, na nova versão, com a participação de alunos e ex-alunos do IMS com qualquer tipo de vínculo e alunos cujo orientador tivesse vínculo com o IMS.

O objetivo do III Seminário foi aprimorar a comunicação e as trocas acadêmicas entre os pesquisadores das três áreas e discutir novas formas para a consolidação da produção científica e de suas aplicações na prática do SUS. Reforçou a interdisciplinaridade do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do IMS, apresentando trabalhos das três áreas de concentração – Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde. Ampliou as oportunidades de participação e integração, incluindo uma mesa de abertura (“Os 20 anos de implementação do SUS: um debate a partir da experiência de Nova Iguaçu”), uma sessão de pôsteres com coquetel, 11 mesas formadas por mestrandos, doutorandos, alunos de especialização e de iniciação científica, além da Roda-Viva (“O IMS e sua implicação com o SUS e a saúde coletiva”), que encerrou o evento. O término das atividades do primeiro dia contou com a participação do grupo Harmonia Enlouquece, formada por trabalhadores, usuários e militantes da saúde mental no saguão do teatro Noel Rosa no Centro de Artes da UERJ.

Mais do que um avanço, o evento foi uma grande conquista de alunos e alunas que tiveram interesse pessoal e compromisso ético com o desenvolvimento e divulgação do conhecimento, tornando públicas suas reflexões ou mesmo assistindo aos debates.

O apoio de professores, servidores, orientadores e mediadores das mesas foi primordial para o sucesso do seminário. Cada gesto, cada palavra de incentivo serviram de combustível para essa realização.

Como lição, ficou a necessidade fundamental de criar uma rede de comunicação entre os alunos, trocando as experiências de acertos e dificuldades encontradas na organização do evento, para que as futuras comissões possam dar, anualmente, continuidade ao seminário, despertando o interesse do corpo discente na ocupação dos espaços públicos do IMS, além da proposta de expansão para outras pós-graduações do Rio de Janeiro.

O planejamento antecipado, junto com a direção do Instituto e de seu corpo docente, foi essencial para que o evento tivesse datas previamente estabelecidas oficialmente no calendário do IMS. No entanto, garantir datas não significa tornar o evento obrigatório. A espontaneidade e interesse na organização do seminário devem ser respeitados, devendo partir dos alunos para que a quantidade de afazeres e as discordâncias encontradas no percurso possam ser vivenciadas com boa dose de prazer e abertura para o diálogo.

A troca de experiências entre as áreas de concentração foi muito rica e permitiu um grande debate acerca da produção acadêmica do instituto, além de suas possibilidades de integração com as práticas e políticas do SUS. Deu-nos o prazer do encontro, da “circulação de idéias” em reflexões críticas e construtivas e, sobretudo, a liberdade de exercer a fala num ambiente amigável entre nossos pares.

Agradecemos a todas as pessoas que participaram e nos ajudaram nessa empreitada. Reconhecemos também a disponibilidade e interesse da *Série Estudos em Saúde Coletiva* em publicar mais uma vez os resumos expandidos dos trabalhos apresentados no evento.

Alfredo Neto (mestrando em Política, Planejamento e Administração em Saúde) -
alfredo_oliveiraneto@hotmail.com

Ana Paula Pires (doutoranda em Epidemiologia) - ana.paulapires@uol.com.br

Andréa Sobral (doutoranda em Epidemiologia) - asasobral@gmail.com

Anna Sales (doutoranda em Epidemiologia) - anna@radnet.com.br

Bianca Alfano (mestranda em Ciências Humanas e Saúde) - alfanob@hotmail.com

Cristiane Marques (mestranda em Ciências Humanas e Saúde) - cristiane@levemente.com.br

Daniela Murta (doutoranda em Ciências Humanas e Saúde) - danielamurta@hotmail.com

Gustavo Saggese (mestrando em Ciências Humanas e Saúde) - gsrsggese@gmail.com

Felipe Cavalcanti (mestrando em Política, Planejamento e Administração em Saúde) -
felipeolcav@yahoo.com.br

Karine Boclin (doutoranda em Epidemiologia) - kboclin@hotmail.com

Mariana Autran (doutoranda em Epidemiologia) - m.autran@gmail.com

MESA DE ABERTURA

OS 20 ANOS DE IMPLEMENTAÇÃO DO SUS: UM DEBATE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE NOVA IGUAÇU

MEDIADOR

Felipe Cavalcanti

DEBATEDORES

Hésio Cordeiro – UNESA/CESGRANRIO

Lucia Souto – SES/RJ

Cledenir Formiga – IMS/UERJ

Ruben Mattos – IMS/UERJ

Como uma iniciativa inovadora, este ano um dos alunos da comissão do seminário mediou a mesa de abertura. O mediador deu início oficialmente ao III Seminário de Pesquisa do IMS e convidou o vice-diretor do instituto, Michael Reichenheim, a proferir palavras de boas-vindas ao evento. A mesa foi composta por Hésio Cordeiro, Lucia Souto, Ruben Mattos e Cledenir Formiga.

Todos os debatedores ressaltaram a importância da organização do seminário por estudantes, como uma “rebelião a tudo tem que ser assim mesmo”, e a necessidade de instituições como o IMS na retomada da reforma sanitária.

A fala de Lúcia Souto abrangeu a necessidade de reflexão sobre a história e também sobre as atitudes em relação ao SUS, a partir do trabalho em Nova Iguaçu. Este teve início na década de 70, com um grupo de estudantes (Lúcia Souto, Antônio Ivo, José Noronha e Ana Leonor), que procurou ajuda da igreja a fim de realizar um trabalho comunitário de saúde. A iniciativa se ampliou, do trabalho numa paróquia para toda a diocese. Acreditavam que o trabalho assistencial era limitado e criaram vários encontros de saúde para levantar as necessidades de saúde da população, em que eram citados problemas como a iluminação pública, que ilustram a determinação social da saúde.

Na década de 80, o grupo fechou a Dutra, maior rodovia do país, para chamar a atenção ao gravíssimo problema sanitário desconhecido pelas autoridades na época – a primeira epidemia de dengue. Respaldados por pessoas-chave em posição de destaque (como Hésio Cordeiro, presidente do Inamps e Sergio Arouca, presidente da Fiocruz), foi possível estabelecer um convênio do Inamps com a Cáritas, que trabalhava com conceitos de território e vínculo.

Lúcia colocou como desafios para os dias de hoje: atualizar a questão do desenvolvimento territorial; a questão metropolitana do Rio de Janeiro; a necessidade de fortalecimento da arquitetura institucional; o desenvolvimento de redes regionais de atenção à saúde na região metropolitana do Rio, que concentra 80% da população e poderia, por sua gravidade, resolver todo o restante; a criação de um território integrado de pactuação da saúde; a necessidade de ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Família; a criação de uma agenda mínima, superando a “burocracia tecnocrática” para fazer política com *p* maiúsculo.

Ruben contou sua experiência como médico formado na década de 80, que, como os demais, sonhava em trabalhar no setor público. Ao passar no concurso e escolher o Hospital da Posse, em Nova Iguaçu, que tinha boas condições de trabalho, percebeu que os pacientes ficavam espantados por serem convidados a sentar durante suas consultas, como se nunca tivessem passado pelo

“longuíssimo” tempo de consulta de 15 minutos. Pacientes “vomitavam” suas queixas e aguardavam a receita. Infelizmente, até desistir do exercício da medicina assistencial em 1993, quando passou a ser o único médico de plantão no sábado, verificou-se um desmonte da instituição pública. A partir de sua experiência concreta, apontou a necessidade de resgatar as perspectivas do SUS: um SUS onde as pessoas são tratadas com dignidade, são ouvidas, têm suas necessidades compreendidas e que produz um sucesso prático para a vida das pessoas e a capacidade em lidar com governos que não se plantam pelos mesmos princípios do SUS e do movimento sanitário, ou seja, um “jogo de cintura” que permite produzir em lugares hostis, sem abandonar nossos valores.

Hésio Cordeiro descreveu o contexto de formação do IMS e sua importância política na época de criação do SUS, citando o documento elaborado por José Luis Fiori, Reinaldo Guimarães e por ele próprio, intitulado “A questão democrática em saúde”, que foi um esboço da proposta inicial do SUS. Narrou a implantação do princípio da universalização a partir da extinção da necessidade da carteirinha para acesso aos hospitais conveniados, especialmente os universitários, e sua posterior expansão, com a equiparação urbano-rural. Resgatou ainda a experiência de fechamento da Dutra pelos profissionais de Nova Iguaçu, já citada por Lúcia, como um dos movimentos precursores do SUS. Destacou como desafios atuais: a qualidade em saúde, a gestão dos serviços de saúde e a criação das fundações de direito público, que daria maior agilidade, flexibilidade e autonomia gerencial (com suas vantagens e desvantagens).

O vídeo apresentado por Cledenir Formiga sintetizou a experiência de Nova Iguaçu, articulando os princípios do SUS aos fatos históricos. A exibição do vídeo foi seguida por um rico debate – que envolveu alunos, professores e profissionais da ponta, girando em torno da discrepância entre academia e o SUS no Rio de Janeiro. Se por um lado, o estado é provido de instituições de ensino e pesquisa (IEP) de excelência na área de saúde pública, como a Fiocruz e o IMS, tem em sua assistência à saúde um completo caos. Apontou-se a necessidade de pensar as barreiras que separam IEP e assistência. Para isso, apresentou-se um cenário de experiências bem-sucedidas de movimentos que integraram o IMS e serviços, como é o caso de Austin, Niterói, Bicuiba, entre outros. Como possíveis problemas, foram citados o olhar para o problema nacional e não para especificidades da experiência local e um “produtivismo desvairado”, que enfatiza experiências internacionais e acaba negligenciando a produção voltada a problemas postos pelos serviços, que deveria ocupar espaço significativo. Já como possíveis direcionamentos, referiu-se à reorientação do modelo de assistência à saúde, a formação de profissionais qualificados e integrados aos princípios do SUS, bem como sua educação continuada, o trabalho em equipes, a garantia do direito universal ao acesso à saúde, o posicionamento central das necessidades de saúde da população e a criação das fundações estatais, embora esta última tenha gerado divergência de opiniões. Concordou-se com a necessidade de aumentar a capacidade de gestão. No entanto, apresentou-se o receio de garantir que as fundações não fossem capturadas por corporações de especialistas que não se norteiem pelos princípios do SUS.

MESA 1 - ALIMENTAÇÃO E OBESIDADE: QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS

MEDIADORA: INÊS RUGANI (NUPENS/UERJ/IAD)

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E DA QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO COMO PREDITORES DE EXCESSO DE PESO E NÍVEIS ELEVADOS DE COLESTEROL SANGUÍNEO

AUTORA: Rita Adriana Gomes de Souza*

COAUTORES: Mauro Felipe Felix Mediano, Amanda de Moura Souza, Gabriela Queiroz Costa

ORIENTADORA: Rosely Sichieri

FOMENTO: CNPq

Introdução

Para atingir mudanças comportamentais, é importante compreender a lógica atrás da conduta e os fatores socioculturais que a influenciam. Conhecer esta informação permite que programas educacionais reforcem a motivação dos participantes em, por exemplo, seguir um estilo de vida saudável (Serra-Majem et al., 2007). Portanto, é oportuno proceder a estudos que avaliem conhecimentos, opiniões e atitudes da população-alvo com o objetivo de conceber programas educativos mais adaptados às necessidades dos participantes. O objetivo do trabalho foi avaliar a associação entre autopercepção de saúde e da qualidade da alimentação com excesso de peso e níveis elevados de colesterol sanguíneo em merendeiras.

Material e métodos

Foram avaliados os dados da linha de base de uma pesquisa de intervenção para redução do consumo de açúcar em merendeiras, conduzido em 2007 em 20 escolas públicas na cidade de Niterói (RJ). As questões para avaliação das características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas e de saúde foram obtidas por entrevista face-a-face através de questionário pré-estruturado. A avaliação da alimentação saudável (Sim ou Não) e do estado de saúde (Muito bom, Bom, Regular ou Ruim) também foi obtida por entrevista a partir de questões únicas. Peso e altura foram aferidos por profissional treinado, segundo técnicas padronizadas, para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Sobrepeso ($25,0 < \text{IMC} < 29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) foram classificados de acordo com a Organização Mundial de Saúde. A coleta de sangue foi realizada em 80 mulheres, por profissional treinado, após 12 horas de jejum e avaliado pelo método colorimétrico enzimático. Os pontos de corte para níveis elevados de colesterol sanguíneo são os do *National Cholesterol Education Program*. Para análise estatística, por meio da comparação de proporções, usou-se o teste do qui-quadrado. As análises estatísticas foram realizadas com o *software Statistical Analyses System 9.1*.

Resultados / Discussão

Foram avaliadas 95 merendeiras (de 25 a 68 anos de idade), sendo que 55,8% eram de cor branca, 63,2% viviam em união estável, 57,9% possuíam dois filhos ou mais, 67,4% possuíam ensino médio, 75,0% possuíam renda *per capita* familiar de até 2 salários-mínimos e 84,2% não

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (ritadriana@ims.uerj.br).

fumava. A prevalência de sobrepeso foi de 39,0% e a de obesidade de 26,3%. Cerca de 50% das mulheres avaliadas apresentavam níveis elevados de colesterol total sanguíneo. A maioria respondeu que apresentava alimentação saudável (67,4%) e boa percepção de saúde (72,6%). Dentre as mulheres que responderam que tinham alimentação saudável, 60,9% apresentavam excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) e 40% apresentavam níveis elevados de colesterol sanguíneo (colesterol total $\geq 200 \text{ mg/dl}$) vs. 74,2% ($p=0,20$) e 68,0% ($p=0,02$) dentre aquelas que se identificaram como não tendo alimentação saudável, respectivamente. Dentre as mulheres que responderam que tinham boa autopercepção de saúde, 59,4% apresentavam excesso de peso e 40,7% apresentava níveis elevados de colesterol sanguíneo vs. 80,8% ($p=0,05$) e 71,4% ($p=0,01$) dentre aquelas que se identificaram como não tendo alimentação saudável, respectivamente.

Conclusão

A percepção de alimentação dessas mulheres não engloba o excesso de peso e ambas percepções associaram-se a níveis elevados de colesterol total sanguíneo, indicando que a qualidade da dieta percebida engloba a questão das gorduras mas não do excesso do consumo de calorias.

PALAVRAS-CHAVE: autopercepção de saúde; autopercepção da qualidade da alimentação; excesso de peso; colesterol sanguíneo.

REFERÊNCIA

SERRA-MAJEM, L. et al. Knowledge, opinions and behaviours related to food and nutrition in Catalonia, Spain (1992–2003). *Public Health Nutrition*, v. 10, n. 11A, p. 1396-405, 2007.

DO CANSAÇO DE SER À EXIGÊNCIA DE EMAGRECER: SOBRE O SOFRIMENTO CONTEMPORÂNEO E A OBESIDADE

AUTORA: Cristiane Marques*

ORIENTADOR: Joel Birman

Este trabalho tem por objetivo situar o contexto social e normativo em que a obesidade se inscreve como relevante problema de saúde, a partir de um paralelo com as reflexões tecidas por Alain Ehrenberg (1998) a respeito da depressão. Assim como a depressão, a obesidade se apresenta na encruzilhada de uma série de fatores determinantes, explicitando a imprecisão das fronteiras entre o normal e o patológico. O paralelo entre obesidade e depressão suscita, ainda, precisar de que maneira esse contexto normativo que impele o sujeito a uma busca permanente de bem-estar se tornou campo fértil para o desenvolvimento de diversas formas de compulsão, dentre as quais podemos situar a compulsão por comer.

Para elucidar o contexto no qual a depressão se apresenta como uma das principais facetas da infelicidade do homem contemporâneo, Ehrenberg (1998) analisa como, historicamente, a depressão foi alçada do papel secundário que desempenhava na década de 1940 e passou a caracterizar uma síndrome a ser descrita nos manuais diagnósticos, impondo importantes debates nosográficos. O ponto colocado em destaque por Ehrenberg (1998) indica que o crescimento da depressão está diretamente relacionado a uma mudança no contexto normativo e, portanto, às

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (cristiane@levemente.com.br).

mudanças na própria individualidade ao final do século XX, bem como a uma crescente medicalização da vida.

O sujeito do final do século XIX era marcado por uma dupla regulação: de um lado a interdição, ao mesmo tempo anterior e exterior a ele, e do outro, a disciplina dos corpos, que regula sua conduta de fora. Para o autor, a depressão desponta frente a um arrefecimento do sistema disciplinar de gestão de condutas, em que as regras de autoridade e de conformidade aos interditos forneciam às classes sociais um destino e uma identidade. Se na sociedade disciplinar o indivíduo encontrava no outro soberano o estabelecimento das referências para sua conduta, ao final do século XX observamos um importante declínio dessas referências e, conseqüentemente, um esvaziamento do conflito gerado pela imposição de regras externas. O declínio do modelo disciplinar promoveu a constituição de uma nova normatividade fundada na responsabilidade e na iniciativa em detrimento da culpa e da disciplina, incitando cada indivíduo a tornar-se si-mesmo.

Outros campos acompanharam esse deslocamento: no campo das psicoterapias, podemos identificar as “terapias da libertação” e, no campo da espiritualidade, a renovação religiosa na França dos anos 70, ambas apoiadas no princípio de multiplicação da capacidade de bem-estar, formando, assim, a logística do indivíduo emancipado que emerge ao final dessa década.

Nesse novo contexto normativo impera, segundo Ehrenberg (1998), a soberania individual, cabendo ao indivíduo a elaboração de suas próprias regras, valendo-se tão somente de suas capacidades e aptidões para individualizar-se. Se no contexto disciplinar o sofrimento psíquico era engendrado pelo conflito em relação aos interditos impostos de fora, nessa nova normatividade o déficit frente à exigência de criar suas próprias regras e alcançar o de bem-estar mostra-se como um ponto nodal. A imposição da individualização tornou-se a regra comum e o “pessoal” não é mais do que um artifício normativo, demonstrando o caráter também impessoal dessa nova norma.

Para o autor, a depressão seria, assim, o inverso dessa nova normatividade, ou seja, uma doença da responsabilidade na qual domina o sentimento de insuficiência. Esse sentimento de insuficiência derivado de uma normatividade em que se pode ser cada vez melhor e que, no limite, tudo pode ser alcançado, é decisivo para pensar as novas formas de subjetivação do sofrimento. É nesse mesmo panorama social e individual que assistimos ao crescimento do número de casos de obesidade, denunciando que essa mudança normativa se faz ouvir também no domínio do corpo e da alimentação.

Os corpos que circulam nos editoriais de moda e nas academias figuram como a ostentação de um déficit corporal – está-se sempre aquém do esperado. Emagrecer tornou-se uma missão e uma obrigação. Num contexto normativo em que a referência não é mais uma regra fixa e o sujeito deve apoiar-se em seus próprios recursos para alcançar a plenitude, é dele, também, a responsabilidade de manter o corpo magro e saudável. No que diz respeito ao emagrecimento, tratar-se-ia de ter a tão sonhada “força de vontade” que ainda hoje domina o imaginário médico e social. Como a depressão e as adições, a obesidade cresce proporcionalmente ao declínio da capacidade de representar os conflitos, subjetivando-os. Ehrenberg (1998) aponta que enquanto o deprimido não suporta a frustração, a tentativa de preenchimento nas adições seria uma forma de automedicação da depressão, ou seja, a outra face do vazio depressivo. Da mesma maneira, na obesidade a clínica nos mostra que é em relação à impossibilidade de suportar a frustração ou mesmo de adiar a satisfação que reside grande parte da dificuldade de emagrecer.

A partir da introdução da noção de dependência psicológica na compreensão das dependências químicas, podemos observar um reagrupamento dos comportamentos desregrados em torno da compulsão, ou seja, a perda do autocontrole pode se dar em relação às drogas, ao cigarro e mesmo ao alimento. As adições se constituem, assim, como um conceito amplo, abrangendo uma série de comportamentos. Para Ehrenberg (1998), o apelo permanente por objetos do mundo externo seria um meio de preencher a interioridade vazia do deprimido, colocando o sujeito a se tranquilizar na constante troca de objetos.

O vazio-impotência e o vazio-compulsão são as duas faces desse “Janus”. No caso da depressão não é a tristeza que domina, mas a impotência (a dificuldade de agir) e a incapacidade de suportar as frustrações. Elas conduzem a essa nova face da depressão que é a dependência – a ação desregrada produzida pela ausência de controle de si. (Ehrenberg, 1998, p. 172).

Como as toxicomanias, a obesidade é evidentemente marcada pela insistente evitação do mal-estar, que nesse caso se apresenta como sensação de fome ou mesmo de vazio no estômago. Nos casos mais graves, a presença da compulsão alimentar faz com que essa sensação seja abolida rapidamente sem que haja por parte do compulsivo qualquer preocupação com o gosto do alimento ou mesmo com o prazer obtido através da alimentação. Mesmo nos casos em que não há ataques de comer compulsivamente, podemos atestar a evitação do mal-estar pela ingestão contínua de comida, fazendo intervalos muito curtos entre as refeições. O que importa é sentir-se cheio, pleno. A comida seria repetidamente utilizada como um recurso de contenção do sofrimento, sendo revestida imaginariamente como o objeto capaz de aplacar o sofrimento suscitado pelo vazio corporificado. O consumo alimentar excessivo se coloca como uma estratégia frente à frustração intolerável, uma vez que o sujeito carece de recursos simbólicos para lidar com o conjunto de exigências sociais que se traduzem para o obeso em saúde e magreza.

A mudança normativa apontada por Ehrenberg (1998) a respeito da depressão se apresenta aqui no pólo oposto: se na depressão a inibição e a desaceleração motoras se tornaram signos privilegiados da insuficiência frente à exigência permanente de ação, na obesidade é justamente a compulsão e a impulsão que ganham força frente à permanente exigência de emagrecimento, de beleza e saúde. O corpo obeso se evidencia como sintoma dessa nova normatividade, demonstrando que o corpo não é plenamente controlável e que emagrecer não está na dependência da iniciativa ou mesmo da responsabilidade. É a ação comparecendo no lugar da simbolização.

PALAVRAS-CHAVE: obesidade; Ehrenberg; depressão; normatividade; vazio.

REFERÊNCIA

EHRENBERG, A. *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 1998.

CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO FORA DO DOMICÍLIO NO BRASIL: PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR 2002-2003

AUTORA: Ilana Nogueira Bezerra *

ORIENTADORA: Rosely Sichieri

FOMENTO: FAPERJ

Introdução

Os alimentos consumidos fora de casa são frequentemente ricos em calorias, gordura total, gordura saturada, sódio e açúcar e pobres em fibras, cálcio, ferro e vitaminas (Kearney et al., 2001; Guthrie et al., 2002; Kant & Graubard, 2004; Jeffery et al., 2006). O consumo de alimentos fora do domicílio é um importante marcador de risco para o ganho excessivo de peso na população (Guthrie et al., 2002).

* Mestranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (ilana.bezerra@yahoo.com.br).

No Brasil, segundo os dados agregados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF 2002-2003), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as despesas com alimentação fora do domicílio representam 24% da despesa total com alimentação (IBGE, 2004).

Apesar de o hábito de comer fora de casa ter-se mostrado crescente, os estudos sobre esse consumo ainda são raros no Brasil. A análise das características desse consumo podem fornecer subsídios para o planejamento e a avaliação de estratégias e ações voltadas para a educação nutricional na população brasileira.

Objetivo

Descrever as características dos indivíduos que consomem alimentos fora do domicílio e avaliar os alimentos mais consumidos fora de casa na população brasileira.

Metodologia

Os dados foram obtidos na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) realizada pelo IBGE entre julho de 2002 e junho de 2003. Foram visitados 48.470 domicílios e os dados foram registrados individualmente por todos os indivíduos acima de 10 anos (N=146525). Os domicílios foram amostrados por conglomerado em dois estágios. No primeiro estágio, as unidades amostradas corresponderam aos setores da base geográfica do Censo Demográfico 2000, selecionados por amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao número de domicílios por setor. No segundo estágio, as unidades amostradas foram os domicílios, selecionados por amostragem aleatória simples sem reposição dentro dos setores censitários sorteados.

As informações relacionadas à alimentação fora de casa foram obtidas através de um questionário de despesa individual por meio do registro da descrição de cada produto adquirido, do valor pago e do local de compra, durante sete dias consecutivos. Definiu-se alimentação fora do domicílio a aquisição e consumo de pelo menos um alimento fora do domicílio durante sete dias consecutivos. As estimativas das frequências do consumo de alimentos foram fornecidas segundo idade, sexo, nível de escolaridade, renda mensal familiar *per capita* e localização urbano/rural do domicílio, considerando o desenho complexo da pesquisa e as ponderações para a população brasileira. Todas as análises estatísticas foram realizadas usando o *software SAS versão 9.1 (Statistical Analysis System)*.

Resultados / Discussão

A prevalência de consumo fora do domicílio foi de 35,1%. A Região Sudeste, seguida da Sul e da Nordeste, apresentou maior frequência de consumo fora do domicílio (38,8%; 34,8% e 32,4%, respectivamente); as regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram as menores frequências (30,9% e 28,2%, respectivamente). O estado com maior frequência foi Rio de Janeiro (46,7%), seguido do Distrito Federal (45,1%) e os estados com menores frequências foram Mato Grosso (20,9%) e Rio Grande do Norte (19,3%).

Os homens apresentaram maior frequência de consumo fora de casa do que as mulheres (39,1 vs. 31,4%) (p-valor <0,01). A faixa etária com maior consumo foi de 20 a 50 anos, com frequências próximas a 40%. A frequência de consumo cresceu de maneira linear com o aumento do nível de escolaridade e com o aumento da renda mensal familiar *per capita* (p-valor <0,01). Os indivíduos que residem em domicílios situados na área urbana também apresentaram maior consumo de alimentos fora de casa, se comparados aos situados na área rural (36,5 vs. 28,4%).

O grupo de alimentos que apresentou maior frequência de consumo fora do domicílio no Brasil foi o dos refrigerantes, com variação de 9% no Nordeste a 14% no Sudeste. As refeições

apresentaram a maior frequência de consumo fora do domicílio na Região Sul e os doces, no Nordeste. Já o grupo com menor frequência de consumo em todas as regiões foi o das frutas.

A pesquisa fornece informação sobre a disponibilidade dos alimentos, considerando os gastos com a aquisição de alimentos fora de casa de forma agregada. A quantidade e o tipo de alimento consumido não foram registrados com detalhes. Apesar dessas limitações, o presente estudo possibilitou avaliar alguns marcadores associados ao consumo de alimentos fora de casa no Brasil. Esse consumo foi maior entre os mais jovens, do sexo masculino, com maior renda mensal familiar *per capita*, maior escolaridade e que residem em áreas urbanas, sendo os refrigerantes o item mais consumido.

Com isso, destaca-se a importância da alimentação fora de casa como uma área que merece atenção dos gestores de saúde, dos pesquisadores, dos profissionais envolvidos com saúde e nutrição e do setor privado, no sentido de orientar os consumidores na escolha de alimentos saudáveis consumidos fora de casa.

PALAVRAS-CHAVE: alimentação fora de casa; pesquisa de orçamento familiar; obesidade.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Aquisição domiciliar per capita, Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro; 2004.

GUTHRIE, J. F.; LIN, B. H.; FRAZAO, E. Role of food prepared away from home in the American diet, 1977-78 versus 1994-96: changes and consequences. *Journal of nutrition education and behavior*, v. 34, n. 3, p. 140-50, 2002.

JEFFERY, R.W.; BAXTER, J.; MCGUIRE, M.; LINDE, J. Are fast food restaurants an environmental risk factor for obesity? *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, v. 3:2, 2006.

KANT, A.K.; GRAUBARD, B.I. Eating out in America, 1987-2000: trends and nutritional correlates. *Preventive medicine*, v. 38, n. 2, p. 243-9, 2004.

KEARNEY, J.M.; HULSHOF, K.F.; GIBNEY, M.J. Eating patterns--temporal distribution, converging and diverging foods, meals eaten inside and outside of the home--implications for developing FBDG. *Public Health Nutrition*, v. 4, n. 2B, p. 693-8, 2001.

MESA 2 - A PRODUÇÃO DA MEDICALIZAÇÃO E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Mediador: **KENNETH R. DE CAMARGO JR** (IMS/UERJ)

O CONCEITO DE TECNOCIÊNCIA NA CRÍTICA DE DONNA HARAWAY À CIÊNCIA CONTEMPORÂNEA

AUTORA: **Marília Rodrigues da Silva***

ORIENTADORA: **Fabíola Rohden**

FOMENTO: **CAPES**

Esta comunicação tem por objetivo apresentar alguns aspectos da crítica feita pela historiadora da ciência norte-americana Donna Haraway, em *Modest_Witness@The_Second_Millennium: FemaleMan_meets_Oncomouse*, à ciência ocidental moderna no fim do século XX e início do século XXI, identificando questões abordadas por ela por meio do uso do termo *tecnociência*.

Desde o título do livro, que utiliza a sintaxe de endereços eletrônicos (*e-mail*), Haraway dialoga com e por meio de linguagens que explicitam o alcance das tecnologias e dos parâmetros científicos na vida no interior do capitalismo contemporâneo. Tanto as linguagens digitais de codificação como os símbolos comerciais são utilizadas por ela como exemplos de aparatos material-discursivos na produção da cultura tecnocientífica dominante que explicitam as redes de poder que envolvem estes conhecimentos.

A palavra *tecnociência*, para Haraway, é interessante pelo que ela chama de energia não-hifenizada: é um condensado significante que mimetiza a implosão da ciência e da tecnologia uma na outra nos últimos 200 anos em todo o mundo (Haraway, 1999, p. 4). Segundo a autora, tecnociência excede extravagantemente a distinção entre ciência e tecnologia, bem como aquelas entre natureza e sociedade, sujeito e objeto, e o natural e o artificial que estrutura o tempo imaginário chamado modernidade (Haraway, 1999, p. 3).

I want to use technoscience to designate dense nodes of human and nonhuman actors that are brought into alliance by the material, social, and semiotic technologies through which what count as nature and as matters of fact get constituted for – and by – many millions of people. (...) [T]echnoscience should not be narrated or engaged only from the point of view of those called scientists and engineers. Technoscience is heterogeneous cultural practice that enlists its members in all of the ordinary and astonishing ways that anthropologists are now accustomed to describing in other domains of collective life. (Haraway, 1999, p. 50).

A crítica sobre o modo de pensar a ciência como um domínio independente da sociedade é o ponto em que o trabalho de Haraway se identifica com o de Bruno Latour, segundo ela o responsável pelo uso comum do termo *tecnociência* no campo chamado *Science Studies* (Haraway, 1999, p. 279). No livro *Ciência em ação*, Latour explicita a necessidade que a produção científica tem de uma série de relações que extrapolam o que geralmente se considera como fazer ciência, como por exemplo as relações que viabilizam recursos para pesquisas (Latour, 2000, p. 286).

Para além de denunciar a ciência como uma construção social e sua inserção na estrutura produtiva capitalista, Haraway se esforça por construir um pensamento sobre esta tradição que rompa com outras dicotomias da ciência ocidental. Exemplo disso é a busca por outros modos de

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (marilia.r@gmail.com).

pensar a agência na produção de saber, num rompimento com as noções tradicionais de sujeito e objeto. Para ela, a tecnociência, como conformada no fim do século XX e no início do século XXI, é um modo de vida produzido social e cientificamente por atores humanos e não-humanos.

Com esta afirmação, Haraway busca ampliar o que conta como ação social para além do que conta como ação humana e ainda introduz a visão da tecnociência como modo de vida e não como apenas domínio de saber sobre a vida. Haraway relaciona a tecnociência, conforme seu uso, ao que Althusser chama de ideologia, sendo mais, menos e outro e relação a ela; tecnociência seria uma forma de vida, uma prática, uma cultura, uma matriz generativa.

Em *Modest_Witness*, Haraway avança nas conexões já trabalhadas em outros textos entre a produção do campo das ciências naturais e ciências da vida e o campo das ciências da informação na estruturação das redes de poder sobre a vida no mundo contemporâneo. Na chamada modernidade, diz ela, a acelerada produção de conhecimento natural estrutura universalmente o comércio, a indústria, a cura, a comunidade, a guerra, o sexo, o letramento, o entretenimento e o culto. No interior do que ela chama de regime do tecnobiopoder, letramento tem a ver com o jogo da informática, biologia e economia – com o parentesco entre o chip, o gene, a semente, a bomba, a linhagem, o ecossistema e a base de dados.

The world-building alliances of humans and nonhumans in technoscience shape subjects and objects, subjectivity and objectivity, action and passion, inside and outside in ways that enfeeble other modes of speaking about science and technology. In short, technoscience is about wordly, materialized, signifying and significant power (Haraway, 1999, p. 51).

A ciência, em sua forma de retórica “artefactual-social” produz mundos através da fabricação de objetos efetivos novos, como micróbios, bits e bites, quarks e genes, que se tornam entidades científicas. Para Haraway, elas são traços momentâneos focalizados por campos de força (Haraway, 1995, p. 11). Enquanto objetos produzidos cientificamente, essas entidades “atuam” e “falam” a respeito da natureza humana, assim como macacos e outros primatas foram e são feitos falar desde o início do século XX, mas o que “eles dizem” só tem *status* de verdade se estabilizado no interior da ciência (Haraway, 1995, p. 11).

O direito autoral (*copyright*), a patente e a marca registrada, representados pelos símbolos acoplados às palavras no título de *Modest_Witness*, são processos específicos e assimétricos – que devem ser constantemente revivificados nas leis e no comércio, assim como na ciência – que dão a algumas agências e atores *status* na produção sociotécnica não dados a outras. Por produção sociotécnica, Haraway entende os processos de saber-poder que inscrevem e materializam o mundo de algumas formas e não de outras. Somente alguns dos “escritores” necessários têm *status* semiótico de “autores” para qualquer “texto”. (Haraway, 1999, p. 7).

A produção de objetos científicos é, pois, uma forma tecnocientífica de estabilização de noções normatizadoras sobre o humano, que servem legitimar algumas e deslegitimar outras formas de vida, ou seja, para a estabilização de hierarquias sociais.

No discurso biotecnológico do Projeto Genoma Humano, o humano é produzido em uma forma história específica, que habilita e reprime certas formas de vida e outras não. Os produtos tecnológicos de vários projetos genoma são atores culturais no sentido amplo do termo. O trabalho da tecnociência é produção cultural. (Haraway, 1999, p.154).

PALAVRAS-CHAVE: Haraway; tecnociência; cultura científica; poder.

REFERÊNCIAS

HARAWAY, D. Syntactics: The Grammar of Feminism and Technoscience. In: _____. *Modest_Witness@Second_Millennium.Femaleman_Meets_Oncomouse: Feminism and Technoscience*. Routledge: New York. 1999. p. 1-20.

_____. FemaleMan_Meets_OncoMouse. Mice into Wormholes: A technoscience Fugue in Two. In: _____. *Modest_Witness@Second_Millennium.Femaleman_Meets_Oncomouse: Feminism and Technoscience Parts*. Routledge: New York. 1999. p. 49-118.

_____. Gene: Maps and Portraits of Life Itself. In: _____. *Modest_Witness@Second_Millennium.Femaleman_Meets_Oncomouse: Feminism and Technoscience*

_____. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, v.5. Campinas: Ed. Unicamp, 1995. p. 7-41.

LATOUR, B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000. 439p.

PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE COMO PRODUTO DE CONSUMO

AUTORA: **Elaine Rabello***

COAUTORA: **Karen Matsumoto**

ORIENTADOR: **Kenneth Rochel de Camargo Jr**

Introdução

A sociedade contemporânea vive, atualmente, um intenso processo de medicalização, que assume grande relevância à medida que permeia a formação profissional e cria demandas sociais. É neste contexto que a saúde vem sendo historicamente expropriada de sua condição de "premissa existencial", para ser apenas recuperada, e recuperável, em um mercado de bens de consumo.

Para Rosemberg (1992), a saúde tem se transformado em algo a ser adquirido pelo consumo de substâncias e ações "saudáveis", deixando de ser uma característica e um direito, para tornar-se "objeto de consumo". É neste quadro que o medicamento se apresenta como uma das materializações ou símbolos da saúde "biologizada" a ser consumida.

Neste sentido, este estudo teve como *objetivo* refletir sobre a apropriação da noção do medicamento pela cultura de consumo, no sentido de deixarem de ser instrumentos curativos para se tornarem mercadorias promotoras do bem-estar individual. Para isso, tomamos como *objeto* de análise o estímulo, através da propaganda, ao uso intenso do medicamento sem necessariamente haver indicação de um profissional de saúde através do uso de conteúdos e ideais de valor da sociedade de consumo nas propagandas de medicamentos.

Partimos do pressuposto de que a mídia se torna importante veículo a serviço do processo de medicalização. Entre seus aspectos característicos, a sociedade de consumo conta com a comunicação de massa e a publicidade como forma de acesso de informações e troca experiências. Pelo marketing, cuja função é agregar valor simbólico e superestimar o valor de troca dos produtos, quanto mais a mídia amplia o valor simbólico do produto, maior será seu valor de troca (Thompson, 1998; Rocha 1995).

* Mestranda em Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo IMS/UERJ (e.rabello@ims.uerj.br).

Os espectadores devem querer comprar não apenas o produto, mas também as histórias, os cenários, as mensagens, tudo que é projetado na mídia como comunidade ideal e que pode ser acessado simbolicamente por um produto. Neste contexto, analisar o que é projetado no marketing se apresenta como via profícua de informações sobre o que a sociedade considera ideal de valor, como por exemplo, a noção de saúde, e como se dá o processo de atribuir sua acessibilidade através de um produto, como o medicamento.

Há uma variedade de produtos que podem ser vendidos como símbolos de saúde: cirurgias, cosméticos, alimentos, tratamentos, comportamentos, etc. Lefèvre (1987) ressalta que, em todos estes produtos, há a idéia da possibilidade de “saúde imediata”, inclusive e principalmente no medicamento. Se sente alguma dor ou desconforto, oferece-se ao sujeito, através do medicamento, a fantasia do bem-estar imediato, acessível, fácil e concreto.

Assim, interessa à indústria farmacêutica dar um nome e um substrato ao desejo de pleno bem-estar e desempenho através do processo de reificação, atribuindo materialidade a uma marca ou produto que, se engolido, pode entrar neste corpo – palco de vivências de bem-estar e produtividade – e “produzir” a desejada “saúde”, graças à ciência, à tecnologia e a quem, claro, disponibiliza tudo isto na forma de um produto (Lefèvre, 1997).

Procedimento metodológico

Revisitamos conceitos e definições de medicalização, valor simbólico do medicamento como mercadoria, sociedade de consumo e marketing. E selecionamos seis propagandas televisivas de medicamentos e um vídeo de marketing de uma indústria farmacêutica, procurando entrever indicativos da relação entre os interesses comerciais das indústrias farmacêuticas e o processo de medicalização, através da análise de conteúdo de mensagens que estimulem no consumidor a idéia de saúde como mercadoria, oferecida pela biomedicina, cujo valor simbólico é comum à sociedade de consumo.

Resultados

As propagandas consideradas expressaram em geral imagens de situações que remetem ao bem-estar, sucesso e reconhecimento na vida social como se estivessem atrelados ao uso do medicamento. Foi possível também identificar frases, situações ou insinuações de que o saber biomédico seria essencial no sucesso, na felicidade e na realização pessoal e social, viabilizados através do medicamento.

De acordo com os conteúdos apresentados nas propagandas, possíveis mensagens a serem apreendidas pelo espectador seriam as de que “*o medicamento, feito graças à ciência e à tecnologia, viabilizam o bem-estar e a felicidade*”; “*o bem-estar e a felicidade exibidos nas propagandas e prometidas pelo medicamento são os saudáveis*”; “*o que a propaganda exhibe são estilos de vida e situações que podemos desejar e adquirir (comprar).*”

Para isso, são utilizadas estratégias publicitárias que possibilitam envolver o consumidor na idéia de que é possível consumir saúde imediata através do medicamento, de que junto ao medicamento será consumido o estilo de vida e os valores apresentados na propaganda. Ainda transmite a idéia de que: se a ciência diz haver uma doença e possibilita uma forma de cura, então, por que não consumi-la?

Considerações finais

É possível identificar, neste processo, nuances da medicalização na contemporaneidade, em especial, no seu atrelamento do ideal sociopolítico da cultura de consumo fazendo do medicamento,

ao invés de instrumento, mercadoria. Além disto, consideramos importante atentar às possíveis compreensões, por parte do espectador, sobre o papel de um medicamento e sobre a noção de saúde.

No processo de agregar valor simbólico ao produto nas estratégias publicitárias, a indústria farmacêutica se utiliza da realidade do consumidor e do médico, colaborando com a medicalização como o processo descrito por Conrad (2007), que extrapola o imperialismo médico e retrata a sociedade e as relações humanas características da contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE: medicamentos; consumo; propaganda; valor simbólico.

REFERÊNCIAS

LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, n° 21, p. 64-7, 1987.

LEFÈVRE, F. Saúde, este obscuro objeto de desejo. *Saúde e Sociedade*, v.6, n. 1, p. 3-9, 1997.

ROCHA, E. P. G. *A sociedade do sonho: comunicação, cultura e consumo*. Rio de Janeiro: Mauad, 1995.

THOMPSON, J. B. *A mídia e a modernidade: uma teoria social da mídia*. Petrópolis: Vozes, 1999.

ROSEMBERG, B. O medicamento como mercadoria simbólica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 1992.

A INDÚSTRIA DO CONHECIMENTO, O MÉDICO E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: UMA COPRODUÇÃO DE TÉCNICOS E TÉCNICAS DE PODER

AUTORA: Vera Regina da Silva Miguelote*

ORIENTADOR: Kenneth Rochel Camargo Jr

Introdução

Este trabalho é resultado de uma investigação, realizada em um hospital universitário público, sobre a articulação da indústria farmacêutica à indústria do conhecimento. Teve como objeto de estudo a interação da indústria farmacêutica (financiadora de ensaios clínicos) com médicos coparticipantes dos processos de construção de conhecimento médico. A argumentação teórica, abordada no primeiro tópico “A Indústria do Conhecimento: uma poderosa engrenagem”, baseou-se no estudo do conjunto de técnicas estratégicas, através das quais a indústria farmacêutica se apropriou do direito de direcionar interesses na área biomédica. No segundo tópico, tendo como fundamento a concepção de poder de Foucault, buscou compreender, na configuração contemporânea de poder, a estratégica articulação saber/poder desenvolvida pela indústria farmacêutica.

Material e método

Para avaliação e análise foram selecionados três temas: a forma de inserção do médico nas pesquisas, o processo de construção das evidências clínicas e a compreensão dos médicos sobre a construção contemporânea do saber. A discussão baseou-se no modo como a indústria farmacêutica

* Mestranda em Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo IMS /UERJ (veramiguelote@terra.com.br).

coordena e direciona suas pesquisas e na forma como se dá a coparticipação dos médicos nos processos de produção de conhecimento médico.

Resultados / Discussão

Forma de inserção do médico nas pesquisas: a colaboração buscada pela indústria exclui o médico da elaboração dos protocolos; restringe-os ao papel de recrutador de paciente.

Sou uma pessoa contratada para o recrutamento de pacientes. (Sérgio).

(...) a gente participa de uma discussão de um protocolo que já foi discutido e aprovado. (José).

O protocolo é todo deles (...). Os exames, a gente tem que mandar para eles. Os laboratórios são designados por eles. (Mauro).

Construção da evidência clínica: os médicos não têm acesso aos resultados dos exames laboratoriais. Ficam sem saber se estão administrando placebo ou substância ativa aos pacientes sob seus cuidados. O acesso integral aos dados coletados é de exclusividade dos coordenadores centrais da pesquisa. Os resultados são analisados pelo patrocinador.

A base de dados desses trabalhos não é pública, fica sob a tutela dos sponsors da indústria farmacêutica e dos investigadores centrais. (José).

Quando é estudo duplo-cego, (...) não se sabe se o paciente está usando ou não a substância. (Mauro).

Não tenho acesso aos valores de hemoglobina (...), mas o laboratório me informa o ponto crítico. (Sérgio).

Uso de placebo e ponto de salvamento: no exemplo acima, o ponto de salvamento disparado pelo hematócrito (Ht) e pelo nível de hemoglobina (9 ou menor), chamado de ponto crítico, é demandado pelos pacientes que “cegamente” estão usando placebo.

Há a preocupação de um limite (...). O Laboratório diz: (...) você está com um doente no ponto crítico, você precisa tratar desse doente” (Sérgio).

Avisa porque estudo controlado com placebo corre o risco das pessoas que não estão tomando o remédio ficarem criticamente anêmicas. (Sérgio).

Na discussão sobre uso de placebo, os depoimentos acima apontam assimilação da conduta da indústria, sem qualquer questionamento. Abaixo, ferem princípios éticos inegociáveis.

Há algum tempo atrás, a gente tentou desenvolver uma pesquisa. Mas envolvia o grupo placebo. (...) O Comitê de Ética daqui não autorizou o uso de placebo.(...) Não sei o porquê, mas eles acham que vai prolongar a dor. (Luís).

Porque o pobre, às vezes, vem aí para o Pronto Socorro depois de estar seis horas com dor. Por que é que ele não pode ficar duas (horas) sem alívio de uma dor? (Luís).

Publicação dos resultados das pesquisas: os resultados são publicados sob a forma de resumos após submissão a critérios de seleção. A divulgação dos resultados é direcionada aos médicos prescritores por palestrantes treinados pela indústria. Negociar prescrição em troca de financiamento de Congressos, por exemplo, tornou-se lugar comum na interação entre médicos e a indústria.

Eles é que avaliam (...). Pegam os dados desses pacientes, fazem a análise (...) e, aí então, é que vai sair uma publicação. (Mauro).

A indústria convida você e faz uma reunião. Então a gente se prepara para apresentar algumas coisas. (Mauro).

É tudo remunerado. Tudo por conta deles. (Mauro).

Conheço um cardiologista que foi para um congresso na Turquia, porque foi quem mais prescreveu o remédio. (Mauro).

Conclusão

Em função do poder técnico de prescrição e do potencial prescritivo do medicamento, o médico é o principal alvo das estratégias de marketing. Vulnerabilizados pela não-capacitação para avaliar criticamente resultados de pesquisas, os médicos prescritores estão submetidos a um processo de assimilação passiva de conhecimento. Sem demonizar papéis sociais, pode-se dizer que a coprodução de conhecimento médico configura poderosa estratégia de marketing da indústria farmacêutica. Enquanto poder dominante, se exerce através de técnicas de poder (estratégias de marketing), atribuindo aos médicos o papel de técnicos de poder (de prescrição) a serviço de seus interesses.

PALAVRAS-CHAVE: produção de conhecimento; indústria farmacêutica; financiamento de pesquisa; estratégia de marketing; técnicas e técnicos do poder.

REFERÊNCIAS

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. Rio de Janeiro: Record, 2007. 319p.

CAMARGO Jr., K. *The political economy of the production and diffusion of biomedical knowledge*, 2007. Mimeo.

FLECK, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago, 1979. 203 p.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995. 295p.

GUIMARÃES, R. Qualidade, impacto e citação: uma relação obscura. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 55, 2007. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/postudo.html>>. Acesso em: 18 set. 2007.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO METILFENIDATO

AUTORA: Denise Borges Barros *

ORIENTADOR: Francisco Ortega

Sobre o metilfenidato

O cloridrato de metilfenidato, mais conhecido como metilfenidato, é um estimulante moderado com propriedades parecidas com as de uma anfetamina. Sua ação não é totalmente conhecida, mas existem algumas evidências (não conclusivas) de que esse fármaco ativa o sistema

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (denise.e.barros@hotmail.com).

de excitação do tronco cerebral e o córtex^{*}. Dessa forma, esse medicamento eleva o nível de alerta do sistema nervoso central, melhorando a concentração, coordenação motora e controle dos impulsos.

Sintetizada pela primeira vez em 1940, essa droga foi comercializada somente em 1955 pela Ciba como Ritalina® com indicação para narcolepsia. Mas esse uso logo se ampliou. Segundo Ilna Singh (2007), até os anos 60, essa medicação era considerada útil na maioria dos quadros psiquiátricos, incluindo casos de pacientes em psicoterapia e em tratamento com outras substâncias mais fortes. Seus usuários eram homens e mulheres brancos, de meia-idade ou idosos, que precisavam de um “tônico” para tristeza e solidão.

A partir dos anos 60, alguns artigos começaram a apontar os benefícios do metilfenidato para crianças hiperativas e distraídas. Hoje, quase 50 anos depois, a principal indicação desse remédio é tratar sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H) em crianças.

A construção dessa especificidade da Ritalina® foi favorecida por ela ter sido considerada adequada para crianças, já que apresentava uma ação suave e com poucos efeitos colaterais. Contudo, transformações no contexto socioeconômico nos Estados Unidos da América (EUA) e sua articulação pelas estratégias de marketing da indústria farmacêutica foram fundamentais para o estabelecimento da estreita relação entre o metilfenidato e o TDA/H.

Apesar dessa forte relação entre medicamento e diagnóstico, algumas pesquisas realizadas nos EUA e Canadá entre os anos 1998 e 2005 constataram outro uso para essa droga. Os dados indicaram que esse estimulante passou a ser utilizado por estudantes universitários sem TDA/H para melhorar a concentração e aumentar o rendimento nos estudos. O uso não-médico de fármacos controlados sempre foi entendido como uma prática ilícita. Contudo, a utilização de remédios que modificam o processo cerebral com o objetivo de melhorar memória e atenção em pessoas que não sofrem de doença ou transtorno nessas funções, também denominado como “aprimoramento neurocognitivo farmacológico”, tornou-se um tema bastante discutido no campo da Neuroética.

Dessa forma, analisar as representações coletivas relacionadas ao metilfenidato e aos sintomas que trata ajudará a ampliar a compreensão do ideário e valores sociais que estão em jogo na prática do aprimoramento neurocognitivo farmacológico.

Nicho mercadológico do metilfenidato

Os informes publicitários da Ritalina® nos EUA[†] revelaram como as representações sociais da época foram manejadas e como estas influenciaram seu público-alvo. Ao acompanhar os argumentos usados pela indústria farmacêutica, foi possível identificar dois aspectos sempre presentes e articulados na ampliação e estabelecimento do mercado desse estimulante. São eles: a construção do diagnóstico do TDA/H e algumas alterações nas relações familiares e educacionais.

O diagnóstico do TDA/H passou por várias denominações diferentes. Até chegar à atual descrição psicopatológica, vários sintomas foram incluídos, excluídos e reorganizados. Mas em todas as configurações desse quadro, a etiologia biológico-cerebralista foi mantida. Somente nos anos 60 e 70 houve certa convivência entre a crença na causa biológica e a compreensão de que os fatores ambientais e psicológicos também se encontravam na origem deste quadro.

A dupla causalidade foi consequência da expansão do pensamento psicanalítico e desenvolvimentista na psicopatologia da época. Qualquer função mental era entendida como tendo uma raiz orgânica que, para “amadurecer”, precisaria ser estimulada pelo seu meio. Um problema na relação entre criança e seu meio, em especial sua família, resultaria em uma dificuldade no seu

^{*} Segundo bula da Ritalina® (Novartis).

[†] A visão do TDAH difundida pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) tornou-se a mais utilizada pela comunidade científica americana e países influenciados por ela, como o Brasil (Lima, 2005). Daí o valor de compreender como naquele país se estabeleceu a relação entre metilfenidato e o transtorno citado.

desenvolvimento. Essa compreensão favoreceu a construção do conhecimento sobre a infância e a elaboração de “tecnologias” educativas e terapêuticas que cuidassem individualmente do futuro adulto.

Nesse mesmo período, o abalo econômico nos EUA foi acompanhado por uma crise em sua tradicional organização familiar. Os problemas de conduta e aprendizagem infantil tornaram-se mais constantes e foram entendidos pelas autoridades sanitárias daquele país como um problema de Disfunção Cerebral Mínima (DCM).

Esse diagnóstico e seu tratamento medicamentoso tiveram rápida e ampla aceitação pela classe média, provavelmente porque tal compreensão isentava a família e a escola da responsabilidade no surgimento desse distúrbio. Além disso, crescia o valor do controle do comportamento, da atenção e da concentração no sistema educacional. Essas habilidades tornaram-se fundamentais para o sucesso da vida social e profissional do adulto.

Segundo Singh (Singh, 2007, p. 150), os anúncios da Ritalina® apresentaram a idéia psicanalítica da forte relação entre filho e mãe problemáticos de tal maneira que o remédio resolveria a dificuldade relacional familiar. Contudo, enquanto nos anos 70 o menino-problema era mostrado antes e depois do tratamento, atualmente os sintomas desapareceram. Apenas a solução continuou a ser representada na propaganda. O que era tratamento de um problema tornou-se o aprimoramento de um comportamento e de uma relação. Afinal, uma mãe de sucesso tem filhos de sucesso e essa droga é a representação do amor maternal.

Dessa forma, o metilfenidato passa a ser relacionado ao sucesso. Tanto por fazer referência a uma aceitação materna, como por prometer melhorar habilidades fundamentais para um ótimo desempenho profissional e social.

PALAVRAS-CHAVE: metilfenidato; representações sociais; indústria farmacêutica.

REFERÊNCIAS

- DILLER, L. The run on ritalin. Attention Deficit Disorder and Stimulant Treatment in the 1990s. *Hastings Center Report*, Washington, v. 26, n. 2, p. 12-18, 1996.
- LIMA, C. *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005. 161p.
- SINGH, I; Not just Naughty. 50 years of stimulant drug advertising. In: TONE, A WATKINS,E; *Medicating Modern America: Prescriptions drugs in history*. Nova York: NYU Press, 2007. p. 131-155.
- TETER, C. et al. Illicit use of prescription stimulants among college students. *Pharmacotherapy*, Boston, v. 26, n.10, p. 1501-1510, 2006.

MESA 3 - EPIDEMIOLOGIA E FATORES ASSOCIADOS À SAÚDE

MEDIADORA: GULNAR AZEVEDO (IMS/UERJ)

POLIQUIMIOTERAPIA NOS PACIENTES COM HANSENÍASE MULTIBACILAR TRATADOS COM O ESQUEMA OMS / 12 DOSES – AVALIAÇÃO DO ÍNDICE BACILOSCÓPICO, FREQUÊNCIA DAS REAÇÕES E ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

AUTORA: Anna Maria Sales*

COAUTORA: Maria Lúcia Penna

ORIENTADORA: Maria Lúcia Penna

Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), que afeta principalmente a pele e os nervos. As características clínicas da doença refletem a diversidade da patologia, a qual depende do equilíbrio entre a multiplicação bacilar e o desenvolvimento da resposta imune do hospedeiro. O grau de disseminação da infecção no organismo e a apresentação da doença variam em um amplo espectro de formas clínicas, que vai desde a forma lepromatosa, onde há infiltração maciça de macrófagos infectados com quantidade variável de microbactérias e sua eliminação ineficaz, até a forma tuberculóide, com poucos, raros bacilos cursando com resposta imune celular adequada. A detecção e o tratamento dos casos são medidas fundamentais no controle desta enfermidade. O início da doença é geralmente gradual, e os primeiros sinais podem aparecer dois a dez anos após a infecção.

Em 1982, a OMS recomendou o tratamento com esquema de poliquimioterapia PQT/OMS, que para os pacientes multibacilares compreende o uso de rifampicina 600mg/mês + clofazimina 300mg/mês (dose supervisionada) associados a dapsona 100mg/dia + clofazimina 50mg/dia auto-administrados, por 2 anos de tratamento no mínimo, e de preferência, até a negatificação baciloscópica. O tempo de tratamento das formas MB para se alcançar os melhores resultados continua controverso, uma vez que dependendo do índice baciloscópico inicial, pode ser significativamente alto o número de pacientes que permanecem baciloscopicamente positivos ao final do tratamento, pois os pacientes MB parecem apresentar uma deficiência da imunidade celular contra *M. leprae*. Consequentemente, o clearance bacilar desses pacientes é sabidamente um processo lento, sem contar que o exame baciloscópico tem suas próprias limitações (WHO, 1982). A partir dos resultados favoráveis com 24 doses mensais de tratamento, o grupo de estudo da OMS recomendou, no segundo encontro em 1993, que todos os casos MB deveriam ser tratados com 24 doses mensais fixas, sem necessidade de alteração na composição, ritmo ou posologia do esquema. O critério de regularidade era a ingestão das 24 doses em até 36 meses. O esquema PQT/24 doses mostrou-se altamente eficaz e bem tolerado pelos pacientes (WHO, 1994). Até o início de 1998, mais de 10,7 milhões de pacientes de hanseníase haviam sido considerados curados pela PQT. Entretanto, do ponto de vista operacional, a duração da PQT/24 doses ainda era considerada longa, o que a tornava um dos principais obstáculos a sua implementação. Uma redução no tempo de tratamento, sem comprometer sua eficácia, permitiria melhor adesão por parte do paciente, e mais importante ainda, tornaria a implantação da PQT mais fácil, permitindo a manutenção de um programa nacional. Isso poderia ser facilitado se a duração do tratamento diminuísse ainda mais, sem comprometer significativamente sua eficácia. Com base em considerações teóricas e dados de estudos observacionais retrospectivos, a partir de 1997, a OMS recomendou a redução do tratamento dos casos MB para 12 doses, devendo ser completado até 18 meses, considerado sem

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (anna@radnet.com.br).

risco para o desenvolvimento de resistência à rifampicina, orientando a implementação da detecção e tratamento das reações após alta terapêutica (WHO, 1998).

Entretanto, os resultados em longo prazo devem ser avaliados pela taxa de recaídas e pelos índices de incapacidades durante e após a PQT, sendo este último mais importante, uma vez que as incapacidades constituem o principal problema para os pacientes e fazem da hanseníase um problema de Saúde Pública. As recaídas, por sua vez, apresentam taxas baixas e, se ocorrerem, são tratadas com sucesso. O Ministério da Saúde define recidiva como a ocorrência de sinais de atividade clínica da hanseníase, após a alta por cura, afastada a possibilidade de estados reacionais pela ausência de resposta a corticoterapia, porém existem variações dos critérios de recidiva em estudos recentes da literatura médica (Brasil, 2002). Os estados reacionais constituem uma das mais sérias complicações determinadas pela hanseníase. Os episódios reacionais são os principais causadores de danos a nervos periféricos e, conseqüentemente, de incapacidades definitivas. Em alguns casos, podem estar associados a repercussões sistêmicas com manifestações semelhantes às encontradas em doenças autoimune. Por se tratar de fenômeno eminentemente agudo, são fundamentais seu reconhecimento precoce e tratamento imediato. Segundo Pearson & Ross (1975), a lesão neural resulta da resposta imunológica do hospedeiro à presença de antígenos derivados do *M. leprae* dentro dos nervos.

Alguns autores consideram que grande parte das lesões neurais acontece durante os episódios reacionais, devido ao aumento da pressão intraneural causada pelo processo inflamatório dentro dos nervos e a importante alteração vascular intraneural (Job, 1989). A carga bacilar também tem sido implicada como fator de risco para desencadeamento de reações. Alguns trabalhos apontam para uma provável relação direta entre índices baciloscópicos positivos ou elevados e presença de estados reacionais. Em contrapartida, outros autores não encontraram relação entre IB elevados e risco de desenvolver reações. Neste mesmo trabalho, 46% dos pacientes multibacilares submetidos a PQT/OMS/24 doses apresentaram reações durante o tratamento, e todos foram considerados susceptíveis, necessitando de atenção e cuidados em todos os momentos do tratamento (Nery, 1998).

Objetivo

Avaliar o comportamento de parâmetros clínicos e laboratoriais de pacientes com hanseníase multibacilar, acompanhados por até 10 anos após a alta terapêutica.

Metodologia

Serão incluídos no estudo os pacientes com diagnóstico clínico de hanseníase multibacilar, confirmado por baciloscopia e histopatologia, acompanhados no Ambulatório de Hanseníase da Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (FIOCRUZ), registrados no serviço no período de Out de 1997 a Dez de 2007, submetidos a poliquimioterapia padronizada pela OMS com 12 doses supervisionadas que completaram seu tratamento em até 18 meses e que concordaram em participar do estudo. Estes pacientes foram submetidos aos seguintes procedimentos de rotina: 1- exame clínico, realizado por médico dermatologista durante a consulta de admissão ao Serviço, assim como nas consultas subseqüentes e durante os episódios reacionais, sendo os registros da história clínica e do exame físico padronizados; 2- material para índice baciloscópicos foi coletado por técnica padronizada pela OMS em 6 locais, corado pela técnica de Ziel Nielsen e classificados em uma graduação em cruces segundo a escala logarítmica de Ridley (1994); 3- avaliação fisioterápica, realizada pelo mesmo profissional desde 1997-, exame este realizado no momento do diagnóstico, na alta terapêutica e nos episódios reacionais definidos pelo dermatologista. Os pacientes foram acompanhados em consultas anuais por até 10 anos após a alta terapêutica, onde era realizado exame clínico, baciloscopia de 6 sítios para determinação do índice baciloscópicos e avaliação fisioterápica para avaliação do grau de incapacidade. Os pacientes foram também orientados a

retornar ao serviço sempre que necessário, e todos os episódios reacionais são diagnosticados e prontamente tratados e acompanhados. Neste momento, os pacientes são submetidos aos exames iniciais. Quando necessário, face à gravidade do estado reacional, os pacientes são internados na Unidade Hospitalar do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC/Fiocruz) e submetidos a um detalhado exame clínico e tratamento antitreacional adequado.

Considerações éticas

Todos os pacientes, após terem seu diagnóstico confirmado, foram orientados em relação a seu tratamento e a pesquisa, tendo assinado termo de consentimento informado, sobre seus dados clínicos em estudos sobre o tratamento de hanseníase. Este projeto será apresentado ao Comitê de Ética do IOC, no sentido de aprovar nova utilização de dados.

Análise dos dados

Os desenlaces não favoráveis do tratamento da hanseníase são a recidiva, a presença de reação e o agravamento de deformidades. Pretende-se, através de análise multivariada e regressão de Cox, definir fatores de risco associados a estes diferentes desenlaces, assim como quantificar sua ocorrência nos diferentes períodos após a alta.

PALAVRAS-CHAVE: hanseníase; tratamento; reações; incapacidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia para o controle da hanseníase*. 1. Ed., p. 90, 2002.

JOB, C.K.; PATH, F.R.C Nerve damage in leprosy. *Int.J.Lepr.*, v. 57, p. 532-539,1989.

NERY, J.A.C. et al. Reactional States in Multibacillary Disease Patients During Multidrugtherapy. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, v. 40, p. 363-370, 1998.

PEARSON, J.M.H.; ROSS, W.F. Nerve involvement in leprosy-pathology, differential diagnosis and principles of management. *Lepr.Rev.*, v. 46, n. 199-212,1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Study Group on Chemotherapy of leprosy for control programmes. *WHO Technical Report Series*, No. 675, Geneva 1982.

_____. Study Group on Chemotherapy of leprosy. *WHO Technical Report Series*, No. 847, Geneva, 1994.

_____. WHO Expert Committee on Leprosy. *WHO Technical Report Series nr. 874*, Geneva, 1998.

DETECÇÃO DE ÁREAS DE RISCO PARA LEISHMANIOSE VISCERAL NO MUNICÍPIO DE TERESINA - PIAUÍ, BRASIL.

AUTORA: Andréa Sobral de Almeida*

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (asasobral@gmail.com).
asasobral@gmail.com

ORIENTADOR: Guilherme Loureiro Werneck

FOMENTO: FAPERJ

Introdução

As transformações ambientais associadas a movimentos migratórios e ao processo de urbanização podem explicar em parte por que a leishmaniose visceral (LV) passou a ocorrer de forma endêmica e epidêmica em grandes cidades do nordeste brasileiro (Costa et al., 1990).

A ocupação rápida e desorganizada da periferia da cidade de Teresina, onde este estudo está sendo realizado, expôs a população a extensas áreas cobertas por florestas tropicais e vegetação densa, locais prováveis de reprodução selvagem do parasita responsável pela *Leishmania chagasi* (Werneck et al., 2007). Assim, este estudo teve como propósito detectar áreas de alto risco para LV em área urbana do município de Teresina entre 2001 e 2006, com base nos dados socioeconômicos, através de uma abordagem espacial.

Material e métodos

Área de estudo: A capital do Piauí, Teresina, localiza-se entre os rios Parnaíba e Poti a 05° 05' 12'' de latitude sul e 42° 48' 42'' de longitude oeste, pertencentes à bacia hidrográfica do rio Parnaíba, ocupando uma área de 1.756 Km².

Dados e variáveis: Foram considerados como casos de LV todos aqueles indivíduos residentes na região metropolitana de Teresina e notificados no período de 2001 a 2006, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As unidades de análise foram os 644 setores censitários urbanos (SC) do município de Teresina. Foram georreferenciados 657 (86,9%) casos de LV dos 756 notificados pelo SINAN entre 2001 e 2006.

A taxa de incidência bruta foi calculada para cada SC. Em função da instabilidade que as taxas brutas apresentam na estimação do risco em pequenas áreas e eventos raros, utilizou-se a abordagem Bayesiana Global e Local. As taxas bayesianas levam em conta no seu cálculo não só a informação da área, mas também a informação de sua vizinhança. Assim, mapas baseados nessas estimativas são mais interpretativos e informativos (Assunção et al., 1998).

A base digital utilizada e a informação da população por SC foram adquiridos em formato digital do IBGE referente ao Censo de 2000.

Análise estatística: Áreas de maior risco para LV foram detectadas através da Razão de Kernel, que é uma estimativa suavizada da superfície de risco, calculada pela razão entre o kernel (intensidade) dos casos em relação ao kernel da distribuição da população (Bailey & Gatrell, 1995). Para o cálculo das taxas de incidência e para construção dos mapas temáticos, foi utilizado o *software TerraView 3.2.0*.

Resultados

As estimativas bayesianas locais da LV nos setores censitários urbanos mostraram padrões distintos de distribuição espacial da doença caracterizada por altos riscos nos SC periféricos e baixos riscos nos distritos que formam a região central da cidade.

Em relação aos resultados obtidos pelo Kernel, de modo geral, observou-se que áreas de maior risco apresentaram perfil socioeconômico baixo, com renda mensal média dos responsáveis pelos domicílios inferiores a três salários mínimos e com média de anos de estudo inferiores a seis anos.

Discussão

Devemos destacar algumas limitações observadas neste estudo. É provável que a cobertura do geoprocessamento tenha sido pior nas áreas periféricas, o que poderia levar a distorções nas estimativas. O georreferenciamento em nível domiciliar pode não ter sido um bom indicador de risco para LV, já que não se pode descartar que a infecção tenha ocorrido longe do domicílio, mesmo que a maior parte das infecções ocorra no peridomicílio.

Outro fator limitante diz respeito à utilização de casos de LV e não de dados de infecção, quando é sabido que ocorrem muito mais infecções do que casos da doença, e que sua evolução é mediada pela imunidade do indivíduo. Nessa situação, esses dados não indicam necessariamente os locais de maior risco para doença, ainda que para a saúde pública o mais importante, pela gravidade, sejam os casos clínicos de LV.

Como foi dito anteriormente, os casos incluídos neste estudo correspondem a dados secundários, disponíveis no SINAN. Assim, apesar de a LV ser uma doença grave, de notificação compulsória, cujo tratamento é oferecido somente pelo governo, os dados disponíveis são baseados na detecção passiva dos casos. Essa característica não incluiu o grande número de indivíduos expostos a infecção ou infectados sem sintomas, que em algumas regiões acabam apresentando um cenário distinto, onde há maior número de infectados em relação aos casos detectados (Moreno et al., 2002). Indubitavelmente, não se pode descartar que as possíveis subnotificações existentes podem estar relacionadas à dificuldade do diagnóstico, levando a estimativas subestimadas.

Apesar das importantes limitações, este estudo permitiu, através da abordagem utilizada, detectar regiões de maior risco para ocorrência de casos de LV no município de Teresina. Esta abordagem pode ser útil para auxiliar nas ações de vigilância e controle da doença, além de ajudar a direcionar onde as intervenções deveriam ser priorizadas, potencialmente aumentando a efetividade delas e otimizando os custos. No entanto, há necessidade de se incorporar a dimensão temporal através de abordagens espaço-temporais.

PALAVRAS-CHAVE: áreas de risco; leishmaniose visceral; perfil socioeconômico.

REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, R.M. et al. Maps of epidemiological rates: a Bayesian approach. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, p. 713-723, 1998.
- BAILEY, T.C.; GATRELL, A.C. *Interactive spatial data analysis*. Longman, Scientific & Technical: England, 1995.
- COSTA, C.H.N.; PEREIRA, H.F.; ARAÚJO, M.V. Epidemia de leishmaniose visceral no estado do Piauí, Brasil, 1980-1986. *Revista de Saúde Pública*, v. 24, p. 361-372, 1990.
- MORENO, E. et al. Epidemiologia da Leishmaniose Visceral Humana assintomática em área urbana, Sabará, Minas Gerais, 1998-1999. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 11, p. 37-9, 2002.
- WERNECK, G.L. et al. Multilevel modelling of the incidence of visceral leishmaniasis in Teresina, Brazil. *Epidemiology and Infection*, v. 135, p. 195-201, 2007.

RELAÇÃO ENTRE O DENGUE, PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

AUTOR: **Aldair José de Oliveira***

COAUTORES: **Vanessa dos Reis de Souza, Patrícia da Silva Rego, Antonio Flávio Ferraz, Cristine Vieira, Raulino Sabino da Silva e Gulnar Azevedo e Silva**

ORIENTADORA: **Claudia S. Lopes**

FOMENTO: **CAPES**

Introdução

O dengue é uma doença infecciosa transmitida por dois mosquitos, vetores da doença: o *Aedes albopictus* e, mormente, o *Aedes aegypti*. Existem quatro tipos distintos de vírus dengue, denominados vírus dengue DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4 (Braga, 2007). Embora haja possibilidade de pessoas infectadas não apresentarem quaisquer manifestações clínicas, em uma parcela da população a infecção pode provocar sintomas que variam desde febre e cefaléia até hemorragias e choque, por vezes fatal (Teixeira, 2002).

Fatores como o processo de urbanização desordenado com grande aglomeração populacional, deficiências no suprimento de água e ausência de destino adequado do lixo com o acúmulo de recipientes plásticos não-biodegradáveis também contribuem para a proliferação do inseto transmissor do dengue (Tauil, 2001). Aliado a isso, considerando-se o caráter permanente das ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, também seria pertinente suscitar que o PSF, juntamente com o ACS, poderia influir positivamente no declínio da incidência do dengue (Chiaravalloti, 2006). O presente estudo visa a gerar algumas hipóteses que possam auxiliar numa compreensão mais robusta da epidemia do dengue no Estado do Rio de Janeiro em 2008. Para tanto, objetiva relacionar a incidência do dengue nos diferentes municípios do Estado do Rio de Janeiro, de janeiro a abril de 2008, com os programas de atenção básica e com as seguintes variáveis sociodemográficas: densidade populacional; percentual de população urbana; percentual de domicílios particulares permanentes com rede geral de abastecimento de água; percentual de domicílios particulares permanentes com coleta de lixo e o Índice de Desenvolvimento Humano.

Métodos

Adotou-se um delineamento do tipo ecológico, utilizando-se os 93 municípios pertencentes ao Estado como unidades de análise. Utilizaram-se sete variáveis oriundas de quatro fontes distintas: (1) número de casos notificados do dengue no Estado do Rio de Janeiro por município, no período de janeiro a abril de 2008 (fonte: dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro); (2) população urbana residente estimada do Estado do Rio de Janeiro por município para o ano de 2007; (3) densidade populacional; (4) Percentual de domicílios particulares permanentes com rede geral de abastecimento de água; (5) Percentual de domicílios particulares permanentes com coleta de lixo; divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS); (6) percentual de pessoas cadastradas nas estratégias de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde por município em setembro de 2007, obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); (7) o Índice de Desenvolvimento Humano foi disponibilizado através do *Atlas de Desenvolvimento Humano*. Quanto à análise estatística, as associações foram investigadas através do coeficiente de correlação momento produto de Pearson e do ajuste de um modelo de regressão linear simples com a rede geral de abastecimento de água como variável explicativa. Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software R*, com nível de significância de 5%.

* Doutorando em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (aldair@ims.uerj.br).

Resultados / Discussão

Não foi encontrada correlação entre a taxa de incidência do dengue e o percentual de cobertura do PSF/PACS, tanto com os municípios agregados ($r = 0,04$) quanto separados nos grupos epidêmicos e não-epidêmicos, cujos valores dos coeficientes de correlação de Pearson foram 0,05 e 0,09, respectivamente. Na Tabela 1 podem ser observados todos os valores de correlação de Pearson entre a taxa de incidência do dengue e as variáveis sociodemográficas selecionadas.

Tabela 1 - Correlação entre a taxa de incidência do dengue e variáveis sociodemográficas

Variáveis	Coefficientes
Densidade populacional	-0,012
Abastecimento de água	0,252*
Coleta de lixo	0,171
Proporção de população urbana	0,157
IDH-M	0,92

*significativa $p < 0,05$

O coeficiente de determinação (R^2) da regressão linear é igual a 0,063. Ou seja, 6,3% da taxa de incidência de dengue poderiam ser explicados pela rede geral de abastecimento de água. Apesar de esse percentual ser pequeno, é pertinente suscitar se tal resultado denotaria uma relação causal ou seria um marcador de outros aspectos pertinentes.

Conclusão

A princípio, a epidemia de dengue de 2008 parece não ter tido relação com a cobertura do PSF/PACS e nem com as variáveis sociodemográficas selecionadas, exceto a rede geral de abastecimento de água, que apresentou um pequeno percentual de explicação.

PALAVRAS-CHAVE: epidemia; programa de saúde da família; abastecimento de água.

REFERÊNCIAS

BRAGA, I.; VALLE D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.16, n.2, p.113 - 118. 2007.

CHIARAVALLOTI, N.; BARBOSA, A.A; CESARINO, M.B.; FAVARO, E.A. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, n.5, p.987-997. 2006.

TAUIL, P. Urbanização e ecologia do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, v.17(Suppl), p.99-102. 2001.

TEIXEIRA, M.; COSTA, M.C.N.; GUERRA, Z., BARRETO, M.L. Dengue in Brazil: situation-2001 and Trends. *Dengue Bulletin*, v.26, p.70-76. 2002.

FATORES ASSOCIADOS À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NO ESTUDO PRÓ-SAÚDE

DOCTORANDA: Mariana Miranda Autran Sampaio*

ORIENTADORA: Claudia S Lopes

FOMENTO: CAPES / FAPERJ

Introdução

O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de morte no mundo (WHO, 1999). No Brasil, as principais doenças relacionadas ao tabagismo são responsáveis por 59% dos anos da vida perdidos por mortes prematuras e 75% dos anos de vida vividos com incapacidades (SCHRAMM, 2004). Atualmente, muitas pessoas já pararam de fumar, mas a prevalência de tabagismo ainda está acima do esperado.

A literatura aponta algumas variáveis relacionadas à cessação do tabagismo. No entanto, essas variáveis não são hegemônicas entre os estudos.

O objetivo deste trabalho é determinar a prevalência de cessação do tabagismo e sua associação com fatores socioeconômicos e demográficos, hábitos e agravos relacionados à saúde e características do tabagismo.

Métodos

Desenho e população do estudo

A população de estudo foi composta pelos funcionários que fumavam ou já tinham fumado na Fase 1 do Estudo Pró-Saúde (FAERSTEIN, 2005), excluindo as pessoas que pararam há menos de um ano (n=1.546).

Variáveis

A variável de desfecho, cessação do tabagismo, foi definida pelos que já fumaram pelo menos 100 cigarros ao longo da vida. As variáveis explicativas foram sexo, idade, escolaridade, renda, situação conjugal, cor/raça, autoavaliação de saúde, presença de doenças crônicas, hospitalizações, transtornos mentais comuns (TMC), índice de massa corporal (IMC), prática de atividade física, consumo de álcool, frutas, frituras e verduras, convivência com fumantes em casa, número de cigarros consumidos, idade em que começou a fumar e duração do tabagismo.

Análise de dados

Foi calculada a prevalência do tabagismo e avaliada a diferença das distribuições entre fumantes e ex-fumantes para cada variável explicativa, utilizando-se os testes qui-quadrado de Pearson ou de tendência linear. As variáveis que apresentaram significância de menos que 0,20 ou relevantes, segundo a literatura, entraram no modelo linear generalizado com distribuição de Poisson com variância robusta, para estimar as razões de prevalência entre as variáveis de exposição e a cessação do tabagismo.

Resultado

A prevalência de cessação de tabagismo foi de 42,6%. O modelo final ajustado mostrou que a cessação do tabagismo associou-se positivamente com idade maior ou igual a 55 anos, maior escolaridade, estar casado, ausência de TMC, maior IMC, prática de atividade física, nenhum

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (m.autran@gmail.com).

consumo de álcool, consumo de frutas uma vez por semana ou mais, consumo de frituras que não seja diário, não-convivência com fumantes em casa e menor duração do tabagismo (Tabela 1).

Tabela 1. Razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas de cessação do tabagismo e intervalos de 95% de confiança, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas, agravos e hábitos relacionados à saúde e variáveis ligadas ao tabagismo. Estudo Pró-Saúde. Rio de Janeiro. Fase 1 (1999)

	n	RP bruta	IC 95%	RP ajustada*	IC 95%
Sócio-econômicas e demográficas					
Sexo					
masculino	733	1,00		1,00	
feminino	813	1,02	(0,90-1,14)	1,02	(0,90-1,16)
Idade (anos)					
até 34	191	1,00		1,00	
35-44	789	0,92	(0,77-1,11)	0,99	(0,82-1,20)
45-54	428	0,98	(0,80-1,19)	1,09	(0,88-1,35)
≥ 55	138	1,27	(1,01-1,58)	1,55	(1,21-1,98)
Escolaridade					
< ensino médio completo	288	1,00		1,00	
ensino médio completo	532	1,09	(0,91-1,31)	1,25	(1,00-1,56)
≥ ensino superior completo	712	1,29	(1,09-1,53)	1,45	(1,14-1,85)
Renda					
≤ 3 SM	439	1,00		1,00	
> 3 a ≤ 6 SM	507	1,05	(0,89-1,22)	0,93	(0,78-1,11)
> 6 SM	486	1,22	(1,05-1,41)	1,03	(0,85-1,25)
Situação conjugal					
outros	541	1,00		1,00	
casado/vivendo em união	947	1,30	(1,14-1,48)	1,34	(1,17-1,55)
Cor/raça					
preto/pardo	710	1,00		1,00	
branco	776	1,17	(1,04-1,31)	1,06	(0,92-1,21)
Agravos e hábitos relacionados à saúde					
TMC					
sim	496	1,00		1,00	
não	958	1,23	(1,07-1,40)	1,28	(1,11-1,49)
IMC (kg/m²)					
< 25	684	1,00		1,00	
25-30	577	1,25	(1,90-1,43)	1,24	(1,07-1,43)
> 30	262	1,52	(1,31-1,77)	1,51	(1,29-1,78)
Atividade física					
não	816	1,00		1,00	
sim	533	1,32	(1,17-1,49)	1,24	(1,09-1,40)
Consumo de álcool					
excessivo	67	1,00		1,00	
moderado	402	1,33	(0,90-1,95)	1,15	(0,76-1,75)
nenhum	509	1,62	(1,11-2,36)	1,51	(1,00-1,28)
Consumo de frutas					
nunca ou < 1 vez por semana	362	1,00		1,00	
1 vez por semana ou mais	1171	1,47	(1,24-1,73)	1,41	(1,18-1,69)
Consumo de frituras					
diariamente	242	1,00		1,00	
< diariamente	1292	1,22	(1,02-1,46)	1,22	(1,00-1,50)
Variáveis relacionadas ao tabagismo.					
Convivência com fumantes em casa					
sim	516	1,00		1,00	
não	1014	2,00	(1,70-2,34)	1,95	(1,65-2,31)
Número de cigarros consumidos					
30+	164	1,00		1,00	
20-29	407	0,85	(0,68-1,05)	0,99	(0,74-1,32)
10-19	442	0,85	(0,69-1,06)	0,97	(0,75-1,27)
<10	504	1,22	(1,00-1,48)	1,09	(0,83-1,42)
Idade que começou a fumar (anos)					
< 15	370	1,00		1,00	
15-17	483	0,99	(0,85-1,15)	0,85	(0,70-1,03)
18-20	449	0,99	(0,85-1,58)	0,80	(0,65-0,97)
21+	244	0,83	(0,68-1,01)	0,48	(0,37-0,61)
Duração do tabagismo (anos)					
30+	294	1,00		1,00	
20-29	509	1,08	(0,84-1,39)	1,42	(0,93-2,16)
10-19	424	2,19	(1,75-2,74)	3,26	(2,20-4,83)
<10	319	3,11	(2,51-3,85)	5,40	(3,61-8,08)

* Variáveis socioeconômicas e demográficas foram ajustadas entre si. Agravos e hábitos relacionados à saúde, bem como convivência com fumantes em casa, foram ajustados pelas variáveis socioeconômicas e demográficas. As demais variáveis ligadas ao tabagismo foram ajustadas entre si, pela convivência com fumantes em casa, pelas variáveis socioeconômicas e demográficas, pelos hábitos e agravos relacionados à saúde.

Conclusão

Apesar de ser mais fácil parar de fumar para quem fuma há menos tempo, parece que os jovens têm parado menos. Seria importante a criação de políticas que incentivassem a cessação nesta população antes do surgimento de uma série de doenças, provavelmente um dos principais motivos associados à interrupção do hábito entre os mais velhos e os obesos. Também seria recomendado estimular a cessação entre pessoas com menor escolaridade e entre as que não vivem com companheiro. O estímulo à prática de esportes, alimentação saudável e evitação do álcool também podem ser boas alternativas, uma vez que estas práticas se mostraram associadas à cessação do tabagismo. Estas, além de contribuírem para a cessação do tabagismo, podem proteger contra o ganho de peso e o desenvolvimento de TMC. Por fim, as políticas que protegem contra o fumo passivo parecem estar no caminho certo, já que a convivência com fumantes se mostrou um entrave à cessação.

O desenho transversal é uma limitação do estudo, dificultando o estabelecimento de relações causais. Por exemplo, algumas pessoas podem engordar ou ficar mais ansiosas depois que param de fumar. Além disso, o fato de avaliar a duração do tabagismo em um desenho desse tipo acarreta janelas de exposição diferenciadas para aqueles que pararam ou não de fumar. Análises futuras com base em dados longitudinais do estudo permitirão melhor compreensão dos fatores associados à cessação do tabagismo.

PALAVRAS-CHAVE: cessação do tabagismo; prevalência; razão de prevalência; estudo Pró-Saúde.

REFERÊNCIAS

FAERSTEIN E et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Rio de Janeiro, v. 8 n. 4, p. 454-66, 2005.

SCHRAMM JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Making a Difference*. The World Health Report 1999. Geneve, Switzerland. Disponível em: http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf. Acesso em: 21 ago. 2007.

MESA 4 - **GÊNERO, SEXUALIDADE E PRODUÇÃO DE VALOR**
MEDIADORA: **FABÍOLA ROHDEN (IMS/UERJ)**

TRILHAS DA VONTADE DE/DO SABER NEUROCIENTÍFICO EM BUSCA DO CÉREBRO SEXUADO

AUTOR: Marcos Castro Carvalho*

ORIENTADORA: Jane Russo

FOMENTO: CAPES

É patente a grande visibilidade adquirida pela neurociência nas últimas décadas. Corriqueiramente, os grandes meios de comunicação de massa divulgam pesquisas e resultados obtidos por neurocientistas nas mais variadas temáticas. Recentemente, cientistas ligados ao Instituto Karolinska, na Suécia – o mesmo instituto responsável pela eleição do Prêmio Nobel de Medicina –, publicaram um polêmico artigo acerca do funcionamento cerebral de acordo com a orientação sexual dos sujeitos. Uma de suas principais conclusões seria a de que o cérebro de homens homossexuais se assemelharia ao de mulheres heterossexuais, enquanto o cérebro de mulheres homossexuais estaria mais próximo do de homens heterossexuais.

Tal pesquisa resultou em grande repercussão midiática, atingindo o público leigo de uma forma geral. O que se pretende discutir é a correlação existente entre este estudo e uma série de outros promovidos pelos mesmos pesquisadores na busca do dimorfismo sexual do cérebro e das semelhanças e diferenças entre o que consideram como cérebros homossexuais e heterossexuais. Neste sentido, cabe problematizar os modos pelos quais as neuroimagens produzidas pelas tecnologias médicas de visualização – como a tomografia por emissão de pósitrons (PETscan) e a ressonância magnética funcional (fMRI) – conferem valor de verdade e *hiperobjetividade* aos estudos em neurociência, principalmente em se tratando de questões que visam a “revelar” como dados “naturais” pressupostos estabelecidos acerca da “sexualidade”, do “sexo” e do “gênero”. A *objetividade mecânica* das antigas tecnologias de formato analógico (como a fotografia e o raio-X) dá lugar a uma *objetividade digital*, que é ainda mais pretensiosa no sentido de reivindicar uma extrema neutralidade e deslocamento da subjetividade humana. Nunca se fez tão forte a crença de que a “natureza” – a partir da autoridade de uma lógica digital – está “falando por si própria”, mostrando-se em toda a sua nudez. Os cálculos numéricos e as reconstruções imagéticas realizadas digitalmente viriam a ocultar a presença do cientista/observador, mostrando-se para o público em geral enquanto ícones em si mesmos, fatos e verdades naturais (Chazan, 2003; Venturi, 2007).

Resgatando algumas questões que orientaram a realização dessas investigações, intenta-se debater a eficácia estratégica de determinadas analogias científicas a partir da idéia desenvolvida por Nancy Stepan (1994), de que muitas das metáforas utilizadas pela ciência não podem ser compreendidas simplesmente como aproximação de dois fatores paralelos. Partindo da idéia de “metáforas interativas”, Stepan aponta para as novas conexões antes não presentes em cada um dos termos envolvidos na analogia. Assim, a analogia científica conduz programas de pesquisa e contribui fortemente na fabricação de verdades, a partir da solidificação de associações em fatos.

É indubitável que várias das velhas e desgastadas metáforas de gênero, há muito empregadas pelas ciências biológicas, reaparecem reavivadas nas conectividades cerebrais (que agora parecem somar-se aos tão fadados hormônios na legitimação do dimorfismo de gênero). Dentre elas, a suposta vulnerabilidade e instabilidade feminina e a ligação natural de mulheres a fatores tidos como emocionais (implicando até uma tendência maior em enlouquecer). Todavia,

* Mestrando em Ciências Humanas em Saúde pelo IMS/UERJ (dabata@gmail.com).

algo novo é criado nesse momento. É a partir desse procedimento analógico que dois pressupostos nada novos (a suposta vulnerabilidade/sensibilidade de mulheres e de homens homossexuais), ao serem acionados em um mesmo enunciado científico, possibilitam a emergência de um novo dado: homens homossexuais, devido a seus padrões femininos de conectividade cerebral, naturalmente tenderiam a serem depressivos e apresentarem maior incidência de tentativas de suicídio! Em outras palavras, os fatores socioculturais e históricos implicados na árdua dinâmica do fenômeno da estigmatização – que faz com que sujeitos não-inteligíveis dentro da *matriz heterossexual* (Butler, 2004) sejam mortos ou “optem” por eliminar o próprio corpo inabitável – estariam deslocados para uma condição natural e inerente de fragilidade. Em uma única sentença, é descartada toda a luta acadêmica e política de desvelar a faceta cruel da dominação heterossexista e da heterossexualidade compulsória.

De forma um pouco distinta “funciona” a analogia que associa homens heterossexuais e mulheres homossexuais. O que o artigo rapidamente apresenta é que suas conexões mais acentuadas no córtex sensorio-motor e no estriado (regiões tidas como responsáveis pelos movimentos, pela atenção aos estímulos externos) revelariam uma tendência à agressividade e, portanto, a lutas e fugas. O curioso é que enquanto na associação entre mulheres heterossexuais e homens homossexuais vários estudos são citados e várias correlações realizadas, no caso de lésbicas e homens heterossexuais as comparações são escassas, ocupando poucas linhas desinteressadas. Ou seja, quando existe a possibilidade (ainda que questionável em seus pressupostos básicos) de se associar mulheres a fatores tidos como masculinos, seu impacto é minimizado. Não é por menos que muitas das chamadas na imprensa ressaltavam a “feminilidade do cérebro *gay*” e não a “masculinidade do cérebro lésbico”.

Parafrazeando Hertz (1980) – em seu clássico texto sobre a preeminência hierárquica da mão direita em muitas sociedades –, a “preeminência do hemisfério direito” nos homens heterossexuais mostra-se uma imagem estratégica que, ao mesmo tempo em que garante a permanência de antigas correlações entre o direito lado do masculino/racional/ativo e o obscuro lado esquerdo do feminino/emocional/passivo, também possibilita a produção de cérebros “anormais” para indivíduos não-heterossexuais. As construções do sexo, do gênero e da sexualidade se encontram agora, literalmente, “conectadas” pelo cérebro.

PALAVRAS-CHAVE: neurociência; cérebro sexuado; homossexualidade; gênero.

REFERÊNCIAS

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CHAZAN, L. O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagens nas reconfigurações da pessoa moderna In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 193-214, 2003.

HERTZ, R.A.A preeminência da mão direita: um estudo sobre as polaridades religiosas. *Revista Religião e Sociedade*, vol. 6, p. 99-128, 1980.

STEPAN, N.L. Raça e gênero: o papel da analogia na ciência. In: _____. *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 72-96.

VENTURI, C. *Entre crâneos analógicos e imagens digitais: alguns antecedentes históricos e culturais das tecnologias de neuro-imageamento*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

(IN)FIDELIDADE CONJUGAL: UMA QUESTÃO DE GÊNERO

AUTORA: **Marion Arent***

ORIENTADOR: **Sérgio Luís Carrara**

FOMENTO: **CAPES**

Introdução

O “Clube das Mulheres” (CM)[†] consiste em espetáculos de *strip-tease* masculino para platéias femininas, que ocorrem em horário de *happy hour* às segundas, terças e quartas feiras, numa boate situada no centro da cidade do Rio de Janeiro. Após tocar o “hino” da festa (a música *It’s Raining Men*), os *strippers*, aqui denominados *sedutores*, fazem performances individuais trajando fantasias, tais como Bandido, Mafioso, Malandro, Diabo, Sadomasoquista, Mecânico, Bombeiro, Gari, Executivo, Médico, Oficial das Forças Armadas, Policial Militar, Guarda-Costas, Lutador de Vale-Tudo, Ninja, Árabe, Cigano, Noivo, Don Juan, Zorro e Fantasma da Ópera. Nestes shows eles dançam, tiram a roupa - sem mostrar os genitais - e, principalmente, encenam variadas posições sexuais com mulheres que manifestam explicitamente o desejo de serem “escolhidas” para subir ao palco. Após o término do espetáculo, é permitida a presença do público masculino no recinto, quando então tem início uma festa dançante.

Material e métodos

O presente material deriva da tese de doutorado defendida por esta autora (Arent, 2007). O trabalho etnográfico demandou uma frequência regular a um CM durante quatro meses, perfazendo um total de 24 observações participantes. As entrevistas semi-estruturadas, compostas de perguntas abertas, seguiram roteiros distintos para cada grupo de informantes: *strippers*, clientes de ambos os sexos, trabalhadores/as da boate e organizadores do evento, somando 21 entrevistas individuais, além de várias – e produtivas – conversas informais travadas no decorrer do trabalho de campo.

Resultados / Discussão

A questão da (in)fidelidade está presente nas letras dos *funks* que compõem a trilha sonora dos espetáculos, como o *funk* intitulado “Clube das Mulheres”, qualificado pelos organizadores como o “hino das casadas”: “*No Clube das Mulheres, a gente zoa, dinheiro na sunguinha e eu aqui na boa, os cara saradinho, ah, eu to rindo, eu vou chifrar o meu marido! (...) Se eles podem, nós podemos também!*”. Acompanhando este *funk*, a fala de um dos organizadores ao microfone, em tom provocativo, é ilustrativa: “Tem alguma casada aqui?”.

A mulher aparece como um ser cuja ação é reativa à conduta masculina: “*se eles podem, nós podemos também!*”. A infidelidade é tida como uma prerrogativa deles. *Querer*, para as mulheres, não equivale a *poder*, como costuma acontecer no caso dos homens. Apesar da aparente ruptura com alguns preceitos normativos de gênero, a mulher não é vista neste plano, nem por si própria, como um sujeito autônomo, pois sua conduta é regida pela heteronomia. O diálogo mantido com a frequentadora Sabrina ilustra isso. Ao saber do propósito desta pesquisa ela disse, rindo: “A tese é *desculpa* para *poder* vir, né” (ênfase minha), como se caso contrário eu não pudesse dar vazão a um suposto desejo de ali estar. Mesmo a assídua frequentadora Marília mente ao dizer ao namorado que

* Doutoranda em Ciências Humanas em Saúde pelo IMS/UERJ (arent@hotmail.com).

† A opção por denominar esta festa como “Clube das Mulheres” configura uma alusão genérica a este tipo de empreendimento, embora estejamos cientes da existência de um clube homônimo na cidade de São Paulo (www.clubedasmulheres.com.br). Foram alterados também os nomes dos/as informantes, a fim de preservar seu anonimato.

não tem subido ao palco do CM desde a época em que está comprometida com ele. Além de mentir, desenvolvem habilidosas estratégias de ocultação da frequência ao local, como trocar de roupa no banheiro da boate e/ou aplicar demaquilante antes de partir, demonstrando sua escassa autonomia em relação às redes de controle social.

Através de uma postura de vitimização, minimizam o sentimento de culpa, que fica depositado no parceiro e na relação com ele mantida, configurando uma *reação*, um contraponto: “senão não dá, não aguenta o casamento, aquilo ali”, afirma a frequentadora Simone, gesticulando com movimentos circulares repetitivos que traduzem rotina. A percepção da infidelidade feminina como fenômeno derivado da contrapartida masculina e tendo um sentido orientado pelo desejo de vingança é corroborada por Goldenberg. Segundo a autora, as mulheres não se assumem como sujeitos da traição, pois não agem autonomamente nestas circunstâncias, quando evocam a culpabilização do parceiro infiel e/ou pouco dedicado e atencioso como motivação para um episódio que eles justificam como fruto de um *mix* de elementos: “atração física, vontade, tesão, oportunidade, galinhagem, testicocefalia, natureza masculina, instinto” (Goldenberg, 2006, p. 345).

Conclusão

“A opinião sobre fidelidade funciona como barômetro da moralidade desejável nas relações afetivas. Trata-se de um tópico sensível para descrever a mentalidade de uma época ou geração” (Heilborn et al., 2006, p. 212). A análise dos dados desta pesquisa reitera “a contradição entre a permanência de valores tradicionais, como estabilidade, segurança, fidelidade, e outros considerados modernos, como experimentação, privacidade, autonomia, independência” (Goldenberg, 2006, p. 132). Apesar da “difusão, ainda que parcial, de um ideário de maior simetria nas relações de gênero” (Heilborn et al., 2006, p. 221), operada “em termos de uma indiferenciação valorativa em que as distinções estatutárias entre os sexos cedem lugar a um ideal de paridade” (Heilborn, 2004, p. 117), no universo investigado a paridade não vigora. Prevalece a desigualdade de gênero. Até traídos, os homens, enquanto categoria sociossexual, são dominantes. Elas continuam sob o jugo da dominação masculina, mesmo quando aparentam romper com ela.

O caráter controlado e regrado dessa festa a legitima como um território adequado à fruição erótica feminina. Aqui as regras, ao contrário de anularem o desejo, o veiculam. Algumas destas mulheres transgridem momentaneamente determinadas normas prescritas ao gênero feminino e assim obtêm prazer, que diante do confronto com uma possível situação de infidelidade deriva mais do reforço na autoestima e da sensação de vingança (e de consequente equidade na relação com o parceiro supostamente traidor) do que do – improvável – ato sexual *per se*. A transgressão, contrapartida das regras, é por si só uma fantasia, talvez a principal delas, porque gera e possibilita a emergência das demais. A partir daí se dá a fabricação do desejo que anima, com toda sua força, estes intensos momentos de lazer.

PALAVRAS-CHAVE: (in)fidelidade conjugal; gênero; sexualidade; clube de mulheres.

REFERÊNCIAS

ARENT, M. *Gênero e Erotismo: Etnografia de um Clube de Mulheres no Rio de Janeiro*. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GOLDENBERG, M. *Infidel: notas de uma antropóloga*. Rio de Janeiro: Record, 2006.

HEILBORN, M. L. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

HEILBORN, M. L.; CABRAL, C. S.; BOZON, M. Valores sobre sexualidade e elenco de práticas: tensões entre modernização diferencial e lógicas tradicionais. In: HEILBORN, M. L. et al. (Orgs.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. P. 207-266.

NEGOCIANDO SIGNIFICADOS: COERÇÃO SEXUAL EM NARRATIVAS DE JOVENS BRASILEIROS

AUTORA: **Fabíola Cordeiro***

ORIENTADORA: **Maria Luiza Heilborn**

FORMENTO: **Fundação Ford e Centro Latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM-IMS/UERJ).**

Este trabalho apresenta alguns dos resultados da pesquisa *Negociando Significados – Coerção Sexual em Narrativas de Jovens Brasileiros*, apresentada como dissertação de mestrado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), área de concentração Ciências Humanas e Saúde, do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no primeiro semestre de 2008. O estudo discute o tema da coerção sexual a partir da análise de narrativas de jovens (homens e mulheres, entre 18 e 24 anos) autodeclarados heterossexuais, pertencentes a camadas médias e populares, acerca de experiências envolvendo conflito na negociação sexual e sexo por constrangimento ou forçado. Tais relatos são examinados à luz de uma produção internacional sobre o tema.

Os dados analisados advêm de uma subamostra de 46 entrevistas com jovens residentes em três capitais brasileiras (Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador), extraídas do conjunto de 123 entrevistas realizadas, entre os anos de 1999 e 2000, durante a etapa qualitativa da pesquisa GRAVAD (*Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil*). Essa investigação abordou o exercício da sexualidade, reprodução e aborto em trajetórias sociais juvenis com o objetivo de compreender o fenômeno da gravidez na adolescência, sendo um empreendimento em conjunto de três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde/IMS/UERJ, NUPACS/UFRGS e MUSA/UFBA. Nas três cidades pesquisadas, as entrevistas foram conduzidas por pesquisadores treinados com formação em Ciências Sociais e Saúde Coletiva, o que (como esperado) não garantiu um resultado homogêneo nas entrevistas. A análise dos 46 casos de coerção sexual buscou situar os episódios narrados nas biografias individuais e refletir sobre as representações dos sujeitos sobre gênero e sexualidade e os aspectos de suas trajetórias capazes de conduzir a um entendimento de tais eventos.

Os episódios reportados pelos informantes vão desde beijos, carícias pelo corpo, manipulação genital, contato entre os órgãos genitais até o intercursos sexual. As formas de coerção abarcam: muita insistência (pressão verbal), ofensas e acusações, chantagem emocional (chorar, ameaçar ser infiel), impedir ou tentar impedir que a pessoa vá embora (segurando, agarrando, abraçando) e uso da força física (utilizar o peso do corpo, de modo a dificultar a reação do outro, e agressões propriamente ditas). Os relatos variam de acordo com o gênero, os contextos específicos de interação e o tipo de coerção utilizada e/ou sofrida. A maior parte dos rapazes declarou ter “forçado a barra”[†] para transar, se referiu a mulheres com as quais não mantinham vínculos

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (fafa.cms@gmail.com).

† As perguntas do roteiro de entrevistas GRAVAD que buscavam acessar experiências de constrangimento sexual eram a 5.5. *Alguma vez na vida, você foi constrangida(o)/obrigada(o) a ter uma relação sexual contra a vontade? Que idade tinha e quem foi essa pessoa? Quem soube dela e como reagiu(ram)? O evento foi intencionalmente ocultado de alguém em particular e por quê?*; e a 5.6. *Já houve alguma situação na qual você “forçou a barra” para transar com*

afetivos. Já as moças que relataram ter tido esse tipo de comportamento, o fizeram no contexto de relacionamentos estáveis – conjugais ou não. É também nesse tipo de relação que as entrevistadas referiram ter sido constrangidas ou forçadas a ter relações sexuais contra vontade, enquanto os homens relataram ter sido “alvo” tanto de namoradas quanto de parceiras casuais e de pressão dos pares.

Cabe destacar que a análise do material indicou um dado significativo: as narrativas dos jovens de segmento popular e médio são similares, no que se refere às práticas de negociação (o que e quando é permitido negociar, como ocorre esse processo). Os depoimentos reforçam, assim, a afirmativa de que, quando se trata de trajetórias afetivo-sexuais, há semelhanças intragêneros que independem das formas socialmente diferenciadas de construção da pessoa (fronteiras de si), modelação das emoções e constituição de preferências pessoais (Heilborn, 2003). A partir desta consideração, optou-se por não criar dois blocos comparativos de análise.

Os depoimentos evidenciam o caráter relacional e contextual do que pode ser qualificado como violência no universo investigado. Um conjunto de fatores concorre para o entendimento de determinadas práticas como consensuais ou ilegítimas pelos entrevistados – tais como: o tipo de envolvimento com o/a parceiro/a e seu *status* social; as convenções e as representações locais sobre gênero e sexualidade; os roteiros de interação sexual (Gagnon & Simon, 1973) prescritos e suas variações, segundo as possibilidades de flexibilização; as expectativas de gênero; dentre outros. Em determinadas condições, certos modos de constrangimento são tidos pelos entrevistados como constitutivos dos jogos de sedução e ceder aos desejos do outro é um dos desdobramentos possíveis da negociação sexual. Nesse sentido, as dinâmicas de interação entre os gêneros revelam que consentimento e desejo nem sempre andam juntos. Tais resultados conduziram ao questionamento acerca da positividade atribuída a certas atitudes e comportamentos sexuais categorizados como violentos por muitos estudos internacionais sobre a temática da coerção sexual.

PALAVRAS-CHAVE: relações de gênero; sexualidade; coerção sexual; negociação sexual; roteiros sexuais.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R. M. *Negociação sexual ou sexo negociado: sexualidade e gênero em tempos de Aids*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva, área de concentração Ciências Humanas e Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 160 p.

GAGNON, J.; SIMON, W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. 1. ed. Chicago: Aldine, 1973. 348p.

HEILBORN, M. L. Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade. *Cadernos Cepia*, Rio de Janeiro, n. 5, p. 73-92, 2003.

LEAL, A. F. *Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

alguém?. A utilização do termo “forçar a barra” se deve à compreensão de que essa é a categoria nativa, com mais frequência utilizada para se referir às situações que os pesquisadores e documentos internacionais têm definido como coerção sexual.

MESA 5 - A SAÚDE COLETIVA PENSANDO A CRIANÇA E O ADOLESCENTE

MEDIADORA: CELISE MENESES (NESA/UERJ)

BASES CIENTÍFICAS DAS RECOMENDAÇÕES DE AUTOCUIDADO FORNECIDAS POR DENTISTAS PARA CRIANÇAS

AUTORA: Ana Paula Pires dos Santos*

COAUTORES: Branca Heloisa de Oliveira, Paulo Nadanovsky

ORIENTADOR: Paulo Nadanovsky

CO-ORIENTADORA: Branca Heloisa de Oliveira

FOMENTO: FAPERJ

Introdução

É comum as pessoas reclamarem que as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde são contraditórias. Diante de muita divergência no conteúdo das mensagens, o público se torna cético e cansado (Sheiham & Watt, 2000), o que pode diminuir a chance de as pessoas seguirem as recomendações profissionais de saúde. Além disso, existem cada vez mais portais de saúde na Internet que, muitas vezes, oferecem informações imprecisas, incompletas e confusas (Glenton et al., 2005).

Alguns aspectos sobre prevenção e manutenção da saúde bucal em crianças permanecem controversos e são alvo de dúvidas por parte dos pais e/ou responsáveis, como por exemplo, hábitos de dieta, práticas de higiene bucal (frequência de escovação, uso do fio dental, participação dos pais e/ou responsáveis na higiene bucal, tipo de dentifrício a ser utilizado), o uso de suplementação de fluoretos, a aplicação de selantes de fósulas e fissuras, a necessidade e os benefícios do tratamento ortodôntico, a periodicidade ideal entre as consultas de revisão, os traumatismos dentários, dentre outros. Associações profissionais, entidades científicas das áreas de Odontologia e Pediatria e órgãos governamentais disseminam diretrizes no sentido de auxiliar os cirurgiões-dentistas e demais profissionais da saúde a fornecer informações apropriadas em relação aos cuidados de saúde bucal de crianças.

Os objetivos desta pesquisa são: 1) compilar orientações sobre cuidados com a saúde bucal em crianças fornecidas por associações profissionais e entidades científicas das áreas de Odontologia e Pediatria e órgãos governamentais no Brasil e no exterior; 2) identificar os temas mais frequentes e aqueles que apresentarem consistentemente recomendações divergentes; 3) buscar e relatar resultados de revisões sistemáticas da literatura que forneçam evidência científica sobre os temas identificados e, conseqüentemente, fazer recomendações sobre os cuidados com a saúde bucal em crianças baseadas nessa evidência; 4) realizar uma revisão sistemática da literatura e metanálise sobre o tema abordado com maior frequência pelas associações profissionais, entidades científicas da Odontologia e Pediatria e órgãos governamentais no Brasil e no exterior e para o qual ainda não exista uma revisão sistemática da literatura.

Material e métodos

A pesquisa propõe-se a incluir associações profissionais de Odontologia e Pediatria e órgãos governamentais nacionais e internacionais. O critério adotado para definir os países contatados,

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (ana.paulapires@uol.com.br).

além do Brasil, foi baseado numa avaliação da produção científica dos países na área odontológica (GIL-MONTOYA et al., 2006).

Neste estudo, os países classificados como mais produtivos foram Estados Unidos, Reino Unido, Japão e países escandinavos (Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia). América do Norte, Europa e Oceania apresentaram um volume de produção científica por habitante substancialmente superior aos demais continentes – logo, optou-se por incluir também o Canadá e a Austrália. Para a busca de associações profissionais e órgãos governamentais nacionais, a estratégia adotada foi pesquisar na página da Internet *Google*TM, no Portal Odontosites, no portal do governo federal e através de contato via endereço eletrônico com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal.

Para a busca de associações profissionais e órgãos governamentais internacionais, pesquisou-se nas páginas da Internet *Google*TM, *World Dental Federation* e *International Pediatric Association*. As buscas resultaram em 104 entidades, 61 nacionais e 43 internacionais. Foram inseridos numa planilha os nomes, páginas da Internet, telefones, endereços eletrônicos e endereços postais de cada entidade. As páginas da Internet de cada entidade foram pesquisadas visando a buscar seções específicas sobre saúde bucal. Caso algum material (cartilhas, pôlderes, diretrizes) estivesse disponível *on-line*, o mesmo era obtido e arquivado. Foi elaborada uma carta-padrão em português e em inglês para ser enviada a cada entidade por meio de endereço eletrônico.

Os contatos serão feitos simultaneamente. Após um período de 15 dias, um novo contato será feito com aquelas entidades que não tiverem respondido ao primeiro contato. Após outro período de 15 dias, todo o material obtido será reunido e avaliado. A partir do material obtido, pretendem-se identificar quais são os temas relacionados à promoção da saúde bucal infantil abordados com maior frequência, formulando-se questões a partir dos mesmos para verificar se podem ser respondidas com base na literatura científica.

A identificação da literatura científica pertinente será feita mediante consulta nas bases de dados Revisões Sistemáticas e Registro de Ensaio Controlados Cochrane, Resumos de Revisões sobre Efeitos de York e *Medline*. Será selecionado um tema que seja frequentemente citado no material disponibilizado pelas entidades e que careça de evidência conclusiva de efetividade. Este tema será objeto de uma revisão sistemática da literatura, seguida de meta-análise. O processo de elaboração da revisão sistemática será baseado no *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Higgins & Green, 2008), que recomenda que a revisão sistemática seja efetuada nas seguintes etapas: formulação da pergunta; localização, seleção e avaliação crítica dos estudos; coleta, análise e apresentação dos dados; interpretação dos resultados; formulação das conclusões.

Resultados esperados

A partir deste projeto, pretende-se obter um perfil dos níveis de evidência das recomendações para os cuidados da saúde bucal de crianças disseminadas no Brasil e no exterior, o que permitirá a identificação de lacunas importantes do conhecimento. Temos esperança de que novas pesquisas serão direcionadas para temas cujas evidências são inconclusivas.

PALAVRAS-CHAVE: saúde bucal; assistência odontológica para crianças; medicina baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

GIL-MONTOYA, J. A. et al. World dental research production: an ISI database approach (1999-2003). *Eur J Oral Sci*, v. 114, n. 2, p. 102-8, 2006.

GLENTON, C.; PAULSEN, E. J.; OXMAN, A. D. Portals to Wonderland: health portals lead to confusing information about the effects of health care. *BMC Med Inform Decis Mak* v. 5, n. 7, 2005. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/5/7>. Acesso em: 13 out 2008.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (eds.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.0 [updated February 2008]. *The Cochrane Collaboration*, 2008. Disponível em: <http://www.cochrane-handbook.org>. Acesso em: 13 out 2008.

SHEIHAM, A.; WATT, R. G. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 28, n. 6, p. 399-406, 2000.

POSSIBILIDADES DE AFIRMAÇÃO DA SEXUALIDADE COMO UM DIREITO DOS ADOLESCENTES: IMPASSES E CONQUISTAS NO MARCO LEGAL E NO CAMPO DOS DIREITOS HUMANOS

AUTORA: **Vanessa Leite***

ORIENTADOR: **Sergio Carrara**

Este trabalho é um fragmento das reflexões que comecei a desenvolver em minha pesquisa no mestrado, que teve como motivação inicial minha atuação no campo de garantia de direitos de crianças e adolescentes desde o final da década de 1980. Como profissional e ativista do campo mencionado, pude observar que a sexualidade não é tematizada pela maioria das organizações e espaços de formulação de políticas para crianças e adolescentes, bem como não está na agenda dos projetos educacionais e assistenciais voltados a este público. Quando a sexualidade aparece, é em uma perspectiva negativa, vinculada a supostos “problemas sociais”, como a gravidez (“indesejada”), as DST/Aids e a violação de direitos (especialmente ao abuso sexual intrafamiliar e à exploração sexual). A reflexão acerca da sexualidade em suas múltiplas facetas como um direito não está presente no conjunto de espaços de intervenção junto aos adolescentes e na esfera pública onde se encontram os diferentes atores sociais que atuam na formulação, gestão, execução e controle das políticas públicas voltadas a eles. A sexualidade é abordada quase sempre na *perspectiva do risco* e não na do *direito*, parecendo manifestar um esforço de controle moral sobre os adolescentes. Acredito que a sexualidade adolescente pode encontrar na lógica ainda incipiente do *direito sexual* um contraponto, rompendo com a idéia de sexualidade matizada pelo “problema”. A idéia de vivência da sexualidade como direito baseia-se em princípios que podem moldar uma nova perspectiva de atuação junto a esse público, focada no prazer, na autonomia, no exercício de direitos e, por isso também, em um novo patamar de cidadania.

As questões relativas à sexualidade surgem no âmbito dos instrumentos internacionais de direitos humanos a partir do reconhecimento da situação de *vulnerabilidade* das mulheres. Contudo, até a *Conferência Mundial de Direitos Humanos* de 1993 (Viena), a vida sexual era aceita apenas de forma implícita no discurso dos direitos humanos, estando ainda confinada à reprodução e ao casamento heterossexual. A *Declaração de Viena* teve importância por introduzir o “sexual” na linguagem dos direitos humanos, mas este surge ligado à violação de direitos. Apenas na *Conferência Mundial sobre População* do Cairo em 1994, a sexualidade apareceu como algo positivo, sem estar ligada necessariamente à violência. O Plano de Ação do Cairo afirmou os *direitos reprodutivos* como categoria no interior dos direitos humanos. As questões de sexualidade no contexto dos direitos humanos partiram assim da idéia de *direitos reprodutivos* e possibilitaram a construção da idéia de *direitos sexuais*, que permeou as discussões na *IV Conferência Mundial da Mulher* em 1995, em Beijing. O conceito de *direitos sexuais* vem sendo construído na perspectiva

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (vleite@ims.uerj.br).

de descolar a sexualidade da reprodução. Ele dissemina a idéia da sexualidade como algo positivo em si mesma, um direito humano, não necessariamente ligada à violência, ao casamento ou à reprodução. Estrutura-se, assim, como um dispositivo político no campo dos direitos humanos. E, à primeira vista, tal dispositivo tem na sexualidade adolescente um dos impasses mais delicados para a sua plena implantação.

Há pouca produção que supere a perspectiva dos riscos que as experiências sexuais podem trazer e amplie a reflexão acerca das sexualidades adolescentes, articulando-as à perspectiva dos direitos humanos. Começa a se articular, através da produção de profissionais de diferentes áreas, um discurso contra-hegemônico, explicitando a necessidade de referenciar o tema da sexualidade e da reprodução adolescentes de uma forma menos normativa, aberta a experiências, à idéia de prazer e pluralidade. Um dos desafios éticos colocados quando se trabalha a afirmação dos direitos sexuais dos/as adolescentes parece ser a questão da *autonomia versus vulnerabilidade*, pois os programas de saúde e educação em muitos momentos reforçam o discurso da irresponsabilidade e desorientação dos adolescentes no que tange à sexualidade, o que justificaria uma postura de *tutela* por parte dessas políticas. É reforçado um entendimento da adolescência a partir da teoria dos instintos e dos hormônios, onde a sexualidade adolescente estaria completamente submetida a uma força biológica, que precisa ser “controlada”, e frente à qual os adolescentes estariam especialmente vulneráveis.

Um aspecto importante desse debate é a forma como a sexualidade adolescente aparece no marco legal. Todos os princípios fixados nas recomendações internacionais já se encontram incorporados expressamente à legislação nacional ou afirmados genericamente. Contudo, os desafios colocados no plano nacional se devem ao fato de que a sociedade brasileira vive um paradoxo. Por um lado, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reconhece as crianças e adolescentes como sujeitos portadores de direitos próprios, autônomos e livres. Entretanto, o reconhecimento no plano normativo não significa imediata compreensão e aceitação desta nova concepção pela sociedade, determinando fortes controvérsias legais e políticas. Apesar das inequívocas transformações propostas pelo ECA, este apresenta limitações no que tange a uma postura mais explícita em relação aos *direitos sexuais* do/a adolescente. O texto legal apresenta certa neutralidade em relação às questões de gênero, aspecto fundamental quando nos remetemos ao diferencial de autonomia experienciado por meninas e meninos em nossa sociedade, em função das marcantes assimetrias de gênero. Além disso, o texto legal não se refere a aspectos ligados à sexualidade adolescente que não sejam aqueles relacionados ao abuso e à exploração sexual.

Acredito ser importante a reflexão desenvolvida por Petchesky, ao afirmar que as campanhas em favor dos direitos humanos das mulheres receberam em geral maior atenção quando enfatizaram os piores horrores a que estas estavam submetidas. Essas campanhas capitalizaram a imagem das mulheres como vítimas. Com certeza, o problema é que essa construção negativa dos direitos sexuais permeia o discurso geral sobre os direitos humanos. Historicamente, a violação dos direitos humanos sempre recebeu a maior atenção (1999, p. 26). Fui ao longo de leituras realizadas, confrontada com a idéia de que não é só no campo dos direitos dos adolescentes que predomina uma perspectiva negativa dos direitos sexuais. Parece-me que esses impasses estão na própria história de afirmação dos direitos sexuais como direitos humanos nas sociedades modernas. Este é um importante aspecto a ser refletido pelos atores comprometidos com a afirmação da sexualidade como um direito humano, e me estimula ter como um dos objetivos de minha pesquisa a busca por alternativas e brechas que colaborem na construção de uma agenda positiva em relação aos direitos sexuais dos adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: sexualidade; adolescência; direitos humanos.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R.C.F. et al. Jovens, gênero e sexualidade: relações em questão para o campo da saúde pública. In: ADORNO R.C.F. et al. (Orgs.) *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo: Fapesp/Edusp, 2005.

CORREA, S.; AVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos - Pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUO, Elza (Org.). *Sexo & vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora UNICAMP, 2003.

PETCHESKY, R.P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R.M.B.; PARKER, R. (Orgs.) *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999

RIOS, R.R. Notas para o desenvolvimento de um direito democrático da sexualidade. In: RIOS, Roger Raupp (Org.). *Em defesa dos direitos sexuais*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

VANCE, C.S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 1995.

VENTURA, M.; CORREA, S. “Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas”. *Cadernos de Saúde Pública*, Fiocruz, v. 22, Rio de Janeiro, 2006.

MESA 6 - INTEGRALIDADE NO ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

MEDIADORA: MARILENA CORREA (IMS/UERJ)

GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA TRANSEXUAIS NO BRASIL: NOVOS DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA, O ACESSO E O CUIDADO INTEGRAL

AUTORA: Daniela Murta*

ORIENTADORA: Márcia Arán

FOMENTO: CNPq

Em 1997, através Resolução nº 1.482, o Conselho Federal de Medicina autorizou no Brasil a realização de cirurgias de transgenitalização em usuários transexuais. Após um longo processo cercado de diversas discussões nas quais se levou em consideração o caráter terapêutico deste procedimento, o CFM definiu a cirurgia de transgenitalização como a etapa mais importante no tratamento do transexualismo, tornando-a legítima no país, desde que o paciente apresente os critérios necessários para a realização da mesma e o tratamento siga um programa rígido, que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos, para a confirmação do diagnóstico de transexualismo.

Desde então, houve um expressivo aumento da demanda de auxílio médico por parte de transexuais de ambos os sexos que, além de promover a constituição de programas interdisciplinares para atender essas pessoas, fomentou um debate em torno da psiquiatrização da transexualidade e da necessidade de implementação de uma política de atenção integral voltada a esta população. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a partir do trabalho de várias Secretarias e do Comitê de Saúde LGBTT desse ministério, do relato de experiências de profissionais e pesquisadores da área e da atuação do movimento social, em particular do Coletivo de Transexuais, promulgou a Portaria nº 1.707 de 2008, que institui no Sistema Único de Saúde (SUS) o Processo Transsexualizador, através da constituição de serviços de referência que estejam habilitados a prestar atenção integral e humanizada a transexuais, não se restringindo apenas à cirurgia de transgenitalização e demais intervenções somáticas.

Atualmente, é possível observar que, ainda que a transexualidade esteja definida como transtorno mental e a institucionalização da assistência a esse segmento no país esteja baseada em um modelo estritamente biomédico, essa referência vem sendo continuamente problematizada a partir de contribuições realizadas no campo da Saúde Coletiva, das Ciências Sociais e da Bioética (Pesquisa “Transexualidade e saúde: condições de acesso e cuidado integral”, IMS/UERJ - DECIT/MS, 2008). Nota-se que mesmo considerando o inegável benefício que alguns serviços têm prestado a usuários transexuais, a exigência do diagnóstico psiquiátrico como condição de acesso ao tratamento é um problema, sendo necessário colocar em questão a noção do “transexual verdadeiro” fortemente veiculada nos manuais diagnósticos, e levar em consideração, tal como demonstrado por pesquisas empíricas, que a experiência transexual comportaria várias formas singulares de subjetivação (Arán, Murta, Zaidhaft, 2008; Arán, 2006; Murta, 2007). Adicionalmente, discute-se também que não existe um processo específico de construção das identidades de gênero nos transexuais, e desta forma não se deve esperar de transexuais um comportamento fixo, rígido, adequado às normas de feminilidade ou de masculinidade (Bento, 2006; Zambrano, 2003).

Portanto, é possível observar que, embora a legalização dessa prática cirúrgica e de procedimentos afins possa ser considerada um avanço no que se refere à legitimação da demanda de

* Doutoranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (dmurta@oi.com.br).

transexuais por redesignação sexual e que a instituição do Processo Transexualizador no SUS indubitavelmente facilite o acesso dessa população à assistência de saúde, há ainda a necessidade de discussões sobre o tema. Destaca-se a importância de um debate permanente em torno da psiquiatrização da transexualidade como condição de acesso ao processo transexualizador, além da necessidade de repensar as políticas de saúde dirigidas a esses usuários, levando em consideração a condição de extrema vulnerabilidade desta população.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como proposta analisar o debate atual sobre as políticas públicas de saúde para transexuais no Brasil, com o objetivo de refletir sobre os desafios da gestão desta nova política. Pretende-se discutir a importância de garantir para essa população a integralidade da atenção de acordo com os princípios éticos do SUS, para que não se estabeleça como única referência terapêutica para transexuais a realização do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero e a cirurgia de transgenitalização, e a necessidade de ampliar nossa compreensão sobre a experiência transexual para possibilitar a construção de uma nova realidade social.

PALAVRAS-CHAVE: transexualidade; gênero; acesso; cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ARÁN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora - Estudos em Teoria psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49-63, 2006.

ARÁN, M. et al. *Relatório Preliminar - Pesquisa: Transexualidade e Saúde: condições de acesso e cuidado integral*. (IMS-UERJ / MCT/CNPq/MS/SCTIE/DECIT), 2008 a.

ARÁN, M.; MURTA, D.; ZAIHAF, S. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade*. Porto Alegre, 2008, v. 20, n. 1, p. 70-79, 2008.

BENTO, B. *A reinvenção do corpo*. Sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

MURTA, D. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde*. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

ZAMBRANO, E. *Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo*. (Mestrado em Antropologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS, Porto Alegre, 2003.

AS MUDANÇAS DOS REPASSES DE RECURSOS FINANCEIROS NO PACTO DE GESTÃO

AUTOR: Rodrigo Benevides*

COAUTOR: Felipe Cavalcanti

ORIENTADOR: Sulamis Dain

Introdução

* Mestrando em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde pelo IMS/UERJ (rodrigo.benevides@yahoo.com.br).

O Pacto de Gestão introduziu novas formas de relacionamento entre as esferas de governo no tocante à questão do repasse de recursos financeiros. O Governo Federal é hoje responsável por quase 50% do financiamento do SUS, tendo reduzido a participação relativa nos últimos anos como decorrência dos impactos da Emenda Constitucional 29/2000, que elevou a participação de estados e municípios no financiamento do SUS. Enquanto a União aumentou sua participação de R\$ 200 por habitante no ano de 2000 para R\$ 226 em 2006 (em valores deflacionados pelo IPCA médio), cumprindo a determinação constitucional de crescimento pela variação do PIB nominal, no mesmo período os estados passam de R\$ 62 para R\$ 110 por habitante, e os municípios de R\$ 73 para R\$ 130, mesmo que, em alguns casos, principalmente entre os estados, não se esteja cumprindo a determinação constitucional de aplicação de 12% (estados) e 15% (municípios) da receita de impostos.

No que diz respeito ao financiamento das ações de saúde através de transferências da União para estados e municípios, o processo de descentralização iniciado particularmente a partir da segunda metade da década de 90 foi realizada através de processos de habilitação condicionados ao cumprimento de determinados requisitos, e em alguns casos, na adoção de determinados modelos de política de saúde, conforme definido nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e outras portarias complementares. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), publicadas em 2001 e 2002, avançaram no processo de habilitação dos estados, extinguindo-se o formato de pagamentos diretos aos prestadores em 2004. Mas essa norma não conseguiu resolver as principais questões relacionadas à regionalização da assistência e à diversidade dos graus de relacionamento entre os municípios e entre estes e os governos estaduais. Adicionem-se a esta questão as dificuldades de organização do SUS em regiões metropolitanas, onde os conflitos de competência entre gestores estaduais e municipais são maiores e a indefinição do papel do gestor estadual na organização dos sistemas locais.

Com o início do governo Lula, iniciou-se a discussão em torno da necessidade de um processo menos cartorial e mais flexível, que permitisse a assunção de responsabilidades pelos entes federados, de acordo com suas capacidades de gestão e de mobilização de recursos (financeiros, materiais e humanos).

O propósito deste trabalho é, por um lado, analisar a retórica do Pacto em relação às mudanças propostas, o que essas mudanças representam em relação às formas de relacionamento anteriormente existentes e como vem ocorrendo a materialização dessas mudanças, isto é, o que efetivamente o Pacto de Gestão alterou no cotidiano da gestão do SUS do ponto de vista do financiamento. Por outro lado, e também para dar consequência ao primeiro propósito, buscou-se realizar uma análise do posicionamento político dos diversos atores institucionais, em particular do CONASEMS, do CONASS, MS e do CNS. A existência de múltiplas (mais de uma centena em 2004) modalidades de repasses de recursos para estados e municípios era bastante criticada, por dificultar a gestão dos recursos. O processo de negociação dos termos do pacto de gestão envolveu a demanda por maior autonomia por parte de estados e principalmente municípios – representados pelo CONASEMS –, e a tentativa do gestor federal de manter o poder de indução das políticas de saúde pela via do financiamento.

Para tentar atender aos objetivos do estudo, realizou-se breve análise das normas anteriores ao Pacto de Gestão, no sentido de compreender o que implicavam em relação à questão dos repasses dos recursos e o que o Pacto de Gestão introduz em termos de mudanças. Foi realizada análise do discurso presente nos documentos do Pacto, assim como os posicionamentos dos diversos atores institucionais. Por fim, foram realizadas entrevistas com alguns gestores, como uma tentativa de compreender melhor a dinâmica das mudanças produzidas.

Conclui-se que, apesar de o Pacto ser apresentado como ferramenta produtora de maior autonomia para os gestores locais, as mudanças efetivamente ocorridas com sua implementação ainda são pouco impactantes no curto prazo, sendo que as mudanças nas formas de repasses – com agregação por blocos de financiamento – não representam necessariamente maior autonomia. Não

houve mudanças nos valores repassados, mas uma reorganização dos repasses financeiros que permite a utilização dos recursos dentro dos blocos de financiamento de forma livre; entretanto, para ter acesso aos recursos, é necessário adotar política conforme regulamentação em portaria.

O pacto de gestão, entretanto, abre a possibilidade de negociação da participação de cada ente federado nas políticas de saúde em territórios determinados e, para isso, parece prescindir do comando único. O Termo de Compromisso de Gestão define o tamanho da responsabilidade de cada ente federado na atenção à saúde de sua população e o tempo de adequação para a assunção das responsabilidades sanitárias.

As mudanças decorrentes do pacto ainda estão por serem construídas nas instâncias de negociação intergestores e no cotidiano de suas relações no âmbito da gestão dos serviços. Em um sistema federativo, a melhoria da equidade, no caso de inexistência de novos recursos, é um processo que demanda intensa negociação e, em alguns casos, perda de eficiência no sistema. Para melhorar a equidade, é necessário maior aporte de recursos públicos. A possibilidade de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 nos moldes em que se encontra atualmente no Congresso Nacional, com a vinculação de 10% das receitas correntes e manutenção de uma interpretação restritiva das despesas com ações e serviços de saúde – que impede o financiamento de grandes obras de saneamento e de programas de transferência de renda, por exemplo – representaria oportunidade de avanço no processo de regionalização e um passo à frente para o cumprimento dos dispositivos constitucionais da universalidade e da integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: pacto de gestão; financiamento do SUS; política de saúde.

REFERÊNCIAS

LEVCOVITZ, E.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 399, de 22/02/2006 (Divulga o Pacto pela Saúde e aprova suas Diretrizes Operacionais).

_____. Portaria 699, de 30/03/2006 (Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão).

_____. Portaria 91, de 10/01/2007 (Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde).

_____. Portaria 204, de 29/01/2007 (Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde).

_____. Portaria 1.497, de 22/06/2007 (Estabelece orientações para a operacionalização do repasse dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento).

PESTANA, M.; MENDES, E.V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: SES/MG, 2004.

SOLLA, J.J.S.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o Pacto de Gestão. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 30, p. 332-348, 2006.

BARREIRAS E PERSISTÊNCIAS AO ACESSO A UM SERVIÇO DE REPRODUÇÃO HUMANA NO RIO DE JANEIRO

AUTORA: **Bianca Alfano***

ORIENTADORA: **Márcia Arán**

FOMENTO: **CNPq**

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo analisar algumas barreiras no acesso ao tratamento da reprodução assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da observação do Serviço de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em seus 20 anos de existência, o SUS preconiza a *universalidade* e a *equidade* como princípios norteadores das ações de saúde no país. Porém, sabe-se que na prática persistem exclusões e desigualdades no acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil. No caso do acesso às tecnologias reprodutivas, esta desigualdade se agrava ao enfrentar barreiras relacionadas a questões de *reprodução social* e de *normas de gênero*.

A Reprodução Assistida (RA) descreve um conjunto de técnicas conceptivas que possibilita a substituição da relação sexual na reprodução biológica, trazendo a fecundação para fora do corpo humano (Corrêa, 2001). Seu uso poderia, assim, se expandir a pessoas celibatárias, solteiras, em relações homossexuais ou à maternidade tardia, por exemplo, revelando seu potencial transformador de paradigmas como o da filiação, do parentesco, das relações familiares e dos papéis sociais de homens e mulheres. No entanto, o uso do *diagnóstico de infertilidade* e a exigência de que esta *infertilidade* atinja *casais heterossexuais* têm sido exemplos de mecanismos normatizadores do acesso à RA pelo SUS, definindo-se quem pode ou não fazer uso destas técnicas a partir de normas procriativas (Diniz & Buglione, 2002).

Definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ausência de gravidez após um ano de tentativas através de relações heterossexuais regulares sem proteção, o diagnóstico de *infertilidade* tem sido considerado, por diversos autores, um critério arbitrário de acesso, pois não consideraria variações regionais e subjetivas do que se entende por *infertilidade*, nem como ela é experienciada (Van Balen; Inhorn, 2002). Também esconderia perspectivas morais fundamentais à reprodução, como a preferência por filhos geneticamente vinculados aos genitores como condição para a realização reprodutiva e normas de gênero, que naturalizam categorias como maternidade, paternidade e identidade.

É difícil definir, *a priori*, o que efetivamente as tecnologias reprodutivas estariam solucionando, se uma “ausência involuntária de filhos”, advinda de um desejo de ter filhos, ou se uma *infertilidade* no sentido médico do termo (Correa, 2001; Diniz & Buglione, 2002). O desejo de filhos, em geral, é que inicia o ciclo de medicalização da *infertilidade*; sem este desejo, ninguém é definido ou diagnosticado como *infértil*. E ele não surge apenas em mulheres e homens casados ou em união estável, ou com algum diagnóstico médico de “doença”, como propõe grande parte dos protocolos clínicos.

Pode-se relacionar o próprio surgimento desse *desejo de ter filhos* a padrões socioculturais reiterados a homens e mulheres, como se toda mulher tivesse a função social da maternidade através de um “instinto materno”, enquanto aos homens caberia a perpetuação da linhagem paterna. Ser *infértil* estaria, então, na contramão do esperado socialmente, rompendo com a norma procriativa. Assim, as tecnologias reprodutivas, os conceitos de *infertilidade* e de “*casal infértil*” são vistos, por alguns estudos feministas, como um esforço de reiteração da norma procriativa, qual seja, a de que para procriar é necessário um casal, heterossexual, em relação amorosa familiar. Eleger apenas *casais heterossexuais inférteis* para o acesso às tecnologias reprodutivas ocultaria, então, o lado

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (alfanob@hotmail.com).

“subversivo” potencialmente ligado a elas, aproximando-as cada vez mais da reprodução “natural”. (Arán; Correa, 2008).

Aproximação do campo

O ambulatório de Reprodução Humana do IG-UFRJ realiza investigações sobre a dificuldade do casal para conseguir engravidar e tratamento de média complexidade, não existindo, até o momento, alta complexidade em RA pelo SUS no Rio de Janeiro. Ainda em andamento, essa pesquisa é exploratória e a aproximação de campo ocorre desde agosto de 2008, com a observação e anotação dos atendimentos clínicos realizados pelos médicos e psicólogas, com pacientes de 1ª vez ou de acompanhamento. O acesso a prontuários é permitido dentro do ambulatório, além do acompanhamento de ultrassonografias e reuniões de equipe para a discussão de alguns casos clínicos e atualizações.

Algumas observações

O corpo feminino tem sido objeto privilegiado do conhecimento e intervenção médico-tecnológica, inclusive quando a *infertilidade* é masculina, mas a mulher não pode ingressar no ambulatório sem ser casada ou sem um parceiro fixo, nem pode prosseguir o tratamento sem trazer os exames solicitados ao parceiro. A preocupação com os exames é comprometida com a saúde das usuárias e do possível futuro bebê, diminuindo os riscos gestacionais através da indicação do tratamento mais adequado, quando este é possível. Como os casos de FIV devem ser encaminhados para SP, há também a preocupação de não fazer os usuários perderem tempo desnecessário no serviço. No entanto, algumas vezes esta busca médica por um *diagnóstico de infertilidade* sobrepõe-se ou até mesmo questiona o desejo de filhos, trazendo à tona normas procriativas e de gênero.

Além de dificuldades operacionais para suas realizações (falta de dinheiro, não disponível ou lotado no serviço público), os usuários enfrentam verdadeiros tabus e estigmas frente aos exames. Não são raras as recusas/evasões dos parceiros frente ao espermograma ou à busca por especialistas, indicando uma associação entre *infertilidade* e virilidade masculina. O receio da “culpa pela infertilidade” ou da necessidade de cirurgias que poderiam levar a uma esterilidade definitiva é comum nos relatos das mulheres, que carregam o estigma social de não terem filhos após muitos anos de casamento ou de idade.

A tendência de se reproduzir socialmente também aparece quando é questionada a legitimidade do desejo de filhos apresentado por casais sem condições de comprar medicamentos básicos do tratamento ou pagar exames solicitados não oferecidos pelo SUS.

Observa-se, assim, que a *universalidade e a equidade* ao acesso a estas biotecnologias são restringidas no SUS, seja pela intermediação do Estado, de instâncias bioéticas e jurídicas, ou mesmo por questões morais e sociais, definindo-se quem pode ou não ter acesso à RA. O longo tempo de espera e a indisponibilidade à inseminação e FIV no estado potencializam as frustrações, os descontentamentos com o serviço público e a ansiedade em relação ao tratamento. Deslocar a elegibilidade ao acesso do campo da saúde e aproximá-las do campo dos direitos fundamentais, em especial do direito ao planejamento familiar, é ainda um caminho a ser percorrido.

PALAVRAS-CHAVE: reprodução assistida; infertilidade, acesso, normas de gênero.

REFERÊNCIAS

CORRÊA, M.; ARÁN, M. *Tecnologia e normas de gênero: contribuições para o debate da bioética feminista*. 2008 (no prelo).

CORRÊA, M.C.D.V. *Novas tecnologias reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

DINIZ, D.; BUGLIONE, S. *Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas? Diferentes perspectivas do direito brasileiro*. Brasília: Letras Livres, 2002.

MEDEIROS, L.S. *As leis do desejo: bioética e direito de acesso ao Serviço de Reprodução Humana Assistida*. Florianópolis: UFSC, 2007.

VAN BALEN, F.; INHORN, M.C. *Infertility around the Globe. New thinking on childlessness, gender and reproductive technologies*. University of California Press Berkeley and Los Angeles, California, 2002.

EFICIÊNCIA E REGULAÇÃO DE PREÇOS NO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE: A URGÊNCIA DA APURAÇÃO DOS DETERMINANTES DA EVOLUÇÃO DOS CUSTOS

AUTOR: João Boaventura Branco de Matos*

COAUTOR: Rodrigo Mendes Leal

ORIENTADOR: George Kornis

A saúde suplementar tem se destacado no âmbito da política de saúde do Brasil nos últimos anos, contando com um faturamento anual muito próximo do orçamento federal para o SUS (cerca de R\$ 40 bilhões) e que atende a cerca de um quarto da população brasileira. Nesse contexto, este trabalho pretende contribuir para a avaliação e formulação das políticas de regulação do setor.

O objetivo deste estudo é avaliar, no sentido de contribuir para uma maior indução à eficiência, a regulação de preços da ANS e a evolução dos custos no mercado de planos de saúde médicos. Para este fim, o modelo de regulação de preços e reajustes da ANS será analisado com base na teoria econômica e na evolução empírica dos resultados econômicos do setor, bem como o diagnóstico sobre a evolução dos custos do setor será aprofundado com base na estimativa empírica de seus componentes e da discussão dos seus possíveis determinantes e das políticas associadas ao assunto.

O exame do marco regulatório dos planos de saúde, com base em Leal e Matos (2008a), evidenciou uma diferenciação relevante entre as duas modalidades de contratação, uma vez que os planos individuais (contratados por pessoa física) apresentam maior intensidade regulatória em relação aos coletivos (contratados por pessoa jurídica). Isto porque os planos individuais possuem maior restrição em termos de reajustes de preços e limitações à utilização dos novos contratantes, no que se refere ao uso imediato (como a carência). Tal característica pode ter associação com o crescimento de beneficiários, mais intenso para os planos coletivos.

O exame empírico da evolução das mensalidades, após conceituar o índice de reajuste da ANS (representativo da variação de mensalidades do mercado coletivo) como um índice de valor (e não preços), na esteira de Leal e Matos (2008b), agrega as seguintes inovações: i) averigua a efetiva variação de valores no mercado individual, acrescentando ao índice de reajuste da ANS uma estimativa da variação de mensalidades por mudança de faixa etária; ii) compara, em contraponto a diversos estudos que confrontam os reajustes com índices de preços (como Ocké-Reis e Cardoso,

*Doutorando em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde pelo IMS/UERJ.
joao.matos@ans.gov.br

2006), a evolução das mensalidades com índices de valor, como a variação do PIB, das receitas e das despesas assistenciais.

Observa-se que as mensalidades dos planos individuais apresentaram variação próxima à do PIB nominal, conferindo à política de reajustes até então utilizada uma importante correlação com os gastos gerais correntes da economia. Em seguida, observou-se que a relação despesas assistenciais sobre receitas foi estável no período, implicando elevação do lucro e manutenção das taxas de lucratividade do setor.

Na avaliação da evolução dos custos do setor, por sua vez, destaca-se a estimativa empírica da evolução dos dois componentes da evolução dos custos, que são o preço e a quantidade, por meio da utilização de dados de utilização recentemente divulgados pela ANS. A partir do resultado, de que o aumento do índice de preços foi mais intenso do que o de quantidade, foram discutidos alguns possíveis determinantes dessa evolução e sua relação com as políticas setoriais, como a política de desenvolvimento produtivo, o PAC Saúde e a regulação da incorporação tecnológica.

PALAVRAS-CHAVE: saúde suplementar; custos; incorporação tecnológica; regulação; seguro-saúde.

REFERÊNCIAS

LEAL, R.M.; MATOS, J.B.B. Planos de saúde de assistência médica no Brasil: uma avaliação da regulação econômica dos produtos. *Res Pvblica*, v. VI, p. 79-104, Jan/Jun, 2007b. Disponível em: <http://www.ansp.org.br/?q=node/1522>. 2008a.

_____. Planos de saúde no Brasil no período pós-regulação: uma análise do perfil de beneficiários e dos aspectos econômicos segundo tipo de contratação. II Prêmio de Saúde Coletiva do IESC/UFRJ. Disponível em: www.iesc.ufrj.br/cursos/semanadesaudecoletiva/result_Premio.html. 2008b.

OCKÉ-REIS, C.O.; CARDOSO, S.S. Uma descrição do comportamento dos preços dos planos de assistência à saúde, 2001-2005. T.D. IPEA n° 1.232, 2006.

MESA 7 - POLÍTICA DO CUIDADO E O CUIDADO NAS POLÍTICAS MEDIADOR: GUSTAVO CORRÊA MATTA (EPSJV/Fiocruz)

SHÉN NAS DIMENSÕES DIAGNOSE E TERAPÊUTICA DA RACIONALIDADE MÉDICA CHINESA

AUTORA: **Claudia dos Santos Ferreira***

ORIENTADORA: **Madel T. Luz**

FOMENTO: **CAPES**

A condição de desagregação social e econômica no mundo contemporâneo, com o caos nos centros urbanos, a violência, a corrida financeira, a desigualdade social, o pouco investimento público em saúde e em condições mais dignas de vida trazem repercussões na saúde das pessoas, com o aumento dos índices de doenças crônico-degenerativas, de doenças infecto-contagiosas, além de sintomas frequentes e mal definidos, como dores disseminadas, depressão, pânico, entre outras.

A diagnose e terapêutica convencionais utilizadas pela Medicina Ocidental Contemporânea, modelo de saúde hegemônico para abordar tal quadro, nem sempre conseguem alcançar sucesso, especialmente em quadros de sintomas inespecíficos, permitindo assim abrir espaço para a incorporação institucional de outros sistemas médicos. As práticas ou medicinas ditas “complementares” vêm obtendo crescente aceitação pela população, não só por sua eficácia, mas por características específicas de sua prática, como a atenção e escuta aos pacientes, a terapêutica individualizada, traços paradigmáticos destas racionalidades em Medicina, que centram o sujeito doente na atividade médica, resgatando, assim, a arte de curar.

Pretende-se destacar deste contexto a Medicina Chinesa, contribuindo para o debate das Racionalidades Médicas[†] na cultura contemporânea e enfatizando seu papel no quadro de busca de cuidado na sociedade atual e na necessidade de ressignificação de certos sentidos atribuídos à vida e à saúde. A Medicina Chinesa posiciona o doente como objeto central de sua atuação. Para esta racionalidade, as queixas apresentadas pelos pacientes são valorizadas como forma pessoal de expressão de desarmonias corporais e sócio-afetivas. Busca resolvê-las estimulando a autonomia no cuidado de sua saúde. Para tal dispõe de abordagem particular, tanto em sua diagnose quanto em sua terapêutica. Uma das categorias que pode dispor para tal é SHÉN 伸, presente na filosofia e na medicina chinesas. Costuma ser traduzida no Ocidente como Mente ou Espírito. Na medicina, avaliando-se SHÉN 伸 de cada pessoa é possível dar prognósticos de cura, prevenção e promoção da saúde. SHÉN 伸 pode se expressar no brilho do olhar, na expressão facial, nas emoções (relacionadas a cada um dos ZÀNG FŪ 臟腑 - Órgãos e Vísceras), nos aspectos psicológicos, na consciência, nos estados mais subjetivos do ser e nas funções cerebrais. SHÉN 伸 possui estreita relação com o corpo, como categorias indissociáveis. Expressa-se na vitalidade corporal através de diferentes aspectos: SHÉN 神 : aspecto de SHÉN 神 relacionado a XĪN 心 e XIǎO CHÁNG 小腸 (Coração e Intestino Delgado). HÚN 魂: aspecto de SHÉN 神 relacionado a GĀN 肝 e DǎN 胆 (Fígado e Vesícula Biliar). PÒ 魄: aspecto de SHÉN 神 relacionado a FÈI 肺 e DÀ CHÁNG 大腸 (Pulmão e Intestino Grosso).

YÌ 意: aspecto de SHÉN 神 relacionado a PÍ 脾 e WÈI 胃 (Baço e Estômago). ZHÌ 志: aspecto de

* Doutoranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (cldferreira@terra.com.br).

† Linha de pesquisa Racionalidades Médicas coordenada pela professora Madel Luz no Instituto de Medicina Social da UERJ estuda e compara do ponto de vista sócio-histórico e sócio-antropológico as Racionalidades Medicina Ocidental Contemporânea, Medicina Chinesa, Medicina Ayurvedica e Homeopatia.

SHÉN 神 relacionado a SHÈN 肾 e PÁNG GUĀNG 膀胱 (Rim e Bexiga).

Os aspectos de SHÉN 神 são descritos, principalmente, nas dimensões Cosmologia e Dinâmica Vital da Racionalidade Médica Chinesa. Pode-se dizer que, em sua relação com ZÀNG FŮ 臟腑 (Órgãos e Vísceras), teriam atribuições que manteriam a dinâmica orgânica, incluindo os aspectos emocionais e mentais. Poderiam ser considerados aspectos YÁNG 陽 dos ZÀNG-FŮ 臟腑 (Órgãos e Vísceras) relacionados. Estes aspectos poderiam ser entendidos como um nível de função menos manifesto, mas, ainda assim, parte da mesma totalidade.

Por seu caráter sutil, a categoria SHÉN 伸 tem sido estudada de forma fragmentada no ocidente e na China contemporânea, afinada com a visão materialista de seu sistema político. Por outro lado, os textos amparados na Medicina Chinesa Clássica lhe dão grande destaque.

SHÉN 伸 é aqui estudado como categoria presente nas seis dimensões da Racionalidade Médica Chinesa. Utiliza-se, como método de estudo a análise de textos representativos das vertentes afinadas com a Medicina Clássica Chinesa e com a Medicina Chinesa Contemporânea. Os autores escolhidos são aqueles que respeitam o rigor filológico, mantendo a descrição de textos chineses sob a forma de caracteres (ideogramas) em paralelo às suas traduções, entre sinólogos, antropólogos, filósofos e historiadores. Como fontes primárias de pesquisa, são utilizados os textos clássicos traduzidos. Como fontes secundárias, os textos contemporâneos, que analisam e interpretam textos clássicos.

Os sentidos e significados de SHÉN 伸 são estudados nas dimensões Diagnose e Terapêutica por assumirem papel estratégico no saber e na prática, por serem dimensões que perpetuam e estimulam os estudos e aprofundamentos teóricos.

SHÉN 伸 aparece nestas dimensões assumindo sentidos e significados complexos que podem levá-lo a desempenhar papel de categoria facilitadora nos processos de saúde-doença ou harmonia-desarmonia, refletindo na promoção da saúde com propostas originais e inovadoras para a Saúde Coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: medicina chinesa; *shén*; cuidado; promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

EYSSALET, J.M. *Shen ou o Instante Criador*. Traduzido por Gilson B. Soares. São Paulo: Gryphus, 2003. 442p.

LARRE, C.; VALLÉE, E. R. *Rooted in Spirit, The Heart of Chinese Medicine, a Sinological Interpretation of Chapter Eight of Huangdi Neijing Lingshu*. Tradução de Sarah Stang. New York: Station Hill Press, 1995. 199p.

LUZ, M.T. Medicina e Racionalidades Médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (org). *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: HUCITEC, 2000. p.181-186.

_____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva, estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 40-61.

INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE FUNCIONAL DOS IDOSOS NO BRASIL

AUTORA: **Ana Luzia Batista de Góis** *

ORIENTADOR: **Renato Peixoto Veras**

FOMENTO: **FAPERJ**

Introdução

O aumento do número de idosos que apresentam incapacidade para realizar tarefas consideradas normais é uma realidade observada em inúmeros países. No Brasil, a falta de informação impede uma eficiente ação governamental no sentido de melhorar a saúde funcional dos idosos. O objetivo do presente estudo foi investigar o percentual da incapacidade severa nos idosos do Brasil, no ano 2000, contribuindo para aumentar a base de dados sobre o assunto.

Material e métodos

Estudo de avaliação das informações obtidas a partir de dados censitários. Os dados foram obtidos no Banco de Dados Agregados do sistema pertencente ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Recuperação Automática (SIDRA); disponibilizada no *website*: <http://www.ibge.gov.br> (IBGE, 2000).

Os critérios utilizados para a seleção dos dados foram: os sujeitos – de ambos os sexos e com idade de 60 anos ou mais – terem sido classificados no censo populacional de 2000 como portadores de deficiência do tipo física e/ou motora. As pessoas com mais de um tipo de deficiência foram incluídas pelo IBGE em cada um dos tipos relacionados, e contadas apenas uma vez na categoria Total.

As deficiências do tipo física e/ou motora consideradas neste estudo são:

- **Deficiência física** - tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente;
- **Deficiência motora** - incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas.

Foram investigados somente estes dois tipos de deficiências (física e motora), classificadas como incapacidade severa cinésico-funcional, por implicarem maior comprometimento funcional. As outras deficiências listadas pelo IBGE não foram objeto do estudo, por não implicarem diretamente comprometimento acentuado cinésico-funcional. São elas: Deficiência mental permanente; Falta de membro ou de parte dele; e Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar.

Os dados foram trabalhados utilizando-se a combinação do programa de tabulação de dados do sistema SIDRA e do Microsoft Excel.

Os procedimentos de regularização desta pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da HUPE/UERJ foram realizados e aprovados (1607 – CEPE / HUPE), conforme a Resolução nº 196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os números apontaram que, do total de 14.538.987 dos idosos no Brasil no ano 2000, 29% (4.145.518) são portadores de incapacidade severa; os 71% (10.393.469) restantes não possuem incapacidade ou são portadores de incapacidades leves ou moderadas.

* Doutoranda em Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo IMS/UERJ (anagoesfisio@globocom).

Verificou-se também que o número total de pessoas com incapacidade severa na população geral foi de 8.877.247; os idosos representam 47% desse número, totalizando 4.145.518 pessoas, enquanto que os 53% (4.731.729) restantes são das demais faixas etárias.

Discussão

Em 2000, o percentual de idosos no Brasil que apresentavam incapacidade severa foi de 29%, número que está muito acima do descrito nas pesquisas de Ramos (1993) e de Papaléo Neto (1996), que encontraram valores em torno de 10%. O motivo de tal variação pode ser a diferença do ano nas coletas dos dados pesquisados, ou os parâmetros utilizados para classificar as categorias de incapacidade. Ressalta-se que o tamanho da amostra também influencia: a do IBGE, por ser uma pesquisa de censo, tem peso maior para representar uma população, desde que os critérios de coleta sejam satisfatórios. Porém, nos dados da *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics* (2006), obtidos em processo semelhante ao do IBGE, apresentam valor bem mais próximo do encontrado na presente pesquisa; o percentual de incapacidade dentro da população idosa nos Estados Unidos foi de 21% no ano 2000, sendo que a diferença de 8% nos achados pode representar variações compatíveis com as realidades contextuais de ambos os países.

No que se refere à incapacidade severa dentro da população geral no Brasil no ano 2000, esta pesquisa verificou que 47% dos brasileiros com incapacidade severa são idosos, o que corrobora os achados da pesquisa de fisioterapia domiciliar de Góis (2007), que encontrou numa amostra de 620 pacientes, 45% restritos em leito domiciliar por incapacidade severa, sendo todos estes idosos. O motivo de tal semelhança pode ser a proximidade do ano nas coletas dos dados (1999 a 2002 e 2000, respectivamente), ou também pode estar nos parâmetros utilizados para classificar as categorias de incapacidade; na pesquisa de Góis, por tratar-se de idosos restritos ao leito, a amostra é mais comparável com a incapacidade severa.

Muitas outras pesquisas utilizam o termo “deficiência”, e não “incapacidade”, o que não nos permite fazer comparações.

Conclusão

Mediante os resultados obtidos nesta pesquisa, conclui-se que a incapacidade severa acomete 29% dos idosos, acamados domiciliarmente, necessitando de cuidados domiciliares, mais precisamente de fisioterapia, demonstrando a importância da assistência domiciliar de fisioterapia. Recomenda-se que as pesquisas sobre as incapacidades possam ser utilizadas na gestão para as escolhas assistenciais, contribuindo para a melhoria da saúde funcional dos idosos brasileiros.

PALAVRAS-CHAVE: idoso; incapacidade; saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico*. Banco de Dados Agregados, Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>, Acesso em: 5 jun. 2007.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1993.

FEDERAL INTERAGENCY FORUM ON AGING-RELATED STATISTICS 2005. *Older Americans 2000: key indicator of well-being*. *Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics*

[homepage na Internet], Washington, DC, USA; 2000. Disponível em: <<http://www.agingstats.gov>>
Acesso em: 15 maio 2007.

GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. A incapacidade no Rio de Janeiro: perfil prevalentemente geriátrico e cardiovascular. In: CONGRESSO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 1.2007, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: APS, 2007. p. 30-34.

ILLNESS BEHAVIOR DECORRENTE DE ROTULAÇÃO POR HIPERTENSÃO ARTERIAL

AUTOR: Gilberto Senechal de Goffredo Filho *

ORIENTADOR: Eduardo Faerstein

Introdução

A hipertensão arterial (HA) desempenha papel plenamente reconhecido na gênese de agravos à saúde, com grande impacto individual como doença coronariana, acidente vascular encefálico (AVE) e doença renal crônica (Whelton et al., 2004). Um aspecto menos estudado da HA é sua potencial repercussão no cotidiano do portador, que pode ocorrer através de mecanismos diferentes das lesões de órgãos-alvo citadas. Podemos citar a possibilidade da ocorrência de efeitos biológicos diretamente relacionados aos valores elevados da pressão arterial (PA), e também o uso de terapia farmacológica anti-hipertensiva determinando pior qualidade de vida do usuário em função de eventos adversos atribuídos às drogas utilizadas.

Além destes, é descrito um processo conhecido como rotulação, que pode ser compreendido considerando-se a teoria do papel de doente (*sick role theory*), desenvolvida por Talcott Parsons em 1951, no contexto de uma análise sociológica mais ampla, que identifica um conjunto de atitudes e desejos considerados socialmente adequados à pessoa considerada doente. Este processo de rotulação pode ser definido como uma situação na qual é afirmado a um indivíduo ser portador de uma doença e este aceita (Alderman & Lamport, 1990), e engloba várias concepções e atitudes, como amplificação de sintomas, absenteísmo no trabalho, e limitação de atividades sociais ou de lazer (Barsky & Borus, 1999), que podem ser agrupados sob a denominação *illness behavior*.

Considerando-se a HA, o efeito da rotulação já pode ser destacado desde o trabalho publicado em 1953 e citado por Pickering (2006), que demonstra que em hipertensos graves a ocorrência de cefaléia não estava relacionada à gravidade da doença, e sim ao fato de o indivíduo saber ser portador ou não. O primeiro trabalho desenhado especificamente para abordar o efeito da rotulação em HA foi conduzido por Haynes et al. (1978), que observaram aumento de 80% em dias de absenteísmo no trabalho em operários após serem rotulados como hipertensos em programa de "screening", sem que houvesse relação deste aumento com o início da terapia ou com o controle da PA. Poucos estudos pesquisaram os efeitos da rotulação ao longo do tempo. Milne et al. (1984) mostraram redução do seu tempo de trabalho e menor disponibilidade para participação em atividades prazerosas, tanto com hipertensos com diagnóstico há menos de seis meses, quanto naqueles com diagnóstico entre 1 e 3 anos antes.

Este fenômeno não é exclusivo da HA. Leynen et al. (2006) observaram maior número de dias perdidos no trabalho em hipertensos cientes da doença, e também em indivíduos portadores de dislipidemia, sendo que, em portadores cientes de ambas, havia tendência, em homens, a um número ainda maior de dias perdidos de trabalho. Poucos trabalhos verificam as consequências da rotulação em vários estratos populacionais. Barger & Muldoon (2006), utilizando dados do

* Doutorando em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (senechal330@gmail.com).

NHANES, encontraram relação entre reconhecimento de HA e saúde auto-referida, porém não notaram modificação deste efeito por sexo ou grupo étnico (branco, negro ou hispânico).

No Brasil, não encontramos trabalhos direcionados especificamente para este fenômeno. Um estudo de abordagem qualitativa, realizado em São Paulo, verificou comportamentos e reações nos indivíduos após diagnóstico de HA que variaram desde ausência de qualquer modificação em sua vida, até a sensação de “uma tragédia... muito sofrimento... eu não conseguia fazer tudo o que eu costumava fazer” (Castro et al., 2000).

A incapacidade temporária para a realização de atividades habituais, definido como uma restrição temporária na capacidade funcional habitual do indivíduo, é um indicador do estado de saúde recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos populacionais, e pode ser útil para determinar o impacto de uma doença no cotidiano do indivíduo.

Objetivos

- 1) Investigar se o reconhecimento prévio quanto a ser portador de HA associa-se com a frequência e duração de incapacidade temporária para atividades habituais.
- 2) Investigar se este fenômeno se modifica com o período decorrido após o diagnóstico.
- 3) Investigar a ocorrência deste fenômeno em diferentes estratos de posição socioeconômica.

Métodos

Estudo seccional, com dados da segunda fase do Estudo Pró-Saúde. A informação quanto ao reconhecimento de ser portador de HA será obtida na pergunta “se algum profissional de saúde já lhe afirmou que era portador de pressão alta” na segunda fase de coleta de dados, e será utilizado também o tempo decorrido desde a recepção desta informação pelo participante. O desfecho consistirá na ocorrência e duração dos episódios de incapacidade temporária para a realização das atividades habituais na segunda fase de coleta de dados, e será tratado através de variável composta, com 3 categorias de participantes: aqueles que não relataram incapacidade, incapacidade até 7 dias, incapacidade por 8 a 14 dias. Consideraremos como possíveis modificadoras de efeito o gênero e as variáveis relacionadas à posição socioeconômica, como escolaridade e renda domiciliar *per capita*, e sexo, idade, cor/raça, índice de massa corporal, presença de comorbidades, valor aferido da PA e o uso de medicação anti-hipertensiva são potenciais variáveis de confusão a serem consideradas.

PALAVRAS-CHAVE: hipertensão arterial; incapacidade temporária; rotulação; *illness behavior*.

REFERÊNCIAS

- ALDERMAN, M. H.; LAMPORT, B. Labeling of hypertensives: a review of the data. *Journal of Clinical Epidemiology*, n. 43, p. 195-200, 1990.
- BARGER, S. D.; MULDOON, M. F. Hypertension labelling was associated with poorer self-rated health in the Third US National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Human Hypertension*, n. 20, p. 117-123, 2006.
- BARSKY, A. J.; BORUS, J. F. Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, n. 130, p. 910-921, 1999.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n. 34, p. 145-153, 2000.

HAYNES, R. B. et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *New England Journal of Medicine*, n. 299, p. 741-744, 1978.

LEYNEN, F. et al. Increased absenteeism from work among aware and treated hypertensive and hypercholesterolaemic patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, n. 13, p. 261-267, 2006.

MILNE, B. J., LOGAN, A. G.; FLANAGAN, P. T. Alterations in health perception and life-style in treated hypertensives. *Journal of Chronic Diseases*, n. 38, p. 37-45, 1985.

PICKERING, T. G. Now we are sick: labeling and hypertension. *Journal of Clinical Hypertension*, n. 8, p. 57-60, 2006.

WHELTON, P. K., BEEVERS, D.G.; SONKODI, S. Strategies for improvement of awareness, treatment and control of hypertension: results of a panel discussion. *Journal of Human Hypertension*, n. 18, p. 563-565, 2004.

MESA 8 - DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE
MEDIADORA: SIMONE MARIA DOS SANTOS (Fiocruz)

O CORPO OBESO ESTIGMATIZADO NO CAMPO DO FITNESS

AUTOR: Rafael da Silva Mattos*

ORIENTADORA: Madel Therezinha Luz

O objetivo deste trabalho é discutir os conceitos de *habitus* e de *campo* na teoria de Pierre Bourdieu, relacionando-os com a corporeidade dos indivíduos obesos. Trata-se de um estudo sócio-antropológico realizado, em conjunto, pelo *Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas e Práticas e de Saúde* do Instituto de Medicina Social e pelo *Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física* do Instituto de Educação Física e Desportos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A estratégia metodológica adotada foi: observação etnográfica durante nove meses, entrevistas em profundidade com 13 obesos e 18 profissionais de saúde e documentação fotográfica.

Sabemos que o corpo é um produto (e até mesmo produtor) da realidade social e que distintas sociedades são compostas por códigos culturais próprios, que prescrevem e legitimam diferentes usos e tratamentos do corpo. A história, a sociedade, a cultura e os discursos se inscrevem no corpo. A dinâmica corporal é a linguagem anterior à fala.

O corpo obeso é capaz de expressar um *habitus*, isto é, um sistema de disposições, modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar, adquiridos pela interiorização das estruturas sociais, de tal forma que os obesos são agentes que utilizam o corpo a partir de um sistema de preferências, de princípios, de estruturas cognitivas e de esquemas de ação que orientam sua percepção e seu fazer frente à atividade física e à alimentação.

O *habitus* enquanto forma incorporada se manifesta nos julgamentos portados sobre o corpo, tanto do ponto de vista da estética, dos cuidados do corpo e da alimentação. O corpo é um elemento central desse sistema de disposições. O *habitus* coloca a questão da centralidade do corpo como *locus* privilegiado de análise do sujeito social (Duret; Roussel, 2003).

Vigarello (2005) nos mostra que vivemos num momento de “Ditadura das Medidas”. As mulheres atualmente temem qualquer corpo que não seja liso, bronzeado e com a barriga reta, enquanto os homens treinam e administram o corpo buscando músculos, já que é a marca de poder simbólico *no campo* do *fitness*. A gordura torna-se a representação da sujeira, da desordem. O corpo gordo é o corpo que polui a ordem social. Eliminar essa sujeira é um esforço para organizar o ambiente contaminado pela desordem. Nesse processo de imposição de ordem, a gordura é reconhecida como algo fora do lugar, uma ameaça, algo desagradável. Todavia, é preciso ressaltar que o obeso só é identificado como o “sujo” porque há uma lógica social, mesmo inconsciente, que define o magro como aquele que segue as normas, regras e padrões “corretos”. O obeso é o “desviante”. A representação do obeso como “desviante” é construída ao longo de uma interação (social e simbólica). Esse “desvio” só existe por seus significados e valores culturais numa sociedade composta por um conjunto imenso de atores agindo e reagindo numa cultura que privilegia o corpo “sarado”.

A cultura contemporânea valoriza tanto a magreza, que transforma a gordura em um símbolo de falência moral, produzindo exclusão, estigma e desvio dos que não se adaptam a esse ideal de corpo. A gordura se tornou um paradigma da feiúra. O esforço para eliminar a gordura é o

* Mestrando em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (rafaelsmattos@uol.com.br).

mesmo para eliminar a feiúra. Para Dortier (2008), a história das representações da beleza e da feiúra confirma que a beleza é espontaneamente ligada a inteligência, gentileza, saúde, simpatia, enquanto a feiúra é maléfica e gera repulsão e temor. O imaginário da feiúra é associado ao mal, correspondente com os monstros, o diabo, o perverso, o doente. Da infância (na escola) à vida adulta (no trabalho), a beleza torna-se fator fundamental para aquisição de *status*.

Os indivíduos não atraentes são percebidos socialmente como menos qualificados, menos saudáveis, menos inteligentes e menos sexualmente ativos que os indivíduos atraentes. Eles percebem os constrangimentos sociais devido a sua aparência. Diante disso, os obesos procuram práticas corporais de saúde, a fim de que possam emagrecer. As atividades de *fitness* têm prometido todos os resultados esperados por aqueles que não se enquadram nos padrões hegemônicos de beleza e desejam, portanto, adquirir esse corpo “sarado”. Nesse sentido, a prática de atividades físicas, atualmente, nas academias está ligada à estética do corpo individual, modelando os corpos dos indivíduos para que eles adquiram uma forma condizente com as rigorosas normas de beleza da cultura em voga. São espaços físicos onde se produz um *campo* do *fitness*.

Compreende-se *campo*, categoria analítica criada por Bourdieu (1983, 2004), como um microcosmo social, no qual determinados bens simbólicos são produzidos, consumidos, classificados e hierarquizados por agentes de conservação e agentes de subversão. Logo, no *campo* do *fitness*, o obeso é um agente subversivo que chega, inclusive, a trazer horror aos agentes de conservação do *campo*. O obeso carrega no seu corpo o extremo oposto daquilo que os agentes desse *campo* estão procurando eliminar: **a gordura!** Esta representa a sujeira, a impureza, o profano.

Assim, pessoas obesas tendem a rejeitar as academias como locais de promoção de saúde e qualidade de vida, pois os valores, sentidos, significados e representações de saúde não preenchem o vazio de sentidos que ronda suas vidas em virtude do estigma da gordura. Eles são considerados agentes subversivos no *campo* do *fitness* ao não reproduzirem o *habitus* desse *campo*. Trata-se de pensar o *campo* do *fitness* como um espaço socialmente determinado, onde as posições dos agentes se encontram predefinidas, apresentando-se como espaços de luta onde se expressam relações de poder, ao passo que o *habitus* do praticante de *fitness* conforma e orienta as ações dos agentes nesse *campo*. O *habitus*, como produto das relações sociais, tende a assegurar a reprodução de relações objetivas no *campo* no qual se originou.

PALAVRAS-CHAVE: práticas corporais; saúde; obesidade; campo.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. Tradução de Denice Barbara Catani. São Paulo: UNESP, 2004.

_____. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

DORTIER, J-F. La tyrannie de la beauté. *Sciences Humaines*, n. 195 (Le corps sous contrôle), jul. 2008.

DURET, P.; ROUSSEL, P. *Le corps et ses sociologies*. Paris: Nathan, 2003.

VIGARELLO, G. Années folles: le corps métamorphosé. *Sciences Humaines*, n. 4 (Femmes, Combats et Débats), nov./dez 2005.

EFEITOS CONTEXTUAIS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE LAZER: ESTUDO PRÓ-SAÚDE

AUTORA: **Karine de Lima Sírío Boclin***

COAUTORES: **Eduardo Faerstein, Carlos Eduardo Raymundo, Mariana Miranda Autran Sampaio, Antônio Carlos Ponce de Leon**

ORIENTADOR: **Eduardo Faerstein**

FOMENTO: **CAPES**

Introdução

Atividade física regular é associada à redução no risco de morbi-mortalidade de grande número de doenças (Carlsson et al., 2007). Entretanto, observa-se decréscimo acentuado nas atividades de deslocamento e ocupacionais devido a processos de mecanização do trabalho e das atividades domésticas (Brownson et al., 2005). Dessa forma, a atividade física de lazer (AFL) passa a ter papel relevante no cumprimento das necessidades diárias de atividade física.

A AFL é determinada por fatores individuais e contextuais (Ball et al., 2007; Wendel-Vos et al., 2007). Embora a literatura sobre determinantes contextuais e desfechos de saúde seja crescente, pouco se sabe sobre a relação entre essas variáveis e a AFL. Dessa forma, este trabalho teve como objetivo avaliar a associação entre variáveis individuais e contextuais e a prática de AFL.

Métodos

A população de estudo foi composta por funcionários de universidade no Rio de Janeiro, participantes da fase 1 do Estudo Pró-Saúde que residiam na cidade do Rio de Janeiro durante a coleta de dados. Foram excluídos os indivíduos sem informações sobre o bairro de residência, sobre AFL e aqueles impedidos de realizar alguma de suas atividades habituais durante o período da avaliação.

A interdependência entre indivíduos que residiam no mesmo bairro foi considerada. Dessa forma, foram utilizados modelos hierárquicos com os indivíduos (n=2733) agregados em bairros (n=144).

A variável desfecho (AFL) foi medida a partir da questão “*Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer?*”.

As variáveis individuais estudadas foram: sexo, idade, renda, escolaridade, situação conjugal, percepção de saúde, percepção de peso e Índice de Massa Corporal. Já as contextuais (bairros) foram: Índice de Desenvolvimento Social (IDS), Índice de Theil e Proporção de Parques, Praças e Jardins (PPPJ). Os dados contextuais foram extraídos do IBGE (Censo demográfico de 2000) e da Fundação Parques e Jardins (1999).

Foram estimadas prevalências de AFL e razões de chances (com intervalos de 95% de confiança) brutas e ajustadas através de três modelos de regressão logística multinível com intercepto aleatório. O Modelo 1 incluiu somente variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, renda, escolaridade e situação conjugal); o Modelo 2, variáveis individuais; e o Modelo 3 todas as variáveis estudadas. Foram utilizados, para tanto, o algoritmo RIGLS (*Restricted Iterative Generalized Least Squares*) e o método de estimação PQL (*Penalized Quasilikelihood*) de segunda ordem.

A partir do ajuste dos modelos, foram calculados o coeficiente de partição de variância (VPC) e a proporção da variância explicada (R_2). Para análise dos modelos foram feitos

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (kboclin@hotmail.com).

diagnósticos dos resíduos nos dois níveis de análise. Todos os procedimentos foram realizados no programa MLWin versão 2.02.

Resultados

A prevalência de AFL entre os participantes foi de 42,9%. As razões de chance brutas e ajustadas para variáveis individuais e contextuais são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Razão de chances de AFL entre funcionários de universidade do Rio de Janeiro, de acordo com variáveis individuais e contextuais estudadas. Estudo Pró-Saúde, 1999.

Variáveis	OR Bruto	OR Ajustado (Mod 3)
Escolaridade		
1º grau completo	1	1
2º grau completo	1.14 (0.91–1.44)	1.06 (0.80 – 1.41)
Universitário completo	1.42 (1.14 – 1.78)	1.05 (0.77 – 1.44)
Renda		
<3 SM	1	1
3 a 6 SM	1.17 (0.94 – 1.45)	1.04 (0.82 – 1.33)
>6 SM	1.80 (1.45 – 2.25)	1.40 (1.07 – 1.83)
Idade		
20-30	1	1
31-40	1.15 (0.91 – 1.45)	1.25 (0.97 – 1.60)
41-50	1.17 (0.92 – 1.48)	1.44 (1.09 – 1.90)
>50	0.97 (0.70 – 1.33)	1.35 (0.93 – 1.97)
Sexo		
Masculino	1	1
Feminino	0.65 (0.55 – 0.75)	0.58 (0.48 – 0.69)
Situação conjugal		
Casado(a) ou vive em união	1	1
Separado(a),divorciado(a) ou viúvo(a)	0.78 (0.62 – 0.98)	0.87 (0.69 – 1.10)
Casado(a) ou vive em união	0.95 (0.78 – 1.15)	0.99 (0.80 – 1.23)
Percepção de saúde		
Boa	1	1

Má	0.41 (0.32 – 0.52)	0.49 (0.38 – 0.64)
Percepção de peso		
Acima do ideal	1	1
Ideal	1.13 (0.93 – 1.37)	0.93 (0.74 – 1.18)
Abaixo do ideal	0.89 (0.68 – 1.17)	0.69 (0.50 – 0.95)
IMC		
Normal	1	1
Sobrepeso	0.92 (0.77 – 1.10)	0.79 (0.64 – 0.98)
Obesidade	0.67 (0.53 – 0.86)	0.64 (0.48 – 0.86)
Theil		
1º quintil	1	1
2º quintil	1.05 (0.73 – 1.50)	1.22 (0.89 – 1.68)
3º quintil	0.79 (0.55 – 1.12)	0.92 (0.68 – 1.25)
4º quintil	1.24 (0.86 – 1.77)	1.17 (0.87 – 1.58)
5º quintil	1.57 (1.06 – 2.32)	1.21 (0.90 – 1.61)
IDS		
1º quintil	1	1
2º quintil	1.14 (0.88 – 1.58)	1.28 (0.93 – 1.75)
3º quintil	1.56 (1.20 – 2.03)	1.49 (1.10 – 2.01)
4º quintil	1.90 (1.45 – 2.49)	1.50 (1.06 – 2.14)
5º quintil	2.64 (2.07 – 3.41)	1.89 (1.29 – 2.79)
PPPJ		
1º quintil	1	1
2º quintil	0.92 (0.68 – 1.24)	0.89 (0.66 – 1.19)
3º quintil	1.55 (1.11 – 2.16)	1.25 (0.89 – 1.76)
4º quintil	1.87 (1.40 – 2.49)	1.15 (0.82 – 1.64)
5º quintil	1.16 (0.86 – 1.57)	1.04 (0.77 – 1.41)

A tabela 2 apresenta os R_2 e VPC para os modelos ajustados. O modelo 3 explicou 94,8% da variação da AFL entre os indivíduos. Nesse modelo, 0,02% da variabilidade não explicada é atribuível as diferenças entre características dos bairros.

Tabela 2. Coeficientes de partição de variância referente ao bairro e proporção explicada (R_2) da variabilidade entre indivíduos nos diferentes modelos. Estudo Pró-Saúde, 1999

Modelos ajustados	VPC	R_2
Modelo vazio	3,4%	0%
Modelo 1	1,3 %	60,8%
Modelo 2	1,4%	64,0%
Modelo 3	0,02 %	94,8%

Discussão

Indivíduos do sexo masculino, com boa percepção de saúde e com maior renda domiciliar *per capita* tiveram maior chance de praticar AFL enquanto aqueles com sobrepeso e obesidade tiveram chances menores, independentemente de características individuais e contextuais. Quanto às variáveis estruturais, residentes em áreas com maiores IDS tiveram chance aumentada de praticar AFL.

Neste estudo não foi possível investigar a associação entre variáveis contextuais que poderiam estar diretamente associadas à AFL, devido à falta de disponibilidade de indicadores. Como aproximação, foi construída a variável PPPJ, que perdeu associação quando controlada pelas outras variáveis estruturais. No entanto, bairros com maiores IDS são os que possuem melhor

qualidade habitacional, maior acesso a saneamento básico, maiores graus de escolaridade e disponibilidade de renda entre os chefes dos domicílios e poderiam, portanto, oferecer maior acesso a prática de AFL.

PALAVRAS-CHAVE: atividade física de lazer; epidemiologia; variáveis contextuais; modelos multiníveis.

REFERÊNCIAS

BALL, K.; TIMPERIO, A. et al. Personal, social and environmental determinants of educational inequalities in walking: a multilevel study. *J Epidemiol Community Health*, v. 61, n. 2, Feb, p. 108-14, 2007.

BROWNSON, R. C.; BOEHMER, T. K et al. Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annu Rev Public Health*, v. 26, p. 421-43, 2005.

CARLSSON, S.; ANDERSSON, T. et al. Physical activity and mortality: is the association explained by genetic selection? *Am J Epidemiol*, v. 166, n. 3, Aug 1, p. 255-9, 2007.

WENDEL-VOS, W.; DROOMERS, M. et al. Potential environmental determinants of physical activity in adults: a systematic review. *Obes Rev*, v. 8, n. 5, Sep, p. 425-40, 2007.

ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DE PERFIS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO: ESTUDO PRÓ-SAÚDE

AUTORA: Flávia dos Santos Barbosa *

COAUTORES: Cláudia de Souza Lopes, Eduardo Faerstein e Dora Chor

ORIENTADOR: Guilherme Loureiro Werneck

CO-ORIENTADORA: Maria Helena Hasselmann

FOMENTO: FAPERJ

O acidente de trabalho é definido como aquele decorrente do exercício do trabalho, que provoca lesão corporal ou perturbação funcional levando a morte, perda ou redução da capacidade laboral (Brasil, 1991). Diferentemente do que o nome sugere, não são eventos acidentais, mas sim fenômenos socialmente determinados, potencialmente previsíveis e preveníveis (Cordeiro et al., 2005).

No Brasil, várias pesquisas vêm focalizando os acidentes de trabalho, não apenas através de estimativas de morbi-mortalidade, mas também buscando conhecer seus fatores de risco e macrodeterminantes político-sociais. Tais abordagens são fundamentais para a compreensão das especificidades desse fenômeno (Santana et al., 2005). A identificação de perfis socioeconômicos e ocupacionais associados à ocorrência dos diferentes tipos de acidentes de trabalho pode ser útil para a construção de ações de vigilância da saúde do trabalhador, particularmente no que tange à delimitação de grupos populacionais sob maior risco para ações orientadas de prevenção.

Com o propósito de contribuir para esta linha de investigação, o presente estudo objetivou explorar, em uma população de funcionários públicos, um conjunto de características sócio-

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (barbosafllavia@ims.uerj.br).

demográficas e ocupacionais, que identifiquem perfis associados à ocorrência de acidentes de trabalho. As análises dizem respeito a 3.572 funcionários com até 70 anos (82% da população elegível) participantes da segunda fase de coleta de dados (Estudo Pró-Saúde) e incluem dados colhidos por meio de um questionário autoperenchível, aplicado no local de trabalho. A história de acidentes de trabalho foi captada por meio de perguntas dicotômicas (sim *vs.* não) para cada um dos seguintes tipos de acidentes: perfuração com agulha; perfuração com outro objeto; corte; queimadura; choque elétrico; contusão ou distensão muscular; fratura, entorse ou luxação; e envenenamento ou intoxicação. O período de referência para aferição correspondeu aos 12 meses anteriores à aplicação de questionário.

Utilizou-se a técnica de análise de correspondência múltipla para encontrar agrupamentos de funcionários quanto ao perfil sócio-demográfico e ocupacional associado à ocorrência de acidente de trabalho, de acordo com as seguintes características: sexo, idade, escolaridade, renda *per capita*, ocupação, setor e local de trabalho. Os procedimentos e as análises foram realizados no programa STATA versão 8.0.

A análise de correspondência oferece informações de contraste entre relações de categorias de variáveis contingenciadas, de modo que uma relação mais forte entre duas categorias em comparação com outras relações não pressupõe efeitos de uma sobre a outra (Batista et al., 2004). Portanto, para boa interpretação dos resultados, deve-se ter em mente que este plano de análise tem natureza essencialmente descritiva e subjetiva, não comportando inferências de causa e efeito e como corolário interpretações de risco.

Por envolver seres humanos, a pesquisa foi realizada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, dispostas na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

A prevalência total de acidentes no período de 12 meses (número de funcionários que sofreram pelo menos um acidente de trabalho) foi de 25,6%. Dos tipos de acidentes referidos, o mais frequente foi a contusão ou fratura, com cerca de (10,2%) de relatos. Em seguida, aparecem as perfurações com agulha (6,5%). Os outros tipos apresentaram um percentual menor que 4%.

Os resultados da análise de correspondência revelam três grupos, destacando-se aquele formado pelos que sofreram perfuração com agulha com um perfil que abrange os auxiliares de enfermagem, com local de trabalho no hospital universitário e adjacências, e setores como a UTI, CTI, emergência, cirurgia geral, clínica geral e ambulatório. Esses achados, apesar de não se basearem em uma apreciação das forças da associação entre eventos ou mesmo em considerações acerca da significância estatística dos resultados, reforçam a literatura que afirma ser a manipulação de agulha o maior risco de acidente por material penetrante entre trabalhadores hospitalares (Marziale et al., 2004).

Neste estudo, os achados relativos aos grupos não demonstram predominância do sexo em nenhum deles. Com relação à renda *per capita*, as análises foram concordantes com outros trabalhos que demonstraram maior nível de renda entre funcionários que não sofreram nenhum acidente quando comparados aos acidentados (Lima et al., 1999).

A compreensão e a visualização dos perfis dos funcionários acidentados possibilitam o planejamento de medidas gerais e específicas na prevenção dos acidentes de trabalho. A constatação de que determinado tipo de acidente ocorre mais em certos setores da universidade ou do hospital, ou está relacionado a certas ocupações, auxilia o desenvolvimento de ações pontuais e diretas no ambiente de trabalho e relacionadas ao funcionário.

Em síntese, os achados reforçam a importância das características sócio-demográficas na ocorrência dos acidentes de trabalho. A prevenção dos acidentes do trabalho passa, portanto, por uma melhoria geral das condições de vida e trabalho decorrente da maior valorização do trabalhador e de maiores investimentos na formação e remuneração da força de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: acidentes de trabalho; análise de correspondência; estudos descritivos; saúde ocupacional.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, L. E. et al. Cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2000. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n. 5, p. 630-6, 2004.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei Orgânica da Previdência Social. Lei nº 8.212 e Lei nº 8.213, de 24.07.1991. *Diário Oficial da União*, Brasília. 1991.
- CORDEIRO, R. et al. Subnotificação de acidentes do trabalho não-fatais em Botucatu, SP, 2002. *Rev Saúde Pública*, v. 39, p. 254-60, 2005.
- LIMA, R.C. et al. Percepção de exposição a cargas de trabalho e riscos de acidentes em Pelotas, RS (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 137-146, 1999.
- MARZIALE, M. H. P. et al. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 36-42, 2004.
- SANTANA, V. et al. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

ESTRESSE NO TRABALHO E ACIDENTES DE TRABALHO: UMA ABORDAGEM MULTINÍVEL - ESTUDO PRÓ-SAÚDE

AUTOR: Alexandre dos Santos Brito*

COAUTORES: Dora Chor , Eduardo Faerstein e Cláudia de Souza Lopes

ORIENTADOR: Antonio Carlos M. Ponce de Leon

CO-ORIENTADOR: Guilherme Loureiro Werneck

FOMENTO: CNPq

Estudos apontam para a investigação dos acidentes de trabalho em função do estresse no trabalho resultante de demanda psicológica e controle do trabalho (Murata et al., 2000; Nolting et al., 2002; Fischer et al., 2005).

Segundo Karasek (1979), autor que propôs um modelo de demanda-controle, as demandas são pressões de natureza psicológica, sejam elas quantitativas, tais como tempo e velocidade na realização do trabalho, ou qualitativas, tais como os conflitos entre demandas contraditórias. O controle é a possibilidade que o trabalhador tem de utilizar suas habilidades intelectuais para a realização de seu trabalho, bem como possuir autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo. Segundo o autor, o maior risco para a saúde ocorre entre trabalhadores com altas demandas psicológicas combinadas com baixo controle do processo de trabalho. Na década de 80, o apoio social no trabalho foi introduzido no modelo demanda-controle (Johnson & Hall, 1988). A percepção do apoio social no ambiente de trabalho é definida como os níveis de interação social existentes no trabalho, tanto com os colegas quanto com os chefes, e atuaria amortecendo ou potencializando o efeito da demanda e do controle na saúde.

* Doutorando em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (britoalexandre@ims.uerj.br).

O local ou grupo de trabalho é identificado como um importante nível de captação do estresse no ambiente de trabalho, na medida em que os trabalhadores influenciam e são influenciados pelos outros componentes desse grupo. Essa situação caracteriza uma dependência dos indivíduos em relação ao grupo de trabalho e estabelece um padrão de variabilidade definido pelos dois níveis desta estrutura hierárquica: o individual (primeiro nível) e o grupo (segundo nível). Ainda que desejáveis, abordagens analíticas para contemplar determinantes de saúde individual que operam em ambos os níveis, os assim denominados modelos multiníveis, não têm sido frequentemente utilizadas em estudos sobre acidentes de trabalho.

Este estudo teve o objetivo de investigar a associação entre estresse no trabalho e a ocorrência de acidentes de trabalho a partir de modelos multiníveis, considerando a agregação dos funcionários em seus setores de trabalho.

As análises dizem respeito a 3.572 funcionários técnico-administrativos com até 70 anos (82% da população elegível) participantes da segunda fase de coleta de dados do Estudo Pró-Saúde e incluem dados colhidos por meio de um questionário autopreenchível. O período de referência para a aferição dos acidentes correspondeu aos 12 meses anteriores à aplicação do questionário e foram abordados os seguintes tipos de acidentes: perfuração com agulha; perfuração com outro objeto; corte; queimadura; choque elétrico; contusão ou distensão muscular; fratura, entorse ou luxação; e envenenamento ou intoxicação. Os tipos de acidentes foram agrupados gerando a variável dependente (ocorrência de pelo menos um acidente). A abordagem do estresse psicossocial no trabalho considerou a demanda psicológica, o controle do processo laboral e o apoio no trabalho por meio da escala Karasek. Essas medidas relacionadas ao estresse no trabalho foram operacionalizadas de modo a separar a mensuração no nível do setor de trabalho (valor médio em cada setor de trabalho) e individual (desvio da medida de cada indivíduo em relação à média no seu setor de trabalho). As análises foram conduzidas a partir de modelos lineares generalizados multiníveis ajustados por aspectos sócio-demográficos. Termos quadráticos foram incluídos nos modelos, visando a controlar o efeito de possíveis relações curvilíneas entre as variáveis do estresse no trabalho e a prevalência de acidentes de trabalho.

A prevalência de acidentes no período foi de 26%. Os resultados destacam a demanda psicológica mensurada no nível do indivíduo como importante fator associado à ocorrência de acidentes de trabalho, principalmente para indivíduos com demanda acima da média, independentemente do controle que porventura o funcionário detenha sobre seu processo de trabalho. O apoio social no trabalho apresentou associação inversa à prevalência de acidentes de trabalho, sendo, no nível do setor de trabalho, curvilínea e acentuada entre as mulheres. Araújo et al. (2003) sugerem que a comunicação entre colegas de trabalho e o estabelecimento de relações afetivas com o trabalho realizado podem ser mais relevantes para as mulheres do que para os homens. Segundo Frankenhaeuser (1991), as mulheres valorizam, no ambiente de trabalho, elementos psicossociais como apoio e comunicação. Não foram encontrados outros estudos investigando essas associações por meio de uma abordagem multinível. Entretanto, ignorando o agrupamento dos trabalhadores, Murata et al. (2000) ressaltaram a importância da alta demanda psicológica e do baixo apoio social no trabalho como fatores de risco para acidentes de trabalho. No Brasil, estudo realizado entre trabalhadores adolescentes também encontrou associação entre demanda psicológica e prevalência de acidentes de trabalho (Fischer et al., 2005).

Este estudo reforça a importância de características psicossociais na ocorrência de acidentes de trabalho e contribui para o conhecimento dessas relações a partir de abordagens analíticas que refinam a captação da estrutura de dependência dos indivíduos em seu ambiente de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: acidentes de trabalho; estresse no trabalho; modelos multiníveis.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, T.M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, v. 4, p. 424-433, 2003.
- FISCHER, F.M. et al. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 245-253, 2005.
- FRANKENHAEUSER, M. The psychophysiology of sex differences as relate to occupational status. In: FRANKENHAEUSER, M.; LUNDBERG, U.; CHESNEY M. (eds.). *Women, work and stress: stress and opportunities*. New York: Plenum Press, 1991, p. 39-61.
- JOHNSON, J.V.; HALL, E.M. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, v. 78, p. 1336-1342, 1988.
- KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for redesign. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, p. 285-308, 1979.
- MURATA, K.; KAWAKAMI, N.; AMARI, N. Does Job Stress Affect Injury Due to Labor Accident in Japanese Male and Female Blue-Collar Workers? *Industrial Health*, v. 38, p. 246-251, 2000.
- NOLTING, H. D. Et al. Job strain as a risk factor for occupational accidents among hospital nursing staff. *Gesundheitswesen*, v. 64, n. 1, p. 25-32, 2002.

MESA 9 - SAÚDE E SUBJETIVIDADE
MEDIADOR: EDSON SAGGESE (IPUB/UFRJ)

A LINGUAGEM DO SILÊNCIO E A CAPACIDADE DE ESTAR SÓ

AUTOR: Sergio Gomes da Silva*

ORIENTADOR: Jurandir Freire Costa

O mundo moderno é tecido pela contingência da comunicação e da linguagem no qual somos cada vez mais incitados ao imperativo do “tudo dizer”. Nessa concepção de mundo, não há lugar para o silêncio e para a interioridade como uma “tecnologia do eu”. Somos uma sociedade que valoriza o ruído, a comunicação e a palavra falada, desprezando a linguagem da interioridade cuja hemorragia do discurso é causada principalmente pela impossibilidade de suturar o silêncio.

Várias abordagens teóricas tentaram explorar a questão do silêncio. A psicanálise se configura como uma delas. O silêncio passa a ser do domínio da psicanálise a partir dos primeiros contatos de Freud com “suas históricas”. Ainda de modo incompreendido, tateando em busca do desconhecido, Freud buscava descobrir sobre aquilo que não “está sendo dito”. Ele incitava o discurso impelindo o paciente a não esconder nada, a contar tudo, tal qual uma confissão. Estimulando o paciente a produzir um discurso, Freud desejava que fossem produzidas associações levando-o à lembrança, sendo o silêncio banido do campo da análise.

Assim, na metapsicologia freudiana, o silêncio ou representava a expressão do recalcado ou fazia parte de um dos mecanismos da censura e da resistência dos desejos inconscientes do paciente, impedindo suas representações virem à luz. Em outro momento, o silêncio era expressão do próprio analista, produzindo no paciente um “mal-estar” para que o discurso do inconsciente viesse a fluir.

Sabemos que o silêncio na situação analítica é um fato clínico complexo e recorrente. Em sua quase totalidade, a perspectiva ora recai na figura do analista frente ao analisando, através do manejo da técnica, ora recai na figura do analisando, através de interpretações sucessivas do seu sintoma, do recalçamento, da dinâmica transferencial ou das pulsões. Poucos são aqueles que se aventuraram em analisar o silêncio através da perspectiva da “linguagem da interioridade”, da vida interior, ou da produção criativa, tal qual Donald W. Winnicott (1988a, 1988b, 1988c).

Não obstante, antes de prosseguirmos, quando falamos de linguagem da interioridade, que sentido queremos atribuir? De acordo com Costa (2007, p. 42-43), a interpretação dada acerca de “interno”, “interior” e “interioridade” é formada por uma atitude cognitiva imprópria e por uma atitude emotiva apropriada, ou seja, ao utilizarmos estes conceitos, o fazemos de forma teoricamente infundada, mas psicologicamente justificada. Para Costa, a idéia corrente de “interior” como espaço ou continente imaginário, povoado por processos mentais privados e inverificáveis por observação empírica, não se sustenta e pode ser substituída pela idéia de “interioridade como um fenômeno público relacional, fundado na corporeidade física e sobre o qual podemos fazer afirmações empíricas testáveis” (Costa, 2007, p. 43).

Interioridade, portanto, é equivalente a eventos privados, conhecidos de modo imediato e indubitável pela introspecção. O que chamamos de mente ou mundo interior nada mais é do que atividades distintas como pensar, sentir, falar, fazer cálculos, chorar, sonhar, desejar etc., possibilitados pela linguagem ordinária constitutiva da nossa mente.

* Mestrando em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (sergiogsilva@uol.com.br).

Ao pensar silenciosamente, ao dialogar imaginariamente com alguém ou ao evocar uma música, uma paisagem ou a figura de um animal mitológico etc., estamos simplesmente testemunhando a presença de fenômenos que adjetivamos como “internos”, manifestando disposições corporalizadas para acionar mecanismos vocais, sem concluir a ação (Costa, 2007).

Toda a palavra se alimenta neste lugar sem espaço nem tempo a que, na falta de melhor explicação, chamamos de “a interioridade do indivíduo”, afirma Le Breton. Este é um mundo caótico e silencioso que nunca se cala, carregado de imagens, desejos, medos, emoções minúsculas ou avassaladoras. Mais do que ruído, o silêncio para Le Breton é o inimigo reconhecido daquilo que ele denomina de “*homo communicans*”. O silêncio implica, na verdade, uma interioridade, uma meditação, uma distância assumida em relação à turbulência das coisas, uma ontologia que não tem tempo de aparecer, se não estivermos atentos a ela (Le Breton, 1999, p. 12).

Logo, a comunicação silenciosa com os objetos subjetivos está na raiz do sentimento de ser real, e não apenas a serviço do recalque, dos mecanismos de defesa, da censura ou da pulsão de morte. Pelo contrário, o silêncio é uma das condições para que o *self* se desenvolva e uma das condições para que isso ocorra é que o *self* possa se sentir em vida na presença de outro, ou nas palavras de Winnicott, é preciso desenvolver na linguagem da interioridade, uma “capacidade de estar só”, mesmo que na presença do outro (Winnicott, 1988a, 1988b).

Na verdade, a capacidade de estar só é um dos sinais mais importantes do amadurecimento emocional do indivíduo e depende da existência de um objeto bom internalizado na vida psíquica, para que não venhamos a desenvolver determinados estados patológicos tais como a depressão ou a solidão patológica resultante desta. Para Winnicott (1988b), o silêncio é necessário para construção do “verdadeiro *self*”, do “processo criativo e para o nosso desenvolvimento emocional”.

Winnicott justapõe, portanto, o silêncio com a “capacidade de estar só”, sobretudo na presença de alguém. Estar só na presença de alguém, afirma o autor, pode ocorrer em um estágio precoce, quando a imaturidade do ego é compensada pelo apoio do ego da mãe, e à medida que o tempo passa, o indivíduo introjeta o ego auxiliar da mãe e se torna capaz de ficar só. Este é o substrato das relações de amizade, da autonomia psíquica, além de ser a matriz da transferência no *setting* analítico (Winnicott, 1994).

Com isso queremos defender o silêncio como expressão da linguagem da interioridade, ou, dito de outro modo, uma expressão da nossa capacidade criativa de elaborarmos diálogos, imagens e demais representações em nossas mentes, sem utilizarmos mecanismos vocalizáveis através da fala. O silêncio nada mais é do que expressão da nossa capacidade mental de produzirmos “internamente” um mundo em que sujeitos iguais a nós não só terão acesso ou através da comunicação ou através da manifestação de nossa criatividade em relação ao mundo.

O silêncio, por fim, tal qual a comunicação silenciosa, está na raiz de ser real, uma condição necessária para que o nosso *self* se sinta vivo e se desenvolva. Reconhecer nossa “pré-disposição” para estar só é se abrir para uma psicanálise humanamente mais útil.

PALAVRAS-CHAVE: linguagem; silêncio; interioridade; *self*.

REFERÊNCIAS

COSTA, J.F. et al. *O risco de cada um*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

LE BRETON, David. *Do silêncio*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

WINNICOTT, D.W. A capacidade para estar só (1958) In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988a.

_____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos (1963) In: _____ . *O Ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988b.

_____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self” (1960) In: _____ . *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988c.

_____. Duas notas sobre o uso do silêncio In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

CONSIDERAÇÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE AS NOÇÕES PSICANALÍTICAS DE ALTERIDADE E DE DIFERENÇA SEXUAL

AUTORA: Marina Sodré Mendes Barros*

ORIENTADORA: Márcia Arán

FOMENTO: CAPES

A questão da sexualidade e da diferença sexual perpassa a própria história da psicanálise. Recentemente, estas noções têm sido problematizadas por autores que partem do pressuposto de que, embora a sexualidade esteja estreitamente relacionada ao conceito de inconsciente e de pulsão, ela não deixa de ser uma noção histórica e contingente. Segundo Arán (2008), para considerarmos a atualidade da psicanálise, temos que levar em conta as mudanças ocorridas no território das sexualidades nos últimos anos, quais sejam, (1) a escolarização das mulheres; (2) a entrada da mulher no mercado do trabalho; (3) a separação da sexualidade da reprodução; (4) a crise da forma burguesa da família nuclear; (5) uma política de visibilidade para a homossexualidade; e ainda mais recentemente, (6) as modificações corporais realizadas por transgêneros e transexuais. Estes fenômenos sugerem a existência de uma *nova cartografia das sexualidades* na cultura contemporânea, que configuram novas formas de subjetivação (Arán, 2008, 2006).

Algumas correntes psicanalíticas consideram que estas novas formas de sexualidade baseiam-se na negação da diferença sexual, mecanismo considerado típico aos sujeitos pós-modernos. Entendem ainda que as novas sociabilidades se caracterizam por um processo de dessimbolização, ou seja, pelo apagamento da diferença sexual no simbólico (Dufour, 2005).

Diante deste embate, a questão é relançada: para a psicanálise, a noção de diferença sexual coincide com a diferença anatômica entre os sexos? Ou ainda, mesmo levando em consideração o modelo simbólico estruturalista de Lacan, as posições sexuadas devem corresponder a um modelo binário e hierárquico? E finalmente, existe outra possibilidade de pensar a noção de diferença e alteridade na psicanálise para além do dispositivo da diferença sexual? Com o objetivo de aprofundar estas questões, em um primeiro momento analisaremos as críticas e as contribuições de Judith Butler para a teoria psicanalítica e, em seguida, procuraremos sugerir uma nova forma de pensar a alteridade.

Segundo Butler (2003), as indagações referidas acima não têm valor meramente retórico, tendo em vista que, no caso de uma resposta afirmativa, a teoria psicanalítica prescreveria normas de gênero através da reiteração das ditas posições masculina e feminina e através da abjeção de certas posições sexuais que não se encaixam nesta fórmula. Sob seu ponto de vista, esses dois mecanismos – o de reiteração de certas normas e a exclusão de outras possibilidades de vida – atravessam as explicações psicanalíticas do processo de subjetivação e, conseqüentemente, da teoria da sexuação, o que pode fazer da psicanálise um dispositivo de poder[†].

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (marinaso@osite.com.br).

† No sentido foucaultiano do termo.

Tal qual um dispositivo de poder, a psicanálise se esforça para naturalizar as normas que prescreve, o que Butler (2003) pretende demonstrar a partir da desconstrução de conceitos caros às psicanálises freudiana e lacaniana, como os conceitos de *complexo de Édipo* e de *castração*. A autora toma tais conceitos como balizas fundamentais que permitem uma leitura psicanalítica acerca da constituição da identidade de gênero segundo uma norma heterossexual.

No campo lacaniano propriamente dito, a crítica da autora incide com maior radicalidade sobre o *status* estrutural da lei, que intimamente associada à noção de *ordem simbólica*, adquire um caráter pré-ontológico. A proposta de Butler é entender a lei estrutural lacaniana como uma norma que se quer social, contingente e histórica. Em sua interpretação, o conteúdo histórico-contingente da *Lei* psicanalítica é formado pelo imperativo da heterossexualidade, tendo em vista que a diferença sexual é elevada à condição de entrada do sujeito na ordem simbólica. Por mais que defenda as posições sexuais – ser e ter o *falo* – como lugares que o sujeito pode vir a ocupar no interior da linguagem, ou seja, como duas distintas formas de se relacionar com o *falo*, e por mais que tenha tido mérito de romper com as idéias essencialistas sobre o homem e a mulher, Lacan reitera em sua obra o modelo binário e hierárquico da diferença sexual (Butler, 2003).

Nosso intuito é acompanhar essa releitura crítica acerca de tais conceitos, articulando-a com posições contrárias à idéia de que a psicanálise se constitui como um dispositivo de poder. De acordo com a compreensão de Žižek (1999), tanto Freud quanto Lacan se empenharam em demonstrar que nenhuma sexualidade se adequa por completo à ordem simbólica, sendo sempre incongruente o sexo anatômico e a identidade sexual do sujeito, por mais que este último esteja inserido na heterossexualidade simbólica. Para frisar tal concepção, o autor retoma de Lacan o termo *sexuação*, que denota justamente os paradoxos constitutivos da sexualidade humana. De acordo com essa perspectiva, a psicanálise rompe com as prescrições anátomo-biológicas da sexuação, pois entende que qualquer identidade sexual se faz a partir de conteúdos fantasmáticos. Butler e Žižek vão estabelecendo, assim, um diálogo acerca do estatuto da diferença sexual, que será nosso objeto de estudo.

A presente pesquisa pretende compreender também outro posicionamento neste debate contemporâneo, representado por autores como David-Ménard (2001), Birman (1999) e Arán (2006). Trata-se da proposta de conceber a alteridade sem que essa esteja associada à noção de diferença sexual, o que seria atingido através da valorização do campo pulsional como experiência alteritária. O encontro com o outro passa a ser reconhecido tanto no encontro com o outro-exterior quanto com o “outro dentro de si”. A relevância desta leitura está na impossibilidade de se construir um modelo universal da diferença, tendo em vista que enfatiza a relação desta com a singularidade. Nessa perspectiva, torna-se imprescindível pensar o encontro com a alteridade como o encontro com a indeterminação e a contingência.

PALAVRAS-CHAVE: alteridade; diferença sexual; cultura; subjetividade.

REFERÊNCIAS

ARÁN, M. *O avesso do avesso: feminilidade e novas formas de subjetivação*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. *A psicanálise e o dispositivo da diferença sexual*. Texto Mimeo, 15 p., 2008.

BIRMAN, J. *Cartografias do feminino*. São Paulo: Ed. 34, 1999.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

DÁVID-MÉNARD, M. *Todo el placer es mio*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2001.

DUFOUR, Dany-Robert. *A arte de reduzir as cabeças: sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

LACAN, J. "A Significação do Falo". In: *Os escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ZIZEK, S. "Passionate (Dis) Attachments, or, Judith Butler as a Reader of Freud". In: _____. *The Ticklish Subject: the absent center of political ontology*. London/New York: Verso, 1999.

O PÂNICO E SUAS RAÍZES

AUTORA: Solange d' Avila Melo Sarmiento*

ORIENTADOR: Carlos Alberto Plastino

FOMENTO: CAPES

Este trabalho aborda o quadro atualmente denominado de "síndrome do pânico", e faz uma articulação entre mito, psicanálise e questões da subjetividade contemporânea. Começa com uma breve descrição do mito do deus Pan, ressaltando aspectos relativos às suas origens. A partir daí, utilizando-se de referenciais psicanalíticos, resalta que falhas ambientais precoces e questões edípicas podem ser encontrados na etiologia da síndrome. Por fim, considera que as exigências de corpos perfeitos e jovens, e a ausência de pontos de ancoramento e referenciais externos, são fatores que contribuem para o desencadeamento da síndrome na contemporaneidade. Pânico: "1) Relativo ao deus Pã; [...] 3) Que suscita medo por vezes infundado e foge a um controle racional" (Ferreira, 1999, p. 1485). Na mitologia grega, Pan (ou Pã) nasceu da união de Mercúrio e uma ninfa. Diz o mito que sua mãe, ao vê-lo, horrorizou-se e fugiu, em função de sua aparência estranha: pés de bode, cabeça com chifres, corpo de homem. Mais tarde, já como jovem adulto, ouviu de Mercúrio, o pedido de que não se identificasse publicamente como filho (Ménard, 1991). Possuidor de uma sexualidade exuberante, Pan, tocando sua flauta, persegue ninfas que também fogem dele. Ou seja, aquele cujo significado do nome é "tudo" (pan) (Pugliese, 2004), nada possui (grifos meus).

Desprovido de suas raízes ambientais e identificatórias, vaga pelo mundo sozinho, com um corpo estranho e fragmentado, tocando sedutoramente seu instrumento musical em busca de um objeto de amor. Pensando livremente sobre o mito, o que temos? Um bebê recém-nascido, que, sendo estranhado em sua feiúra, é abandonado pela mãe: fica à mercê de si mesmo, com seu corpo diferente e imperfeito. Há uma falha ambiental precoce: sem os cuidados maternos propiciadores de ligações afetivas tranquilizadoras e facilitadoras de um desenvolvimento emocional satisfatório, o bebê fica desamparado. Sem ninguém para os ajudar no reconhecimento de cada vivência primitiva, ficaram mergulhados em sensações corporais que não foram acolhidas nem nomeadas. Não sendo reconhecidos pela mãe como sujeitos, sentem-se "sem chão", impedidos de ter a experiência de um momento ilusional integrador. Safra (2005) nos fala desta possibilidade: "O indivíduo vive angústias de dispersão e de aniquilamento de si mesmo, [...]. Pode-se observar este fenômeno em várias situações que têm sido diagnosticadas como "síndrome do pânico" (Safra, 2005, p. 72). Na clínica, os diagnósticos atualmente já vêm prontos, nomeados pelos próprios pacientes: "eu tenho pânico".

A forma de descrição dos sintomas é muitas vezes paradoxal: ao mesmo tempo em que há um relato coerente e racional das crises, estando a fala já relativamente pronta e elaborada, esta mesma racionalidade não os protege de angústias e medos intensos. O terror vivido é da ordem do indescritível e absolutamente não integrado com o restante do sujeito. Os sintomas são relatados como tendo surgido de repente, sem que houvesse nenhum "aviso prévio" de que algo não ia bem, e

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (ssarmiento@oi.com.br).

contrastam com o resto da vida do sujeito, que é vista como normal, satisfatória. O que estas pessoas teriam em comum, além do diagnóstico de pânico? E, principalmente, o que eles têm de diferente entre si? O que os singulariza, para além da angústia e medo? Ainda com Safra (2005): “Do ponto de vista da constituição do *self*, ali onde não houve a presença humana que possibilitasse o acontecer e a evolução do *self*, teremos um abismo no nada, buracos no *self* que fazem com que o indivíduo experimente o terror das angústias impensáveis” (Safra, 2005, p. 78). Sem um acolhimento ambiental adequado, ficaram sozinhos, às voltas com suas próprias experiências corporais, dores, desconfortos e estranhezas. No mito, já na adolescência, Pan sofre outro revés: seu pai nega as semelhanças com o filho, e proíbe que o reconhecimento da paternidade /sexualidade seja feito de forma pública. Assim, seu processo de construção subjetiva é novamente quebrado: o trauma de uma vivência de descontinuidade de ser no mundo é reatualizado.

Na expectativa dos pacientes, há sempre uma crise próxima: um passado sempre presente, provocando novas (ou as mesmas?) angústias. Ficam com “medo do medo”. Os sintomas constituem-se como um ponto de articulação temporal de algo passado que se torna repentina e repetidamente presente e atual. A questão do tempo, do retorno dos sintomas após o término de tratamentos eficazes durante determinado período, é alvo de queixa dos pacientes. Medicados e medicalizados, chegam aos consultórios quase sem esperança, buscando às vezes apenas um porto-seguro onde possam sentir-se amparados. Na clínica algumas queixas relativas a insatisfações na área afetivo-sexual, nos fazem refletir sobre a possibilidade de aspectos edípicos na constituição da síndrome.

Freud (1976) descreve a sintomatologia da “neurose de angústia”: distúrbios da atividade cardíaca e respiratórios; sudorese; tremuras e calafrios; medos noturnos. O texto aponta para uma sexualidade insatisfatória: “Essa etiologia sexual da neurose de angústia pode ser demonstrada com tão esmagadora frequência...” (Freud, 1976, p. 117). Observamos duas possibilidades: uma que fala de algo primitivo, no nascimento, de ausência de amparo e olhar maternos; outra que aponta para uma fase posterior, na qual existe uma sexualidade assustadora e a presença (?) de um pai, que se recusa como modelo identificatório, exigindo que a identidade/sexualidade sejam escondidas e camufladas. Na clínica do pânico encontramos esta paradoxal oscilação entre a possibilidade de uma etiologia primitiva articulada a questões edípicas. Desprovidas de pontos de referências externos familiares e sociais, estas pessoas têm dificuldade em atribuir sentidos e significados às suas experiências corporais. Não relacionam suas crises a nenhum acontecimento de suas vidas, mesmo a acontecimentos possivelmente traumáticos como perdas. Deslocados de um ambiente que os facilitaria em seus destinos de fertilizadores e criadores, nossos deuses e deusas Pan contemporâneos, desenraizados, hipererotizados, vagam pelo mundo. Com seus corpos fragmentados, alienados, sempre considerados feios, imperfeitos e estranhos, exercem uma sexualidade camuflada, escondida e efêmera. Deveriam ser tudo, mas sentem-se sem nada. Buscam alguém que possa aceitá-los e acolhê-los com suas diferenças e imperfeições; buscam um olhar que reconheça como familiar, algo naquele corpo tão estranho, mas sofrem suas angústias sozinhos e envergonhados. Com as modulações de suas flautas e sons, seduzem e tentam encontrar um ritmo a dois: para embalar-se como um bebê ou dançar como um adulto.

PALAVRAS-CHAVE: psicanálise; mitologia; síndrome do pânico.

REFERÊNCIAS

- FERREIRA, A.H. *Novo Aurélio Século XXI*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2.128 p.
- FREUD, S. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada “neurose de angústia”. In: _____. *Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 107-135.

MÉNARD, R. *Mitologia greco-romana*. São Paulo: Opus, 1991. v. III. 302 p.

PUGLIESE, M. *Mitologia greco-romana: arquétipos dos deuses e heróis*. 1. ed. São Paulo: Madras, 2003. 267 p.

SAFRA, G. *A face estética do self*. São Paulo: Idéias e Letras: São Paulo: Unimarco Editora, 2005. 174 p.

MESA 10 - SABERES CIENTÍFICOS E PRODUÇÃO POLÍTICA EM SAÚDE COLETIVA

MEDIADOR: FRANCISCO INÁCIO PINKUSFELD (ENSP/FIOCRUZ)

DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL INSTRUCIONAL PARA CURSOS DE BIOESTATÍSTICA APLICADA À ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA USANDO R

AUTOR: Carlos Eduardo Raymundo *

ORIENTADOR: Michael E. Reichenheim

CO-ORIENTADOR: Washington Leite Junger

FOMENTO: CNPq

Introdução

Os recentes avanços tecnológicos fizeram aumentar o nível de qualificação do pesquisador em epidemiologia. Logo, é importante considerar o papel estratégico da educação. A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no seu último plano diretor (2005-2009), aponta uma pequena valorização na produção de material didático-pedagógico e, ainda, a falta de uma política de desenvolvimento e utilização de *software* livre no ensino da epidemiologia (Abrasco, 2005).

É oportuno, portanto, investir numa perspectiva relacional, na linha do que a corrente construtivista propõe, uma vez que esta teoria tem sido reconhecida como a mais profícua no desenvolvimento de materiais didáticos informatizados. Neste sentido, promover cursos interativos e, no bojo destes, desenvolver material didático conexo é oportuno e profícuo. Por outro lado, no âmbito da questão política de desenvolvimento e utilização de *software* livre no ensino da epidemiologia, particularmente em estatística aplicada, o R tem se mostrado um *software* de interesse emergente, não só porque evita possíveis penalizações por utilização de *software* comercial sem licença, mas porque o franco acesso aos códigos e programação o torna uma ferramenta excelente para a elaboração de material didático em forma de hiperdocumentos, importantes alicerces para uma tão desejada interação docente-discente em sala de aula.

Objetivo

O principal objetivo é desenvolver material didático em R para os cursos de bioestatística aplicada à análise epidemiológica. Havendo necessidade, também será incluída a programação de funções adicionais. Além disso, constará ainda da documentação em CD-ROM de manuais operacionais, visando ao desenvolvimento futuro.

Métodos

Os cursos empregados no desenvolvimento desse material fundamentaram-se nas disciplinas “Uma introdução à Plataforma R para Modelagem Estatística de Dados” e “Instrumento de Aferição em Epidemiologia I: Teoria Clássica de Medidas (Análise)”, vinculadas ao Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

* Mestrando em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (caducer@gmail.com).

A base teórico-pedagógica foi definida a partir dos princípios construtivistas, na qual o indivíduo é agente ativo e crítico de seu próprio conhecimento, construindo significados a partir de experiências próprias (Struchiner; Giannella, 2005). E, dentro da ótica construtivista, seguiu-se a metodologia de ensino baseada em casos, que são problemas oriundos de situações reais.

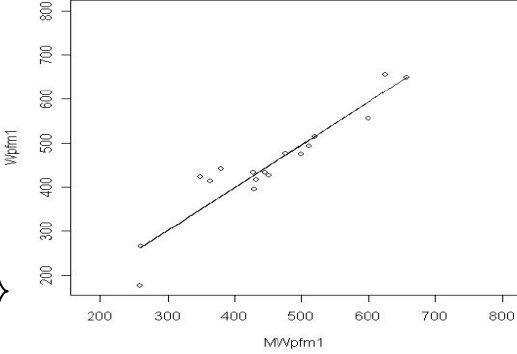
Por outro lado, os métodos computacionais foram baseados nas Novas Tecnologias da Informação e Comunicação (NTIC). As NTICs exploram a busca pela consolidação de currículos mais flexíveis, adaptados às características diferenciadas de aprendizagem dos alunos (Struchiner et al., 1996). A implementação das NTICs foi feita através de hipertexto, que é uma estrutura de textos interligados por nós ou vínculos ('links'), formando uma rede de informações relacionadas.

Resultados

Foram realizadas mudanças na interface básica do sistema de ajuda do R para garantir interatividade entre aluno e material instrucional (R Development Core Team, 2007). O próprio material didático é composto por blocos, que incentivam a discussão e a troca de informações entre professor e alunos, conforme destacado na figura 1.

O projeto das páginas de hipertexto é apresentado no lado esquerdo da figura 1, enquanto a implementação está situada no lado direito. Cada bloco tem a finalidade de orientar o professor na condução das atividades em sala de aula.

Figura 1 – Projeto da Interface e representação do material didático

Título	DemoF5 - Coeficiente de correlação de concordância de Lin
Descrição do conteúdo	<p>Descrição</p> <p>Demonstrativo F5 - Coeficiente de correlação de concordância de Lin e gráficos para limites de concordância de Bland e Altman usando concord</p> <p>Detalhes</p> <p>Este demonstrativo se baseia nos dados oferecidos no artigo Bland, J.M. & Altman, D. G. 1986. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. The Lancet February 8, 307-310.</p>
Exemplos comentados	<pre>library(epicalc) # carrega a biblioteca para análise de dados epidemiológicos setwd(paste(R.home(), "/library/craf/bancos", sep="")) # configura a pasta de trabalho use("CS_AF_5.dta") # Lê os dados apresentados na única tabela do artigo. plot(MWpfm1, Wpfm1, xlim=c(180,800), ylim=c(180,800)) # lines(MWpfm1, fitted.values(lm(Wpfm1~MWpfm1)))</pre>  <p>O gráfico produzido procura reproduzir o encontrado na Figura 1 da artigo. Plota as duas variáveis referentes à primeira de duas mensurações do objeto de interesse usando dois instrumentos diferentes (Mini Wrigt e Wrigt peak flow meter). Note que o gráfico se baseia no coeficiente de correlação de Pearson que, a rigor, não é adequado (veja artigo). Os autores usam a correlação para crítica-la.</p> <p><code>concord(MWpfm1,Wpfm1)</code> Solicita o coeficiente de correlação de concordância de Lin e limites de concordância de Bland e Altman.</p> <pre>Concordance correlation coefficient (Lin, 1989) rho_c SE(rho_c) Obs [95% CI] P CI type 0.943 0.029 17 0.867 0.999 0.000 asymptotic Pearson's r = 0.943 Pr(r = 0) = 0.000 C_b = rho_c/r = 0.999 Reduced major axis: Slope = 0.973 Intercept = 14.498</pre> <p>Obs: veja como se calcula o Slope e o Intercept em explFSb</p> <p>O coeficiente de Lin combina a medida de precisão e acurácia para determinar se os dados observados desviam significativamente da linha de concordância perfeita (45 graus). O coeficiente aumenta em função da proximidade do eixo dos dados com esta linha de concordância perfeita (representando a acurácia) e de quanto os dados se aproximam do seu próprio eixo (representando a precisão). O rho_c de Lin expressa o produto da precisão representado pelo coeficiente de correlação de Pearson (r) e da acurácia via fator de correção do vies (C_b). Note que</p> $r * \text{rho_c}/r = \text{rho_c} \implies 0.943 * 0.999 = 0.943.$
Links para comandos	
Links para explicações	
Links para exercícios e outros módulos	<p>No caso das variáveis MWpfm1 e Wpfm1 encontradas em CS_AF_5.dct, praticamente não há diferença entre o coeficiente de correlação de Pearson e de Lin. O C_b = 0.999 e a inclinação de 0.973 refletem bem isto.</p> <p>Veja Também</p> <p>exerF5.demof5</p>

Essa iniciativa visa a suprir a necessidade de material didático com enfoques pedagógicos construtivistas, conforme proposto pela Abrasco. E, a partir da utilização do *software* livre R, pretende-se construir um acervo instrucional e integrado dos diversos cursos de bioestatística aplicados à epidemiologia.

PALAVRAS-CHAVE: R; material didático; bioestatística; construtivismo.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, n. 8, p. 1-43, 2005.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. *Writing R Extensions* Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2007.

STRUCHINER, M.; GIANNELLA, T.R. *Aprendizagem e prática docente na área da saúde: conceitos, paradigmas e inovações*. Washington, D.C: Organização Panamericana da Saúde, 2005.

STRUCHINER, M. et al. *Aspectos Metodológicos no Desenvolvimento de Hiperdocumentos para o Ensino de Graduação: Um Sistema para o Curso de Nutrição*. III Congresso Ibero-americano de Informática Educativa. Barranquilla: RIBIE, 1996.

TENDÊNCIAS TEMÁTICAS E METODOLÓGICAS EM EPIDEMIOLOGIA SOCIAL: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA

AUTOR: João Luiz Bastos e Roger Keller Celeste *

ORIENTADOR: Eduardo Faerstein

FOMENTO: CAPES/CNPq

Introdução

Há evidências na literatura apontando um crescimento absoluto de caráter exponencial na produção bibliográfica em epidemiologia social (Kaplan, 2004). Entretanto, é também necessário avaliar esta tendência em termos relativos ou proporcionais, bem como examinar especificidades da produção em suas subáreas. O objetivo deste trabalho foi examinar tendências metodológicas e temáticas na produção bibliográfica da área de epidemiologia social.

Material e métodos

O presente estudo consiste numa análise bibliométrica de tendências anuais em conjuntos de publicações citadas na base de dados PubMed® (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), entre 1985 e 2007. Alguns princípios guiaram a construção das estratégias de busca. Em primeiro lugar, termos controlados (*MeSH – Medical subject headings*) foram utilizados na construção das chaves. Caso isto não fosse possível, palavras de texto foram incluídas com base na experiência dos autores.

Quando da utilização de termos controlados, privilegiaram-se aqueles cuja indexação na base de dados datasse mais tempo, bem como os pertencentes ao nível mais alto das árvores

* Doutorando em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (joao@pilotis.com.br).

hierárquicas de termos controlados. As definições dos termos *MeSH* foram checadas para que apenas expressões com o significado adequado aos objetivos do trabalho fossem selecionadas. Excluíram-se termos e expressões redundantes em cada uma das estratégias, de modo a tornar as buscas parcimoniosas.

Foram coletados os totais de citações identificadas de acordo com as seguintes estratégias de busca: total de publicações na base de dados PubMed (estratégia #1); epidemiologia/saúde pública (#2); e temas selecionados em epidemiologia social (#14). Procurou-se contabilizar a produção em epidemiologia social por meio de publicações indexadas em pelo menos um dos temas relacionados a seguir: fatores socioeconômicos (#3), sexo (#4), raça/etnicidade (#5), preconceito/discriminação (#6), capital/suporte social (#7), curso de vida (#8), desigualdade de renda (#9), estresse (#10), pesquisa comportamental (#11), fatores contextuais (#12) e segregação residencial (#13). O total de publicações em epidemiologia/saúde pública serviu como denominador para calcular a proporção representada por cada um dos temas de epidemiologia social (#3 ao #13, divididos por #2). O total de publicações na base de dados PubMed foi utilizado como denominador para estimar a proporção de publicações em epidemiologia/saúde pública (#2 dividido por #1) e em epidemiologia social (#14 dividido por #1).

Tendências relacionadas a três métodos de análise estatística também foram avaliadas: modelos multinível (#15), índices baseados em regressão para medir desigualdades (#16) e modelos de equações estruturais/diagramas causais/*path analysis* (#17). Tendências no número absoluto, bem como suas proporções em relação ao total de artigos na área (e.g. número de publicações da estratégia #15 à #17, dividido pelo total de artigos obtidos com a estratégia #14) foram observadas. As estratégias de busca detalhadas estão disponíveis mediante consulta aos autores.

Resultados e discussão

Entre 1985 e 2007, o número de publicações na base de dados PubMed cresceu 2,3 vezes: de 329.263 em 1985 para 759.698 em 2007. No mesmo período, artigos indexados na área de epidemiologia/saúde pública (estratégia de busca #2) aumentaram 5,3 vezes (1985 = 48.719; 2007 = 256.892) e, para o conjunto de temas em epidemiologia social (estratégia de busca #14), observou-se crescimento de 5,2 vezes (1985 = 9,349; 2007 = 49,052). Em termos percentuais, a produção em epidemiologia/saúde pública responde por uma proporção considerável e crescente no período investigado. Em 2007, mais de 30% dos trabalhos foram indexados com pelo menos um dos termos utilizados para identificar a produção na área; isto representou o dobro do percentual observado em 1985. Por sua vez, a contribuição relativa em epidemiologia social apresentou crescimento moderado ao longo do período, passando de 3-4%, em 1985, para 6-7%, em 2007.

Os temas em epidemiologia social demonstraram crescimento absoluto de caráter exponencial, especialmente fatores socioeconômicos, sexo, raça/etnicidade, pesquisa comportamental, estresse, fatores contextuais, curso de vida e preconceito/discriminação. Padrões consistentes para desigualdade de renda e segregação residencial não puderam ser observados, devido ao escasso número de publicações identificadas nestas subáreas. Ao considerar as publicações em epidemiologia social como denominador, não foi observado crescimento relativo do tipo exponencial. Incrementos relativos graduais ou tendências estacionárias foram detectadas para pesquisa comportamental, raça/etnicidade, estresse, fatores contextuais, curso de vida, preconceito/discriminação e capital/suporte social. Por outro lado, temas identificados por fatores socioeconômicos e sexo demonstraram tendências relativas decrescentes durante o período.

Publicações envolvendo os três métodos de análise selecionados apresentaram tendências absolutas e relativas crescentes entre 1985 e 2007. Análise multinível, em particular, figurou como a técnica mais popular entre as três, atingindo cerca de 300 publicações (0,006%) em 2007.

Conclusão

O número absoluto de trabalhos publicados em uma determinada área do conhecimento pode fornecer uma impressão enganosa de que a mesma está em expansão, quando, de fato, a produção medida em termos relativos pode apresentar uma perspectiva diferente.

PALAVRAS-CHAVE: bibliometria; epidemiologia; métodos epidemiológicos; tendências.

REFERÊNCIA

KAPLAN, G. A. What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? *Epidemiol Rev*, v. 26, p. 124-35, 2004.

ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA EPISTEMOLOGIA DE FLECK PARA UMA ANÁLISE DAS AVALIAÇÕES DAS PESQUISAS EM SAÚDE

AUTORA: **Cláudia Itaborahy** *

ORIENTADOR: **Francisco Ortega**

Nosso trabalho visa a refletir sobre a produção acadêmica em saúde como um objeto a ser investigado assim como seus determinantes políticos, econômicos e sociais. Tendo como principal referência a teoria de Ludwick Fleck sobre a produção científica em saúde, temos como objetivo questionar os atuais critérios de avaliação das pesquisas em Saúde Coletiva, como um campo marcado, desde seu nascimento, por uma pluralidade de saberes.

A teoria Ludwick Fleck sobre a produção do conhecimento científico pode ser ferramenta útil para pensarmos a atual situação das pesquisas e, conseqüentemente, dos cursos de Saúde Coletiva, onde o caráter interdisciplinar constituinte do campo tem sido sistematicamente desconsiderado.

Os principais pontos a serem abordados na teoria de Fleck são: (1) ele desarticula do indivíduo a produção da ciência postulando que todo pensamento é produto social. Além disso, (2) ele vincula as descobertas científicas (os fatos científicos) a questões políticas. Por último, Fleck (3) traz nuances para dentro do próprio coletivo de pensamento da ciência contemporânea, considerando as relações de poder existentes entre os círculos esotéricos e exotéricos, como relações entre a elite e a massa. Com isso, não se pode considerar a produção de conhecimento como um fato natural, nem um campo de produção de conhecimento como hegemônico.

Ludwick Fleck, durante todo seu trabalho sobre a *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*[†], argumenta que as produções científicas não são dadas, muito menos se tratam de produções individuais. O conhecimento está para além da relação dual “sujeito do conhecimento-objeto a ser conhecido”. Além do indivíduo e da realidade a ser conhecida, está também o coletivo, que é um coletivo de pensamento. Nenhum destes três fatores do conhecimento – indivíduo, coletivo e realidade – devem ser tomados como entidades metafísicas, mas sim como objetos de investigação que possam incluir a história.

O coletivo de pensamento seria o “portador” dos conhecimentos produzidos, mas não seria a soma deles, seria algo maior, que ultrapassaria o indivíduo. Coletivo de pensamento é definido por

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (claudiaitaborahy@gmail.com).

† FLECK, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1979[1935].

Fleck como “uma comunidade de pessoas que trocam mutuamente idéias ou que mantém interação intelectual” (Fleck, 1979, p. 39). Contudo, não se deve confundir um coletivo de pensamento com um grupo fixo de indivíduos, ou uma classe social. Este conceito é mais funcional que substancial. Além disso, um indivíduo pode pertencer a vários coletivos de pensamento.

Os conhecimentos produzidos no coletivo de pensamento são sempre estilizados, ou seja, são norteados por um estilo de pensamento que direciona as perguntas e as respostas, que exerce uma força sobre o caminho lógico do pensamento e pelo qual tomamos um conhecimento como verdadeiro, e não outro. Para o autor, mesmo a simples observação está condicionada pelo estilo de pensamento e ligada a uma comunidade de pensamento. O conceito de coletivo de pensamento marca o caráter social de toda atividade científica, assim como o próprio pensamento, que não pode ser localizado nos limites do indivíduo.

Existem características comuns a todas as estruturas de coletivos de pensamento. Para Fleck, a estrutura geral de um coletivo de pensamento consiste de muitos círculos com intercessões. Ele distingue círculo exotérico e círculo esotérico em cada coletivo de pensamento, cada um consistindo de membros do coletivo e formados em torno de todo um trabalho mental, ou uma idéia artística ou religiosa etc. Na ciência moderna, o círculo esotérico é formado pelos pesquisadores especializados, os *experts*. No círculo exotérico estão aqueles que possuem um conhecimento do que está sendo estudado, mas ainda são amadores, aprendizes. Aqui se está mais próximo da opinião pública, e mais distante da criação do pensamento, alcançado somente a partir de uma relação esotericamente mediada. Entretanto, os círculos esotéricos e exotéricos não são independentes uns dos outros, as relações de poder que um círculo exerce sobre o outro, consciente ou inconscientemente, vão depender da posição que ocupam os especialistas e o público, em dado momento e contexto. Segundo Fleck (1979, p. 105-106):

os círculos esotéricos entram em relação com seus círculos exotéricos como é conhecido na sociologia a relação da elite com as massas. Se as massas ocupam uma forte posição, uma tendência democrática será impressa nesta relação. A elite satisfaz a opinião pública e se esforça em preservar confiança das massas. Esta é a situação na qual o coletivo de pensamento da ciência normalmente se encontra hoje. Se a elite ocupa uma posição forte, ela se empenhará em manter a distância e isolar-se do público.

Analisando os critérios de avaliação das agências de fomento à pesquisa e o poder que eles exercem sobre os cursos e pesquisas, notamos que o modo de perceber as pesquisas em saúde hoje está focado em um estilo de pensamento que abrange apenas parte das produções e ações em saúde, trazendo, por forças políticas e econômicas, consequências diretas para os cursos interdisciplinares.

No caso da Saúde Coletiva, concordamos com Birman (2005, p. 15) que é um campo

fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa. É evidente que os diferentes discursos biológicos têm um lugar fundamental no campo da saúde, o que não deve implicar uma posição hegemônica em relação aos outros.

Com isso, acreditamos que são necessários critérios de avaliação mais democráticos e plurais, que abarquem todo o coletivo que compõe as pesquisas em saúde nos cursos de Saúde Coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Fleck; coletivo de pensamento; saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), p. 11-16, 2005.

FLECK, L. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1979.

LUZ, M.T. Prometeu Acorrentado: Análise sociológica da categoria de *Produtividade* e as condições atuais da vida acadêmica. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 39-57, 2005.

MATOS, E.; GOLÇALVES, J.; RAMOS, F. A epistemologia de Ludwick Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 3, jul.-set., 2005.

LOWY, I. Fleck e a historiografia recente da pesquisa biomédica. In: PORTOCARRERO, V. (org.). *Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SABERES CIENTÍFICOS SOBRE A SEXUALIDADE: O CASO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

AUTORA: **Livi Faro***

ORIENTADORA: **Jane A. Araújo**

CO-ORIENTADOR: **Alain Giami**

FOMENTO: **CAPES**

Este trabalho tem por objetivo apresentar os resultados da dissertação de mestrado *As Disfunções Sexuais Femininas no Periódico Archives of Sexual Behavior*, apresentada em abril de 2008 ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), área de concentração Ciências Humanas e Saúde, do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Na dissertação foram analisados os discursos científicos sobre as chamadas disfunções sexuais femininas (DSFs). Utilizou-se nesta pesquisa uma perspectiva que concebe a produção científica como resultado de articulações e negociações que se desenrolam em esferas diversas, que apontam para processos culturais, sociais, econômicos e também cognitivos ou científicos, e se contrapõe, portanto, às concepções que caracterizam a ciência como um projeto que apenas revela verdades.

No caso das disfunções sexuais, os discursos científicos que vêm aumentando significativamente nos últimos anos dão origem a prescrições de terapias, medicamentos, intervenções cirúrgicas, programas de educação sexual e políticas públicas. Faz-se evidente a expansão de um mercado que oferece cada vez mais produtos destinados ao melhoramento do desempenho sexual. Assistimos, portanto, à configuração de novas formas de conceber, descrever e tratar aquilo que é denominado de função sexual. Tais concepções penetram no cenário sociocultural, ora reforçando e ora apontando transformações de idéias e normas relativas à sexualidade e gênero.

Na investigação aqui apresentada, foram examinados os artigos publicados no *Archives of Sexual Behavior*[†] (ASB), jornal oficial da *International Academy of Sex Research*, desde sua fundação, em 1971. Trata-se de um periódico bastante representativo do campo de produção de conhecimentos contemporâneos sobre a sexualidade comprometidos com a ciência. O ASB é dedicado à divulgação de pesquisas empíricas sobre sexualidade, com ênfase em métodos

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (livifaro@gmail.com).

† Atualmente classificado pela CAPES na categoria QUALIS A internacional, nas áreas de medicina e sociologia.

quantitativos e de teste de hipóteses (Zucker, 2002). Contudo, seu foco não se restringe a uma única área de investigação, sendo por definição um jornal multidisciplinar.

O material analisado foi obtido através de um extenso levantamento de estudos publicados no ASB, cujos títulos ou resumos indicassem a abordagem do tema das chamadas disfunções sexuais*. Localizamos 164 artigos com este perfil. Eles foram classificados em função das temáticas abordadas, área de conhecimento em que se inseriam os autores e pelo recorte de gênero (disfunções sexuais masculinas ou femininas e no contexto de relacionamentos estáveis). Do total, 65 tratavam especificamente de disfunções de mulheres†.

Pode-se afirmar que certa conformação de gênero perpassa todo o material analisado. A periodização das publicações, os campos disciplinares em que se inserem os autores e os temas investigados variam de acordo com o tipo de disfunção pesquisada, se masculina ou feminina. No que tange à área de conhecimento dos autores, por exemplo, sobressai o volume de publicações acerca das disfunções sexuais masculinas no campo das ciências médicas. Já as disfunções sexuais femininas (DSFs) tendem a despertar mais atenção da psicologia, inclusive em seus aspectos orgânicos.

Quanto à periodização das publicações, os dados permitem afirmar que a década de 70 foi a década do casal: 19 dos 35 artigos publicados sobre o tema nos anos 1970 abordavam as disfunções sexuais no contexto de relacionamentos. Neste período, enquanto as disfunções das mulheres foram praticamente englobadas pelas discussões em torno do casal, já encontramos diversos artigos que tratavam apenas das disfunções masculinas. A década de 1980, por sua vez, foi marcada pela preocupação com as disfunções sexuais masculinas com foco nos aspectos mais orgânicos, o que é evidenciado por um aumento significativo no volume de trabalhos sobre o assunto. As DSFs apareceram em apenas oito artigos, enquanto as disfunções sexuais masculinas foram foco de 22 artigos. Na década de 1990, foram publicados apenas dois artigos sobre disfunções em mulheres. O período entre 1992 e 2001 contém apenas uma publicação sobre DSFs (1992), mas há outros 27 artigos sobre disfunções sexuais‡. A partir do ano de 2002, esse quadro foi totalmente invertido. Além do aumento de artigos sobre disfunções sexuais em geral§, o número de artigos sobre DSFs (45) é, pela primeira vez, muito superior ao número de artigos sobre as disfunções sexuais masculinas (12). Quando ocorre a explosão de artigos sobre as DSFs, os temas encontrados são bem diferentes daqueles que vinham sendo abordados nos artigos publicados nas décadas anteriores. Entre os anos de 2002 e 2007, o debate girou em torno da classificação diagnóstica e dos aspectos orgânicos das DSFs, enquanto nas décadas anteriores as discussões eram principalmente sobre as disfunções do orgasmo e o tratamento no âmbito da terapia sexológica (cognitivo-comportamental) para casais.

Os artigos abordam diretamente ou exemplificam o processo de medicalização das disfunções femininas e as controvérsias que tal processo suscitou quando o tema era disfunção sexual de mulheres. É interessante notar que não se faz presente nas discussões sobre disfunções sexuais masculinas qualquer crítica a possíveis excessos de medicalização ou uma oposição aos tratamentos medicamentosos. Quando houve tentativa, por parte de profissionais da área, de transpor o modelo organicista de interpretação e de pesquisas das disfunções masculinas para as DSFs, muitas vezes se opuseram. Destaca-se a presença da discussão sobre os excessos de medicalização da sexualidade feminina nos artigos pesquisados.

* Este levantamento foi feito no âmbito da pesquisa “A sexualidade nas classificações psiquiátricas”, coordenada pela prof. Jane A. Russo, e é uma linha de investigação do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, o CLAM/IMS/UERJ.

† Este número inclui artigos sobre disfunções sexuais de casais cuja ênfase recai sobre as disfunções sexuais da mulher.

‡ Classificados nas outras categorias de gênero.

§ Foram publicados 35 artigos entre 1971 e 1980, 39 artigos entre 1981 e 1990, 25 artigos entre 1991 e 2000, e 65 artigos entre 2001 e 2007.

O material analisado mostra como decisões classificatórias, longe de serem um exercício simples e baseado em evidências empíricas, são produto de intensas negociações que se produzem em rede. A maior parte dos artigos levantados sobre mulheres tem como tema a classificação das DSFs, e a análise do material apontou diversos elementos que são articulados nesta rede. O debate em torno da classificação da dispareunia (disfunção sexual referente à dor no intercurso sexual) é, em especial, ilustrativo do modo como a produção deste tipo de conhecimento envolve um conjunto de elementos bastante heterogêneos, que vão desde interesses institucionais, financeiros, profissionais, até as consequências para aqueles que são classificados. Foi possível perceber a partir do material analisado que a maneira de nomear e classificar doenças faz parte de um processo complexo que envolve disputas profissionais, interesses comerciais, concepções de pessoa e gênero e a produção de novos modos de ser e de compreensão de si mesmos para as pessoas passíveis de classificação.

Palavras-chave: sexualidade; gênero; disfunção sexual feminina; medicalização.

REFERÊNCIA

ZUCKER, K. J. From the Editor's Desk: Receiving the Torch in the Era of Sexology's Renaissance. *Archives of Sexual Behavior*, v. 1, n. 31, p. 1, Fev, 2002.

MESA 11 - SEXUALIDADE, DISCRIMINAÇÃO E VULNERABILIDADE

MEDIADOR: VERIANO TERTO JUNIOR (ABIA)

ARMÁRIOS E ARMADILHAS: EXPERIÊNCIAS DE RISCO E MANIPULAÇÃO DA IDENTIDADE ENTRE HOMENS HOMOSSEXUAIS

AUTOR: Gustavo Santa Roza Saggese*

ORIENTADOR: Sergio Luis Carrara

FOMENTO: CAPES

Introdução

Vivemos uma época de muitas incertezas e contradições. Desde o século XVIII, somos estimulados a falar sobre nossa sexualidade e “confessar” as angústias relativas às nossas práticas (Foucault, 2005a), fato ainda mais explícito nos dias de hoje com a crescente medicalização dos “distúrbios” sexuais e do destaque que os meios de comunicação têm dado a essas questões. Por outro lado, o discurso heteronormativo ainda se faz predominante, o que deixa diversos outros tipos de manifestação da sexualidade à margem da visibilidade social, ainda que nas últimas décadas movimentos como o *Gay Liberation Front* (GLF), criado a partir das manifestações ocorridas em Nova York no final dos anos 60 (Nunan, 2003), estejam se fazendo cada vez mais presentes, inclusive no Brasil.

É triste constatar, entretanto, que reconhecer-se atraído por pessoas do mesmo sexo e adotar uma identidade homossexual perante os outros permaneça sendo uma tarefa tão árdua. Em minha pesquisa de campo, tive contato com experiências das mais diversas: desde situações em que houve acolhimento por parte da família e dos amigos mais próximos, até casos que envolveram expulsão de casa, ataques físicos ou verbais, problemas no ambiente profissional e afastamento (temporário ou permanente) de pessoas importantes. Não poderia, portanto, deixar de reconhecer as variantes individuais e adotar uma perspectiva generalizante. Não obstante tal autocrítica, é impossível não levar em conta o que essas experiências possuem em comum: uma constante e imprescindível auto-observação no que tange à performance pessoal, a avaliação custo-benefício no processo de “saída do armário” e a profunda insatisfação com os preconceitos arraigados na sociedade, mesmo nos casos em que os sujeitos se dizem “muito bem resolvidos” ou capazes de enfrentá-los sem grande prejuízo pessoal.

Armários e armadilhas

Com o advento de diversos movimentos de defesa dos direitos dos homossexuais ao longo do século XX, categorias como “gay”, “lésbica” e “entendido(a)” (no caso brasileiro) ganharam uma conotação política e subjetiva muito forte, o que acabou por incorporar um sendo de “vida dupla” em muitas pessoas. Se no passado a homossexualidade era vista muito mais como uma prática transitória, agora ela constituía parte integrante da personalidade dos sujeitos (Foucault, 2005a), de modo que um conflito entre as esferas pública e privada tornou-se mais evidente. A literatura política que sucedeu o episódio de Stonewall parecia apontar para o problema, sugerindo a existência de um “armário” onde muitos homossexuais ainda se escondiam a fim de evitar represálias da sociedade. Ao mesmo tempo, essa literatura apontava para a necessidade de sair dele

* Mestrando em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (gsrsaggese@gmail.com).

(“*coming out*”) como a única forma de legitimar as demandas por direitos e reconhecimento público (Seidman et al., 1999).

Dessa forma, constituiu-se uma forma própria de viver e experimentar a sexualidade “clandestina”, com impacto direto nas relações pessoais (Sedgwick, 2007). Se tentarmos conduzir nosso pensamento embasados pelo modelo metafórico do panóptico, que Foucault (2005b) tão eficientemente incorporou em sua obra, podemos depreender que há uma necessidade de autocontrole constante, tendo em vista que a observação não cessa e que, portanto, o sujeito nunca terá plena certeza da maneira pela qual um determinado gesto seu poderá ser interpretada por seus “supervisores” (Mason, 2002). É através, portanto, de sua própria (in)visibilidade que o conhecimento acerca de sua individualidade é construído (idem). De acordo com Sedgwick (2007, p. 22):

o armário gay não é uma característica apenas das vidas de pessoas gays. Mas, para muitas delas, ainda é a característica fundamental da vida social, e há poucas pessoas gays, por mais corajosas e sinceras que sejam de hábito, por mais afortunadas pelo apoio de suas comunidades imediatas, em cujas vidas o armário não seja ainda uma presença formadora.

Vemos assim que uma sexualidade que foge ao modelo heteronormativo ainda exerce grande influência sobre a percepção subjetiva e o trânsito social daqueles que a praticam. Diferentemente de outros grupos estigmatizados, como negros e judeus, os homossexuais não possuem, de modo geral, apoio familiar para lidar com o preconceito. Faz-se necessário, portanto, que descubram por conta própria modelos que os ajudem a encontrar uma posição de relativo conforto.

Conclusão

Ainda que estejamos tratando o trabalho de campo aqui apresentado como algo experimental e relativamente pequeno, acreditamos ser possível afirmar que as constatações advindas de sua análise sejam representativas de fenômenos sociais complexos e relevantes para a compreensão das dificuldades enfrentadas por uma parcela significativa dos homossexuais. Se desejos e práticas homoeróticas permanecem sendo algo no qual estratégias de ocultamento e manipulação se fazem necessárias, que possamos ao menos buscar entender o que está em jogo nessas interações e, na medida do possível, trabalhar no sentido de desenvolver uma maior tolerância para com as diferenças.

PALAVRAS-CHAVE: homossexualidade; discriminação; risco; visibilidade.

REFERÊNCIAS

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2005.

_____. “O panoptismo”. In: _____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2005.

MASON, Gail. *The Spectacle of Violence: homophobia, gender and knowledge*. London: Routledge, 2002.

NUNAN, Adriana. *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo*. Rio de Janeiro: Caravansarai, 2003.

SEDGWICK, Eve K. “A epistemologia do armário”. *Cad. Pagu*, n. 28, p. 19-54, 2007.

SEIDMAN, S.; MEEKS, C.; TRASCHEN, F. “Beyond the Closet? The Changing Social Meaning of Homosexuality in the United States”. *Sexualities*, v. 2, n. 1, p. 9-34, 1999.

SAÚDE DAS LÉSBICAS: EM QUESTÃO OS PRINCÍPIOS DE UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE

AUTORA: Ana Paula Lopes de Melo*

ORIENTADOR: Sérgio Carrara

Em 20 anos do Sistema Único de Saúde, alguns avanços podem ser considerados, mas no que se refere à saúde das lésbicas, bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres, as informações sobre saúde são ainda pouco disponíveis. Apesar disso, esse tema vem, aos poucos, se fazendo presente no cenário social brasileiro, principalmente através da demanda criada pelo movimento organizado de lésbicas.

Embora questões relativas ao corpo e à saúde da mulher venham sendo apropriadas como objeto de estudo e intervenção da medicina e de outras áreas de pesquisa ao longo dos séculos, pouco têm sido consideradas as possibilidades de relações erótico-afetivo-sexuais não pautadas por uma visão heteronormativa da sociedade.

Esta estrutura de organização do pensamento e da ciência tem favorecido uma visão dicotomizada do mundo, produzindo rígidas separações entre natureza-cultura, razão-emoção, mente-corpo, ativo-passivo, homem-mulher. A linguagem generificada, antes baseada em explicações gradualistas, como as que debitavam as diferenças sexuais à quantidade de calor vital recebida pelo embrião, passa então a ser justificada por distinção qualitativa entre os sexos, e o corpo feminino passou a ser percebido como um corpo singular que teria como função primordial a maternidade e a reprodução. Historicamente, a mulher tem sido valorizada por sua “natural” vocação para o casamento, criação dos filhos ao mesmo tempo em que sua sexualidade é negada e a demonstração de seu desejo sexual, relacionada à patologia (Laqueur, 2001; Rohden, 2001; Martins, 2004).

Compreendendo a sexualidade como fruto da atividade e construção histórica humana, podemos dizer que sexo e gênero são menos determinados pela natureza biológica que uma criação historicamente delimitada, em que interesses e configurações de poder são incorporados às construções sociais. É a partir dessa criação do sexo que é possível uma divisão entre homossexuais e heterossexuais e, seguindo a necessidade de nomear e classificar, estabelece-se a heterossexualidade como padrão normativo ao mesmo tempo em que qualquer afastamento desse modelo é definido como patológico.

Romper com a heterossexualidade compulsória e o sistema de regras e relações que oprimem homossexuais e mulheres ajuda na transformação social e a questionar um modelo de sociedade caracterizado pela desigualdade em diversas instâncias pode promover visibilidade e formulação de políticas públicas que considerem inclusão social e atendimento de necessidades específicas. Nesse sentido, torna-se importante conhecer a trajetória de atuação das lésbicas como sujeitos políticos demandando por atenção das políticas de saúde no Brasil e refletir sobre o resultado de alguns estudos relativos à saúde sexual de lésbicas e/ou mulheres que fazem sexo com mulheres.

A trajetória do movimento feminista tem contribuído para o rompimento da vinculação restrita da saúde da mulher às funções reprodutivas e maternas. Esse questionamento pode ser percebido na estruturação de políticas públicas de saúde, tais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (anapmelo@ibest.com.br).

(2004), que trouxeram avanços ao considerar, por exemplo, o enfoque de gênero, saúde mental, recorte de raça/cor e de orientação sexual.

No que se refere à visibilidade e demanda por reconhecimento e acesso à saúde, o movimento organizado de lésbicas no Brasil é iniciado no final da década de 1970, inicialmente em conjunto com o movimento *gay* e, posteriormente, a identificação com as pautas de libertação da mulher e vivências da sexualidade facilitaram uma aproximação também com o movimento feminista. É importante observar que, até o início dos anos 2000, a articulação com a área de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde era praticamente inexistente e a população de lésbicas era ainda invisibilizada nas discussões sobre saúde da mulher. Assim, embora a articulação do movimento feminista tenha tensionado o Estado para assumir demandas de saúde da mulher, atendimento a violência e criação de políticas específicas, o recorte de orientação sexual não era considerado e a demanda por saúde para a população lésbica é iniciada a partir da articulação com o movimento *gay* que passou a ser visibilizado pelo Ministério da Saúde em decorrência do surgimento da epidemia da Aids (Almeida, 2005).

O contato próximo com o movimento *gay* trouxe a preocupação das lésbicas com a possibilidade de infecção pelo HIV e ressaltou a importância do cuidado com infecções por outras DSTs. Em articulação com entidades internacionais, o movimento de lésbicas tomou conhecimento de técnicas de prevenção/barreira que poderiam ser utilizadas no sexo entre mulheres e, a partir disso, a questão da saúde, principalmente saúde sexual, passou a fazer parte da agenda e as primeiras oficinas sobre o tema foram promovidas em 1991. O amadurecimento do movimento e a busca pela garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos têm tornado temas do acesso à saúde e da qualidade do atendimento pauta frequentemente discutida por essas organizações. Estas têm demandado ao Estado a garantia de atendimento diferenciado, que possibilite o rompimento com visões de sexualidade restritas e considere a orientação sexual, evitando assim atitudes discriminatórias no atendimento.

Alguns estudos* têm apontado os serviços de saúde como contextos de ocorrência da discriminação e violência para com as lésbicas. Barbosa e Facchini (2006) afirmam que a exclusão de um bom percentual de mulheres lésbicas do sistema de saúde é justificada, em parte, em decorrência do estigma e despreparo do serviço para lidar com essa situação. Pinto (2004) identificou que 80% das mulheres que frequentavam um serviço de orientação para DST/Aids não costumavam utilizar preservativos nas suas relações sexuais e mais de 50% das mulheres entrevistadas afirmaram não frequentar serviço de consulta ginecológica anualmente e cerca de 18% nunca realizaram o exame Papanicolau. A maneira como o serviço de saúde é estruturado, como está ou não preparado para atender a demanda, como profissionais são formados e capacitados para atendê-los influenciam diretamente no adoecimento e morte de lésbicas, *gays*, travestis e transexuais diariamente. Pessoas que foram estigmatizadas nos serviços de saúde podem sentir-se não motivadas a procurar tais serviços, o que possibilita a não-identificação de problemas de saúde e prevenção em tempo hábil.

Essa é uma discussão que precisa ser encarada por profissionais de saúde e gestores. A realização da I Conferência Nacional de Políticas Públicas para a População LGBT foi um marco, porém, a situação da saúde das mulheres homossexuais tem favorecido a exclusão e desigualdade e trazido à tona o questionamento dos princípios constitucionais do SUS de universalidade, equidade e integralidade. Além de um problema de saúde, esse é um problema ético que precisa ser encarado.

PALAVRAS-CHAVE: saúde sexual; lesbianidade; direitos sexuais.

REFERÊNCIAS

* A exemplo dos estudos de Carrara e Ramos (2004); Carrara et al. (2006); Barbosa e Facchini (2006).

ALMEIDA, G. *Da invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do “corpo lésbico” na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS*. 2005 307 p. Tese. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

BARBOSA, R.M.; FACCHINI, R. *Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes 2004-2007*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

CARRARA, S. et al. *Política, Direitos, Violência e Homossexualidade*. Pesquisa 5º Parada da Diversidade- Pernambuco 2006. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. 88 p.

_____, S.; RAMOS, S. et al. *Política, Direitos, Violência e homossexualidade*. Pesquisa 9ª. Parada do Orgulho GLBT - Rio 2004. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005. 115 p.

LAQUEUR, T. *Inventando o Sexo: Corpo e Gênero dos Gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2001. 313p.

MARTINS, A.P.V. *Visões do feminino*. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 288 p.

PINTO, V.M. *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres*. 2004. Dissertação. (Mestrado em Epidemiologia) Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

ROHDEN, F. Ginecologia, Gênero e Sexualidade na Ciência do Século XIX. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de 2002.

A VULNERABILIDADE DA VIDA COM HIV/AIDS

AUTORA: Maria Helena Costa-Couto*

ORIENTADOR: Kenneth Rochel de Camargo Jr.

CO-ORIENTADOR: Ruben Araujo de Mattos

FOMENTO: Programa Nacional de DST e Aids e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Introdução

Nos últimos anos, o número de pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA) no Brasil aumentou, e nesse período foi percebida a relação incontestável entre esta infecção, a pobreza e a exclusão. O ponto de partida desta tese é a defesa do ponto de vista de que, para compreender a epidemia de HIV/Aids e seu impacto, é preciso considerar as mudanças estruturais e o alcance das políticas de proteção social. A abrangência dessa concepção resulta do reconhecimento de que alguns grupos podem se tornar ainda mais vulneráveis após o diagnóstico. Essa compreensão abrangente é denominada “vulnerabilidade potencial”.

Método

* Doutora em Política, Planejamento e Administração em Saúde pelo IMS (costacoutomh@gmail.com).

Revisão teórico-conceitual sobre as noções de risco e vulnerabilidade aplicadas à elaboração das respostas à epidemia de HIV/Aids. Revisão e crítica aos indicadores de pobreza baseados em medidas monetárias. Para a análise qualitativa da pobreza, medida pelas faltas e dificuldades sentidas pela população, foram utilizados alguns dados de *survey*. A coleta de dados foi possível a partir do desenvolvimento, aperfeiçoamento e validação de questionário para identificação de vulnerabilidades. Este questionário foi construído a partir do instrumento de acompanhamento de PVHA utilizado em ambulatório de serviço social e aperfeiçoado pela incorporação parcial de instrumentos previamente validados (Censo/IBGE e Estudo Pró-saúde/UERJ) e sugestões de especialistas e PVHA em grupos focais. A validação do instrumento foi realizada por meio de estudo de confiabilidade teste/reteste com 50 PVHA com intervalo de até dez dias. Para ilustrar o conceito de vulnerabilidade potencial foram utilizados, além dos resultados da confiabilidade, as entrevistas da primeira fase em duas unidades de saúde (n=200), discursos, histórias e memórias de casos reais da prática profissional da autora.

Resultados

O principal produto deste estudo é o desenvolvimento do conceito de “vulnerabilidade potencial”. A novidade da “vulnerabilidade potencial” está em olhar a vulnerabilidade após o diagnóstico e sua associação aos possíveis problemas e dificuldades adicionais da vida nessa condição, bem como na identificação e avaliação das correspondentes respostas públicas a esses mesmos problemas. O produto secundário é o questionário com 99 perguntas e oito dimensões.

Conclusão

Conviver com qualquer doença crônica significa um viver diferenciado, com demandas específicas, tais como: maior cuidado com a alimentação; consultas e exames mais frequentes nos serviços de saúde; uso de medicação constante, capacidade de receber, processar informação; regularidade no sono; autopreservação e suporte emocional; transporte público de qualidade e atividades de lazer como mecanismo de promoção da saúde e sociabilidade, entre outros. Quando a doença agrega forte carga de estigma e discriminação, a satisfação destas e outras necessidades podem ser influenciadas negativamente.

A associação entre pobreza ou desigualdade ou exclusão face à fragmentação das políticas sociais e as mudanças estruturais recentes apontam para a possibilidade de maior vulnerabilidade na vida daqueles que vivem com HIV/Aids e em desigualdade.

A “vulnerabilidade potencial” é um convite em defesa de uma visão mais abrangente das necessidades adicionais inerentes à vida com uma doença crônica. Essa visão aponta para a necessidade de identificar quem são as pessoas que vivem com HIV; que problemas e dificuldades enfrentam em seu cotidiano; como sobrevivem; com que estratégias enfrentam o agravo de suas condições de vida e saúde a partir do diagnóstico e se podem contar com suporte social seja este, formal ou informal.

Compreender a vulnerabilidade dos portadores de uma doença crônica, grave e estigmatizante requer entender o significado de ser pobre, excluído, vítima de discriminação, ser mal remunerado, residir de forma precária, viver a solidão acompanhada ou a solidão da contemporaneidade. A vulnerabilidade potencial considera como fatores de vulnerabilidade: o estado conjugal, o número de filhos vivos e vítimas da Aids, a participação em grupos de convivência, a revelação e o tempo de diagnóstico, o uso de medicação, as condições habitacionais, a renda familiar *per capita*, a vinculação à previdência, o trabalho ou sua ausência; o acesso e a garantia de direitos trabalhistas; o acesso à informação, às políticas e direitos sociais; a existência de suporte sociofamiliar e de discriminação. Isso significa reconhecer que diferentes fatores de

vulnerabilidade podem coexistir ou não e saber que o efeito dessa interação para cada pessoa envolvida é único.

A “vulnerabilidade potencial” fortalece a relevância do reconhecimento da sinergia Aids, exclusão, desigualdade e ausência de políticas sociais, e defende uma resposta da política pública igualmente sinérgica, o que Wallace (1991) denominou de *synergistic interventions*. A abrangência desse conceito pode ser útil para visualizar e defender uma política dotada de diretrizes capazes de visualizar a complexidade e a rapidez das transformações societárias e suas interconexões de causas e de efeitos; uma política pública que considere a noção de risco e de vulnerabilidade nas suas múltiplas e variadas relações causais e consequentes (Hayes, 1992).

PALAVRAS-CHAVE: HIV/Aids; pobreza; desigualdade; exclusão; vulnerabilidade potencial.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. et al. Risco, Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, de S. et. al. (orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

CASTIEL L.D. *A medida do possível...* Saúde risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

HAYES, M. V. On the epistemology of risk: language, logic and social science. *Social Science and Medicine*, v. 35, p. 401-407, 1992.

PARKER, R.; CAMARGO Jr., K.R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16 suppl.1, p. 89-102, 2000.

SALAMA, P. et al. *O tamanho da pobreza: economia política da distribuição de renda*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

VIANA, A.L.; ELIAS, P.E.M.; IBÁÑEZ, N. (orgs.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005. 234p. (Saúde em Debate; v. 159).

WALLACE, R. Social Disintegration and the spread of aids: Thresholds for propagation along ‘sociogeographic networks’. *Social Science and Medicine*, v. 33, n. 10, p. 1155-1162, 1991.

GÊNERO, SEXUALIDADE E RAÇA/ETNIA ENTRE EDUCADORES

AUTORA: Maria Mostafa *

ORIENTADORA: Fabíola Rohden

FOMENTO: FAPERJ

A execução de políticas para as questões de gênero, raça, etnia e orientação sexual está presente nas resoluções da *Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres*, em 2004. Em fins desse mesmo ano, realizou-se o *Seminário Internacional Educando para a Igualdade de Gênero, Raça e Orientação Sexual*. A partir desses dois eventos, começou-se a pensar em um curso de formação de educadores que abordasse articuladamente os temas de gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Estiveram presentes no seminário acadêmicos e membros de entidades da sociedade civil ligados a ações educativas dos temas em questão.

* Mestranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (mariamostafa@hotmail.com).

Assim, foi realizado o curso *Gênero e diversidade na escola*, que em sua fase piloto dirigiu-se à atualização de 1.200 professores do 3º e 4º ciclo do Ensino Fundamental da rede pública de seis municípios do país nas temáticas de gênero, sexualidade e orientação sexual, e relações étnico-raciais. A carga horária total do curso foi de 200 horas, sendo 30 delas presenciais e 170 horas de ensino *on-line*, que ocorreram entre junho e setembro de 2006, no e-ProInfo (www.eproinfo.mec.gov.br), ambiente colaborativo de aprendizagem do Ministério da Educação.

As instituições responsáveis pelo desenvolvimento e execução do curso-piloto foram: Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CLAM-IMS/UERJ); Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM); Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir); Ministério da Educação (Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade - Secad/MEC e Secretaria de Ensino a Distância - Seed/MEC) e British Council.

Os municípios que participaram do curso-piloto – Niterói e Nova Iguaçu (RJ), Maringá (PR), Dourados (MS), Porto Velho (RO) e Salvador (BA) – contemplam todas as regiões brasileiras e apresentam diferentes perfis de tamanho e localização.

No decorrer do curso dois fóruns, visando à interação entre os cursistas e os professores *on-line* de cada turma, foram implantados o fórum para discussão de caso e o fórum para tirar dúvidas conceituais durante a leitura dos textos. Esse trabalho analisou as mensagens postadas entre os cursistas e os professores *on-line* nos fóruns de caso. Os fóruns de caso, dentre todos os materiais produzidos pelos cursistas, foram escolhidos por serem o espaço no qual os cursistas eram instigados a se posicionarem sobre as temáticas do curso, a partir de diversas situações (reais ou inventadas), que expunham diferentes ângulos das questões trabalhadas na parte teórica do curso.

A maioria dos casos pediu um posicionamento do cursista como educador do tipo: “se você fosse o professor como teria reagido?”. Será que os cursistas se posicionaram com mais facilidade em alguns assuntos do que outros? Se sim, que assuntos foram esses? Como os cursistas perceberam a “transversalidade” dos casos?

A análise dos fóruns de discussão de caso permitiu o esboço de algumas conclusões acerca das questões que se combinaram no curso *Gênero e Diversidade na Escola*. Primeiramente, foi possível constatar quais os temas que os cursistas consideraram mais difíceis de serem trabalhados no contexto escolar: gravidez na adolescência, violência de gênero, aborto e homossexualidade (principalmente na adolescência) foram os temas que provocaram os ânimos dos cursistas independentemente do módulo em que se encontravam. Tanto na discussão do caso sobre violência de gênero (do módulo sobre gênero), quanto no caso sobre aborto (no módulo de sexualidade), ficou evidente a dificuldade que os cursistas apresentaram em desvincular suas práticas como educadores de suas questões de ordem moral/religiosa. Nesses dois casos, muitos cursistas construíram seus argumentos citando Deus, o amor e a defesa da vida.

A preocupação em controlar a sexualidade dos alunos foi bastante visível nos casos em que a temática da gravidez na adolescência esteve presente e ficou bem clara no caso em que se discutiu a redução da idade para o início das aulas de educação sexual. Além dessas constatações, foi possível observar que nos casos em que ocorreu o cruzamento das questões de raça e sexualidade, seja no módulo de sexualidade ou no módulo de raça/etnia, prevaleceu entre os cursistas a discussão sobre a discriminação racial.

Duas conclusões são tiradas dessa hierarquização de preconceitos: a primeira é que, para os cursistas, a questão racial não foi tão problemática como algumas questões de gênero e sexualidade; e a segunda é que a “transversalidade” não é garantida pela simples sobreposição de diferentes preconceitos, uma vez que essa sobreposição acabou por favorecer a eleição de algumas questões em detrimento de outras presentes no mesmo caso.

PALAVRAS-CHAVE: gênero; sexualidade; políticas públicas; educação.

REFERÊNCIAS

ALTMANN, H. *Verdades e pedagogias na educação sexual em uma escola*. 2005. 213 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2005.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

DUARTE, L.F. “Ethos Privado e Justificação Religiosa: negociações da reprodução na sociedade brasileira.” In: HEILBORN, M.L. et al. (orgs.). *Sexualidade, Família e Ethos Religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

LOURO, G.L. “Pedagogias da sexualidade”. In: _____. (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

ROHDEN, F. *Gravidez na adolescência: um debate contemporâneo*. Comunicações do ISER, ano 21. Edição Especial, 2002.

TRABALHOS APRESENTADOS EM SESSÃO DE PÔSTER

INFORMAÇÕES SOBRE A MORBIDADE HOSPITALAR EM IDOSOS NAS INTERNAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

AUTORA: Ana Luzia Batista de Góis *

ORIENTADOR: Renato Peixoto Veras

FOMENTO: FAPERJ

Introdução

Tendo em vista os altos custos hospitalares dos idosos, o presente estudo teve como objetivo comparar as sete maiores frequências de morbidade hospitalar em idosos, no ano de 2005 com o ano de 1994, através dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/MS).

A informação sobre a comparação de taxas de morbidades hospitalares nos anos de 1994 e 2005 permite uma melhor visibilidade do quadro de morbidade atual dos idosos no país. Assim sendo, o presente trabalho poderá fornecer subsídios que auxiliarão o planejamento das prioridades e escolhas nas atenções em saúde pública voltadas para os idosos.

Material e métodos

A presente pesquisa desenvolveu um estudo de avaliação das informações obtidas na base de dados do DATASUS do Ministério da Saúde sobre a morbidade hospitalar no ano de 2005 e de 1994 em idosos. Os dados foram originados do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH/MS), sendo utilizado como critério de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais, no ano de 1994 e no ano de 2005, na área geográfica do Brasil.

Inicialmente, foram calculadas as taxas de internação, em 1994 e em 2005. A seguir, selecionaram-se as sete doenças com as maiores frequências de 2005, para compor um quadro comparativo com o ano de 1994. As taxas de internações foram ajustadas pelo método direto de padronização e nas análises empregou-se o programa *Epidat* 3.1.

Os procedimentos de regularização foram realizados e aprovados (1607 – CEPE / HUPE), conforme a Resolução nº 196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

As doenças do aparelho circulatório se mantiveram predominantes em 2005 (28%) e em 1994 (32%), com uma redução de 4% entre estas datas; houve o aumento em dobro das neoplasias de 1994 (4%) para 2005 (8%), e as doenças infecciosas e parasitárias apresentaram a manutenção basicamente do mesmo percentual de 7%, em 1994 e em 2005.

Discussão

Tendo como referência as taxas ajustadas, foram encontradas as seguintes sete maiores frequências de morbidade hospitalar nos idosos:

* Doutoranda em Ciências Médicas (PGCM-UERJ/FCM), área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde (anagoesfisio@globocom).

A primeira doença que se destacou em 2005 (28%) com maior número de casos foram as doenças do aparelho circulatório, resultado compatível com a literatura da área. Este panorama não se modificou em comparação com o ano de 1994 (32%), pois já ocupava a liderança e se manteve ao longo deste período; porém em 2005 houve uma redução de 4% dessas taxas. Tal redução é significativa e estimula o investimento, de forma mais intensiva, em programas preventivos e informativos nesta área.

A segunda doença em maior número no ano de 2005 (17%) foram as doenças do aparelho respiratório, que também diminuíram 2% em comparação com 1994 (19%).

A terceira doença em maior número encontrada em 2005 (10%) foram as doenças do aparelho digestivo, que aumentaram 2% em comparação com 1994 (8%).

A quarta doença é a neoplasia, que merece uma preocupação maior, pois saiu de uma classificação de 6º lugar em 1994 para o 4º lugar em 2005 (8%), com um aumento de 4%, representando o dobro de 1994 (4%). Este resultado está compatível com o aumento das neoplasias no sexo masculino, em 2005, quando comparado ao ano de 1994, o que pode ser atribuído ao aumento de neoplasias em próstata nos últimos anos.

Em quinto lugar, temos as doenças infecciosas e parasitárias, que em 2005 registraram 7% e mantiveram basicamente o mesmo percentual em 1994 (7%), porém desceram de classificação em 2005, pois em 1994 ocupavam o quarto lugar. Isto se deu em virtude do aumento das neoplasias, empurrando as doenças infecciosas e parasitárias para o quinto lugar. O perfil epidemiológico anterior ainda é um problema para o país. Ressalta-se a falta de saneamento básico na maioria dos municípios brasileiros.

Em sexto lugar, aparecem as doenças genitourinárias: em 2005 (6%), mantiveram basicamente o mesmo percentual do ano de 1994 (6%).

No sétimo lugar, temos as lesões e envenenamentos, que em 2005 (5%) aumentaram 1% em comparação com 1994 (4%), descendo sua classificação geral em 2005, pois em 1994 ocupavam o sexto lugar. O aumento destas taxas coloca em questão as quedas nos idosos como um dos fatores de maior destaque para esta morbidade.

Conclusão

Mediante os resultados desta pesquisa, pode-se concluir que, no Brasil, a morbidade hospitalar em idosos mantém o predomínio das doenças do aparelho circulatório, ao mesmo tempo em que se observa a não-redução das doenças infecciosas e parasitárias; e ainda sinaliza o aumento recente e acentuado das neoplasias.

As taxas encontradas em nosso estudo corroboram os resultados de pesquisas semelhantes, mas mesmo assim devem ser feitas as seguintes considerações: os valores encontrados podem variar de acordo com a população de referência e das faixas etárias utilizadas no processo de padronização. Além disso, SIH/SUS contém informações sobre 60-70% das internações realizadas no país e a sua abrangência está limitada às internações no âmbito do SUS. Finalmente, recomenda-se que os estudos de comparações entre períodos sejam umas das ferramentas de uso na gestão, concorrendo assim para a melhoria da saúde nos idosos do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: morbidade; idoso; saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)* - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC Coordenação-Geral de Sistemas de Informação – CGSI. Brasília/DF, 2005.

CAMARANO, A.A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p.1-5, 427-450.

CURTIN, L. R.; KLEIN, R. L. Direct standardization (age-adjusted death rates). *Health People 2000 – Statistical Notes 1995*, v. 6, p. 1-10, 2000.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 4. ed . Rio de Janeiro: Artmed, 2006. p.223-239 e 147- 150.

GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Fisioterapia domiciliar aplicada ao idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 9, n. 2, p. 49-61, 2006b.

A DOAÇÃO DE GAMETAS É UMA QUESTÃO DE DÁDIVA?

AUTORA: Ana Paula Cavalcante dos Santos*

ORIENTADOR: Luiz Antonio de Castro Santos

FOMENTO: CAPES

Introdução

A inserção da tecnologia na área médica produziu o que hoje é chamado de tecnologias reprodutivas conceptivas, através das quais a ciência passou a trabalhar de modo a “resolver” situações de infertilidade. Dentre as múltiplas técnicas utilizadas será focada, neste trabalho, a inseminação artificial heteróloga, que faz uso da doação anônima de gametas humanos. A questão proposta refere-se à articulação desse tipo de doação com a teoria da dádiva, tomando como base duas perspectivas do fenômeno: a da generosidade e a do mercado.

Discussão

A teoria da dádiva (Mauss, 1974) versa sobre um entendimento da vida social por um constante dar e receber, alicerçado numa tensão entre obrigatoriedade e espontaneidade, organizada de modo particular em cada caso e grupo. Tal teoria está apoiada no conceito de *fenômeno social total*: integração de diferentes aspectos constitutivos de uma realidade social a ser apreendida em sua integralidade (biológico, econômico, jurídico, religioso). Assim, diversos aspectos estariam ligados aos sistemas de dádiva, de vários tipos de sociedade. Outros aspectos do fenômeno: (1) As relações de troca estariam embasadas na noção de sociabilidade; produziriam alianças de vários tipos. (2) A troca incluiria não só presentes, mas também festas, esmolas, heranças, mulheres, visitas, etc. (3) A obrigatoriedade do dar e do receber implicaria não só uma troca material, mas também uma troca espiritual pautada na noção de *hau*. (4) Haveria um caráter coercitivo embutido no altruísmo que envolve o dom, pois não se tem o direito de recusar uma dádiva. (5) O dom seria composto de uma tripla obrigação: dar, receber e retribuir.

O dom contemporâneo, analisado por Godbout (1999), teria que ser descolado da lógica economicista à qual costuma estar atrelado, para ser visto como um tipo de vínculo social, atuando como o préstimo de bem ou de serviço sem garantia de retorno, criando, alimentando ou recriando vínculos sociais. No ocidente, a dádiva circularia por três esferas: o *mercado*; o *Estado* e o

* Doutoranda em Ciências Humanas e Saúde pelo IMS/UERJ (anacantes@terra.com.br).

doméstico (lugar da dádiva “genuína”, por estar apoiada na lealdade inscrita na família, na geração, etc.). Para o autor, apesar de as doações de material humano serem analisadas como dádivas por alguns autores, por envolverem relações de generosidade (gratuita, anônima e voluntária) entre estranhos, as mesmas seriam incluídas numa forma mista de circulação de dádiva, por estarem presentes: o Estado na distribuição do “produto” na vida social; uma aparelhagem técnico-profissional remunerada; e por haver algum tipo de comercialização do material coletado.

A doação de gametas na RA se adequa a esta noção, tendo sido analisada pelas lógicas do altruísmo e comércio. Costa (2006) observou diferenças de tratamento entre pacientes das áreas pública e privada da RA. O acesso da pesquisadora ao primeiro grupo foi facilitado e ao segundo, impedido, o que parece ser justificado pela condição de cliente na qual as pacientes particulares estão inseridas; a própria remuneração profissional dependeria do número de tratamentos executados. Uma pesquisa que analisou propagandas de clínicas privadas de RA verificou termos de divulgações semelhantes aos de instituições com fins lucrativos. O sonho de ter um bebê seria equiparado ao sonho de consumo de bens duráveis (Ramirez, 2002). Strathern (1992) analisa a RA dentro do marco da cultura de consumo, em que o valor é colocado na preferência e na escolha a ele vinculada. Os usuários dos serviços seriam pensados como clientes que procuram serviços, e não como pacientes. Para Godbout, o único ritual de “dádiva genuína” comparável em todos os tipos de sociedade é o que acompanha o casamento: o nascimento e a geração. Entretanto, o filho nascido pela RA poderia promover o desaparecimento desse tipo de dádiva, por sua artificialidade e previsibilidade. As análises sobre a dádiva e sobre a doação de gametas deixam claro o quanto o fenômeno está inscrito em bases antagônicas, englobando racionalidades de ambos os pólos: tanto da dádiva, quanto do mercado. Essa doação é gratuita, voluntária, anônima, voltada para desconhecidos, proporciona o estabelecimento de vínculos sociais e favorece nascimentos, o que a coloca na condição de dádiva. Por outro lado, a prática reforça diferenças socioeconômicas, envolve a circulação de dinheiro e está inserida no contexto dominante da RA de altos lucros, o que a coloca na condição de comércio.

Considerações finais

O presente estudo apresentou alguns aspectos da articulação da dádiva com a doação de gametas. Foram apresentados estudos preliminares sobre a dádiva, posteriormente, sobre a dádiva moderna, e em seguida, o fenômeno foi analisado sob duas perspectivas antagônicas: da dádiva e do comércio. Quer dizer, se priorizamos características da doação de gametas referentes à gratuidade, ao voluntarismo e à geração da vida humana, o fenômeno parece se adequar à noção de dádiva. Entretanto, se são levantados aspectos referentes aos altos preços que envolvem a prática, às características de divulgações dos serviços, à vinculação de pacientes à lógica do clientelismo, o fenômeno passa a se adequar à idéia de comércio. Cabem às pesquisas que virão a transcendência dessa dicotomia, para que sejam atingidos melhores níveis de compreensão do fenômeno, auxiliando, assim, a construção do saber.

PALAVRAS-CHAVE: reprodução assistida; doação de gametas; dádiva.

REFERÊNCIAS

- COSTA, R.G. Aspectos comerciais da doação de gametas: um problema ético. *Série Anis* 46, Brasília, Letras livres, 2006, p. 1-5.
- GODBOUT, J. *O espírito da dádiva*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1999, p. 269.
- MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. *Sociologia e Antropologia*. V. II. São Paulo: Edusp, 1974, p. 200.

RAMIREZ, M.C. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: fabricando a vida, fabricando o futuro*. 274 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Departamento de Antropologia do IFCH, Unicamp – Universidade Estadual de Campinas, 2003.

STRATHERN, M. *Reproducing the future*. Anthropology, kinship and the new reproductive technologies. Manchester: Manchester University Press, p. 64-89, 1992.

IMPACTO DA CÁRIE DENTÁRIA SOBRE A VIDA DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES

AUTORA: Ana Paula Pires dos Santos*

COAUTORES: Mariana Salazar, Denise Martins Carvalho, Amanda Falcão, Karina Campos, Marialice Pentagna, Paulo Nadanovsky, Branca Heloisa de Oliveira

ORIENTADOR: Paulo Nadanovsky

CO-ORIENTADORA: Branca Heloisa de Oliveira

Introdução

A cárie na primeira infância é definida como a presença de uma ou mais superfícies dentárias cariadas (cavitadas ou não), ausentes (devido à cárie) e restauradas, em qualquer dente decíduo de uma criança de 71 meses de idade ou menos (AAPD, 2008). No Brasil, 27% das crianças entre 18 e 36 meses de idade são acometidas por cárie na primeira infância, sendo que esse percentual chega a 59% aos cinco anos de idade (Projeto SB Brasil, 2004).

Estudos já relataram que a presença de cárie tem impacto negativo na qualidade de vida associada à saúde bucal de crianças (Feitosa et al., 2005) e que o seu tratamento proporciona melhora na habilidade para comer, dormir, além da redução de dor (Anderson et al., 2004).

O objetivo deste trabalho foi investigar a relação entre cárie na primeira infância e ocorrência de dor de dente, interferência nas atividades diárias e percepção dos pais sobre o bem-estar associado à saúde bucal de pré-escolares nos últimos 12 meses.

Material e métodos

A amostra deste estudo transversal constou de 231 crianças de 12 a 48 meses de idade, que procuraram tratamento em um serviço público de saúde na cidade do Rio de Janeiro - RJ.

As variáveis de desfecho utilizadas foram: dor de dente, interferência nas atividades diárias e percepção dos pais sobre o bem-estar associado à saúde bucal de crianças nos últimos 12 meses. Os dados foram obtidos através de entrevistas com os responsáveis. A variável de exposição de interesse foi a presença de cárie na primeira infância. O exame odontológico foi realizado por duas odontopediatras calibradas ($Kappa=0,85$), utilizando o *Caries Detection and Assessment System - ICDAS II* (ISMAIL et al., 2007).

Os dados foram inseridos no programa *Epi Info 6.0* e analisados no programa *Stata 7.0*. O nível de significância estabelecido foi de 5%. Utilizou-se o teste qui-quadrado de *Pearson* para a associação entre variáveis categóricas e calculou-se a razão de chances de *Mantel-Haenszel* com intervalo de 95% de confiança para a associação entre cárie dentária e dor de dente, estratificada pela idade das crianças.

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (ana.paulapires@uol.com.br).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em 22/03/06 (1422 - registro CAAE 0048.0.228.000.07) e todos os responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A maioria das crianças era do sexo masculino (53%) e de baixo nível socioeconômico (93%). A média de idade encontrada foi de 28,9 meses (dp:10,6). Aproximadamente 36% das crianças pertenciam à faixa etária de 12 a 23 meses, 34% à faixa etária de 24 a 35 meses e 30% à faixa etária de 36 a 48 meses.

Quarenta e seis por cento das crianças apresentavam cárie dentária e, nos 12 meses anteriores à entrevista, 10% apresentaram dor de dente; 9,5%, dificuldade em comer qualquer tipo de alimento e 8,5%, dificuldade em beber líquidos frios ou quentes. Observou-se associação estatisticamente significativa entre cárie dentária e dor de dente e dificuldade para beber (qui-quadrado, $p=0,00$ e $p=0,02$, respectivamente), mas não entre cárie dentária e dificuldade para comer (qui-quadrado, $p=0,08$). Após estratificação por faixa etária, a chance de relatar dor de dente em crianças com cárie dentária foi 5,7 vezes maior (IC 95% 1,9 -16,8) do que em crianças sem cárie. A proporção de responsáveis que percebeu que o bem-estar dos seus filhos havia sido de alguma forma afetado por problemas bucais foi de 24% e 14% para o grupo de crianças com e sem cárie dentária, respectivamente (qui-quadrado, $p=0,05$).

Conclusão

A chance de relatar dor de dente nos últimos 12 meses foi maior entre as crianças portadoras de cárie na primeira infância, em cada faixa etária. Além disso, a presença de cárie dentária demonstrou ter impacto significativo sobre as atividades da vida diária dessas crianças.

PALAVRAS-CHAVE: cárie dentária; saúde bucal; qualidade de vida; pré-escolar.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. *Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies*, 2008.
- ANDERSON, H.K.; DRUMMOND B. K.; THOMSON W. M. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. *Int J Paediatr Dent*, v. 14, n. 5, p. 317-25, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais*. Brasília: MS, 2004. 51p.
- FEITOSA, S.; COLARES, V.; PINKHAM, J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1550-6, 2005.
- ISMAIL, A. I. et al. The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 35, n. 3, p. 170-8, 2007.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA DE PARTICIPANTES: A EXPERIÊNCIA DA FASE 3 DO ESTUDO PRÓ-SAÚDE

AUTORA: **Andréa Chagas***

COAUTORES: **Cíntia de Barros, Vyviane Candido e Karine Boclin**

ORIENTADORA: **Claudia S. Lopes**

FOMENTO: **CNPq**

Introdução

O Pró-Saúde é um estudo longitudinal, constituído em fins de 1998, que tem como objetivo investigar determinantes sociais da morbidade física e mental, e de hábitos e comportamentos de saúde entre os funcionários técnico-administrativos de uma universidade no Rio de Janeiro, integrando atividades de pesquisa, ensino e extensão. Periodicamente são realizadas coletas de dados entre esses funcionários, que dividem o estudo em fases. Até o momento foram realizadas três coletas, portanto, três fases. A linha de base da Fase 3 é formada por 3.253 funcionários, participantes das coletas de dados realizadas em 1999 (Fase 1) e em 2001 (Fase 2). Em 2006/2007, foi realizada a terceira fase de coleta, que teve a participação de 3.058 funcionários (94% da população-alvo).

Discussão teórica

O trabalho de campo da Fase 3, após cuidadoso planejamento prévio, foi iniciado com divulgação intensa na mídia interna da universidade, através de *e-mail* enviado aos funcionários, auxiliada pela Diretoria de Comunicação Social, e com envio de correspondência, carta-convite, à residência dos funcionários. Foram montadas “bases” fixas, percorrendo andar por andar, que permaneciam por um tempo em determinado local do *campus* principal, atendendo os funcionários dos setores próximos, e “bases” móveis, itinerantes, que percorriam os diversos *campi* e o hospital universitário, atendendo os demais funcionários e agilizando o processo de coleta.

No decorrer do trabalho de campo, com o desenvolvimento das atividades, foram acrescentadas outras estratégias como recrutamento telefônico e visitas domiciliares (inicialmente pré-agendadas, e posteriormente, sem aviso prévio), que se mostraram extremamente importantes na busca dos funcionários que, por inúmeras razões (licença médica, licença-prêmio, aposentadoria), encontravam-se afastados da universidade. Para o recrutamento telefônico, foi elaborado um manual com normas e procedimentos para esta abordagem e cada contato era cuidadosamente registrado. Com as “bases” iniciais (maio-setembro de 2006) foram atingidos 1.295 funcionários (43% do total atingido). A partir da introdução do recrutamento telefônico e visitas domiciliares, foram atendidos outros 1.763 participantes (57%). Ao final da coleta de dados e com a inclusão dessas estratégias adicionais de busca, foram atendidos 3.058 participantes (94% da população-alvo).

Conclusão

O delineamento de estratégias inovadoras (e não planejadas inicialmente) e bem-sucedidas resultou do monitoramento sistemático do trabalho de campo, e do envolvimento de pesquisadores de campo e supervisores para a definição de alternativas. Estas estratégias permitiram o acesso àqueles funcionários impossibilitados de virem à universidade e a adesão de um número bem expressivo dos funcionários-alvo.

* Aluna de iniciação científica em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (andrea_pchagas@yahoo.com.br).

PALAVRAS-CHAVE: estudo de coorte; coleta de dados.

REFERÊNCIAS

BERKMAN, L.F.; KAWACHI, I. (eds.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000

CARVALHO, M.S.; LOPES, C.S. Métodos em estudos de coorte. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, p. 234-5, 2005.

CHOR, D. et al. Social network and social support measures from the Pró-Saúde study: Pre-tests and pilot study. *Cad Saúde Pública*, v. 17, p. 887-96, 2001.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, n. 5, p. 454-66, 2005.

SZWARCWALD, C.L. Comentários sobre o Estudo Pró-Saúde. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, n. 4, p. 470-3, 2005.

CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS: PROCESSO DE REVISÃO E CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS DO ESTUDO PRÓ-SAÚDE

AUTORA: **Bianca Sophia***

COAUTORES: **Renata Lourenço, Vyviane Candido e Karine Boclin**

ORIENTADOR: **Eduardo Faerstein**

FOMENTO: **PIBIC-UERJ**

Introdução

O Pró-Saúde é um estudo longitudinal, constituído em fins de 1998, cuja população-alvo é formada por todos os funcionários técnico-administrativos de uma universidade no Rio de Janeiro. Seu principal foco é a investigação dos determinantes sociais em saúde, com atividades integradas de pesquisa, ensino e extensão, relacionadas à promoção da saúde de funcionários. Até o momento foram conduzidas três fases de coleta de dados, Fase 1 (1999), da qual participaram 4.030 funcionários, cerca de 91% do total de indivíduos elegíveis; Fase 2 (2001), com participação de 83% e Fase 3 (2006/2007), com participação de 3.058 funcionários, 94% do público-alvo (participantes das Fases 1 e 2).

Discussão teórica

Em 2006/2007, foi conduzida a terceira fase de coleta de dados, na qual foram aplicados questionários autoadministrados e aferidas medidas de peso, estatura em pé e sentada, circunferência abdominal e pressão arterial. Foram utilizadas algumas estratégias para o controle de qualidade dos dados, como contínua re-certificação dos aferidores ao longo do período de coleta e a revisão e codificação dos questionários, estratégia discutida neste trabalho.

Por serem autopreenchíveis, impossibilitando a interferência dos aplicadores no momento do preenchimento, os questionários apresentaram algumas inconsistências nas respostas. Durante o trabalho de revisão, foram aplicados códigos específicos para esses grupos de respostas

* Aluna de iniciação científica em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (bianca_sophia@yahoo.com.br).

inconsistentes, 8's para questões em branco, 9's quando a resposta não se aplicava, com mecanismo automatizado, e 7's para respostas inconsistentes. Após o término do processamento de dados, foram revisados os questionários com códigos 7's, com o objetivo de reavaliar essas situações e eventualmente recuperar informações, com utilização de critérios uniformes e consistentes, incluindo análise de anotações dos participantes ou aplicadores e imputação com base em respostas de outras questões ou outras fases do projeto. Foi possível recodificar 174 (89%) respostas entre aquelas inicialmente codificadas como inconsistentes.

Conclusão

Com esses procedimentos de minuciosa revisão dos questionários do Estudo Pró-Saúde e codificação específica das inconsistências nas respostas, entre outros procedimentos adotados, tornou-se possível a significativa redução da perda de informações.

PALAVRAS-CHAVE: estudo de coorte; coleta de dados; processamento de dados; controle de qualidade.

REFERÊNCIAS

- BERKMAN, L.F.; KAWACHI, I. (eds.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000
- CARVALHO, M.S.; LOPES, C.S. Métodos em estudos de coorte. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, p. 234-5, 2005.
- CHOR, D. et al. Social network and social support measures from the Pró-Saúde study: Pre-tests and pilot study. *Cad Saúde Pública*, v. 17, p. 887-96, 2001.
- FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, n. 5, p. 454-66, 2005.
- SZWARCWALD, C.L. Comentários sobre o Estudo Pró-Saúde. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, n. 4, p. 470-3, 2005.

AMPUTAÇÃO POR DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM PACIENTES CADASTRADOS NO SISTEMA HIPERDIA EM CINCO ESTADOS BRASILEIROS

AUTORA: Bruna Kulik Hassan*

COAUTORES: Jackeline Pinto Lobato, Amanda de Moura Souza, Janaína Mota Alves de Carvalho, Camila Faria, Charles Rodney Morrison Day

ORIENTADOR: Joaquim Gonçalves Valente

FOMENTO: CAPES

Introdução

O *diabetes mellitus* (DM) representa um importante problema de saúde pública e sua prevalência vem aumentando com o crescimento da população, urbanização, envelhecimento, aumento da prevalência de obesidade e sedentarismo (Wild et al., 2004).

* Mestranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (bkulik@gmail.com).

A elevada morbi-mortalidade por DM gera um impacto sobre a qualidade de vida de seus portadores e sistemas públicos de saúde, sendo uma das principais causas de mortalidade e leva a sérias complicações, dentre as quais se destacam: insuficiência renal crônica, amputação de membros inferiores, cegueira definitiva e doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca). A neuropatia diabética é a complicação mais comum do DM, sendo a úlcera nos pés e a amputação as consequências mais graves (MS, 2006). Cascão (2006) observou que 38% dos pacientes que realizaram amputação por DM evoluíram para o óbito no período de três anos.

O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do DM no âmbito da atenção básica são medidas que podem evitar o surgimento e a progressão das complicações. O Sistema HiperDia foi criado em 2002 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de acompanhar esses pacientes, desencadeando ações que, em última instância, levarão à melhoria de sua qualidade de vida e redução do custo social. Por tratar-se de um Sistema recente, faz-se necessário avaliá-lo para auxiliar na tomada de decisões.

Objetivo

Comparar a proporção de amputação por DM2 em pacientes cadastrados no sistema HiperDia, entre regiões, segundo sexo e faixa etária.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico transversal com dados secundários de 2002 do Sistema HiperDia e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), captados através do site do DATASUS. A população do estudo foi composta por diabéticos do tipo 2, com idade acima de 30 anos, de ambos os sexos, residentes nos Estados do Rio de Janeiro, Amazonas, Rio Grande do Sul, Bahia e Goiás. Foram calculadas as proporções gerais de amputação por DM2 e estratificadas segundo sexo e faixa etária (30 a 49 anos, 50 a 64 anos e 65 anos ou mais). Também foi calculada a taxa de mortalidade por faixa etária, onde a mortalidade por DM foi classificada utilizando-se a CID-BR-10, Como denominador para cálculo desta taxa foram captados dados de população do Censo de 2000, através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para tabulação e representação gráfica dos dados, usou-se o programa Tabwin versão 3.5.

Resultados / Discussão

O Estado do Rio de Janeiro apresentou a maior proporção de amputados (2,0%) em comparação com os outros Estados (Goiás - 1,8%, Rio Grande do Sul e Amazonas - 1,7%, Bahia - 1,5%), bem como as maiores taxas de mortalidade por DM como causa básica em todas as faixas etárias, exceto na faixa intermediária (Goiás).

Neste estudo encontrou-se, em todos os Estados, maior proporção de amputados no sexo masculino. Estudos apontam que, embora vivam mais do que homens, mulheres relatam mais morbidade e utilizam mais os serviços de saúde (Macintyre et al., 1996 e 1999).

Quando se analisou a amputação por DM segundo três faixas etárias, foi possível observar três padrões entre os Estados: O padrão "clássico", ou seja, uma maior proporção de amputação na faixa etária superior (65 anos ou mais); O padrão inverso, com maior proporção na faixa etária inferior (30 a 49 anos), observado no Estado do Amazonas; e o Estado de Goiás, com maior proporção na faixa etária intermediária (50 a 64 anos).

Uma das hipóteses para o padrão inverso encontrado no Amazonas seria a existência de um viés de seleção muito forte, ou seja, o programa HiperDia nesse Estado poderia estar selecionando mais jovens do que idosos. Outra hipótese é de que o controle da doença nesse Estado poderia ser

tão baixo que levaria à amputação em faixas etárias mais jovens, devido à ausência de um acompanhamento adequado destes pacientes.

Ao verificar a taxa de mortalidade por DM segundo faixa etária, todos os Estados apresentaram o padrão esperado de maior taxa nas faixas etárias mais velhas. Esse achado não explica o padrão inverso de proporção de amputação encontrado no Amazonas.

Algumas das limitações do presente estudo se deram em função das limitações do Programa HiperDia: dados de alguns municípios indisponíveis, impossibilitando o estudo usando capitais, optando-se por trabalhar com Estados; não-especificação nos questionários da extensão da amputação – o que dificulta saber sobre a gravidade do diabetes – ou do número de eventos por indivíduo – o que poderia gerar viés em uma avaliação posterior, já que indivíduos com mais de uma amputação seriam comparados com aqueles que amputaram uma única vez ao longo do seguimento no programa.

Conclusões

Nesta análise exploratória, o Estado da Bahia apresentou a melhor situação (padrão desejado), ou seja, proporção de amputação crescente conforme o aumento da faixa etária e menores proporções de amputação quando comparado com os Estados que apresentaram o mesmo padrão. Não foi objetivo do presente estudo realizar uma avaliação aprofundada do Sistema HiperDia, e sim, gerar subsídios para essas avaliações, uma vez que procurou-se traçar o perfil da população cadastrada, com relação à amputação por DM 2, no ano de sua implantação. Propõe-se que um novo perfil seja traçado após 10 anos de implantação do Sistema, para verificar a situação de amputação por DM 2 nos Estados estudados e ainda, que sejam realizados alguns ajustes nas informações captadas e disponibilizadas pelo programa.

PALAVRAS-CHAVE: amputações; *diabetes mellitus* tipo 2; Sistema HiperDia.

REFERÊNCIAS

CASCÃO, A.M. *Avaliação da qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – a partir do relacionamento de bases de dados Estado do Rio de Janeiro – 2000 a 2003*. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

MACINTYRE, S.; FORD, G.; HUND, K. Do women “overreport” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine*, v. 48, p. 89-98, 1999.

MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science and Medicine*, v. 42, n.4, p. 617-624, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus*, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad16.pdf>. Acesso em: maio 2008.

WILD, S. et al. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, v. 27, p. 1.047-1.053, 2004.

DETERMINANTES DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NO ESTUDO PRÓ-SAÚDE

AUTOR: **Carlos Eduardo Raymundo***

COAUTOR: **Antônio Carlos Ponce de Leon**

ORIENTADOR: **Michael Reichenheim**

FOMENTO: **CNPq**

Introdução

É crescente o número de pesquisas que abordam associações entre saúde do trabalhador e os determinantes demográficos e socioeconômicos, as doenças crônicas e a capacidade funcional. Nesse contexto, a autopercepção de saúde tem-se mostrado um método confiável para análise do estado de saúde de um indivíduo, apesar das dificuldades de mensuração (Alves & Rodrigues, 2005). A autopercepção de saúde tem sido utilizada como indicador de mortalidade e contempla aspectos da saúde física e emocional. Este marcador se associa fortemente com o estado real de saúde das pessoas e pode ser encarado como uma representação das avaliações objetivas de saúde (Idler & Angel, 1990).

Objetivo

Investigar a influência de determinantes demográficos, socioeconômicos e das doenças crônicas sobre a autopercepção de saúde entre os funcionários da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Métodos

A base desse projeto se constitui nos dados do Estudo Pró-Saúde, Fase I, de 1999. A população de estudo foi de 2.347 funcionários. Todos os funcionários responderam um questionário multidimensional, sendo que entre as perguntas havia uma sobre o estado atual de saúde do indivíduo, categorizada em quatro faixas: muito bom, bom, regular e ruim. No âmbito deste estudo, essa variável foi redividida, ficando com dois grupos: 0, para “muito bom” e “bom” e 1 para “regular” e “ruim”. A partir disso, foi explorada a associação dessa variável com variáveis socioeconômicas (escolaridade, renda, faixa etária, sexo, estado civil), epidemiológicas (atividade física de lazer, uso de medicamentos, número de doenças crônicas e índice de massa corporal) e contextual (índice de desenvolvimento econômico). Para avaliar esses efeitos agregados por bairro, foi conduzida uma análise de regressão logística multinível utilizando o *software* R, versão 2.7.1 (R Development Core Team, 2008).

Resultados

Foram ajustados seis modelos de regressão para diferentes grupos de variáveis explicativas. Além disso, foi calculado o VPC (*Variance Partition Coefficient*), que é o percentual da variância não explicada atribuída ao segundo nível, neste caso, os bairros de residência dos funcionários (Tabela 1).

Tabela 1 – Sequência de modelos de regressão logística multinível ajustados

Modelo	Grupo de variáveis	VPC
Modelo vazio	-	2,59%
Modelo 1	Variáveis sócio-econômicas	0,32%

* Mestrando em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (caducer@gmail.com).

Modelo 2	Variáveis epidemiológicas	0,47%
Modelo 3	Modelo 1 + Modelo 2 (variáveis significantes)	0,24%
Modelo 4	Variável contextual	< 0,001%
Modelo 5	Modelo 3 + Modelo 4 (variáveis significantes)	0,003%

A partir dos resultados obtidos com os ajustes dos modelos, foi realizada a seleção do modelo estatístico final de acordo com os critérios de AIC (*Akaike Information Criteria*) e BIC (*Bayesian Information Criteria*). Essas análises conduziram a escolha do “modelo 3”. Seguem abaixo as estimativas de *Odds-Ratio* (OR) ajustadas com os respectivos intervalos de confiança de 95% (Tabela 2).

Tabela 2 – resultados do modelo final de regressão logística multinível

Variável	OR	IC 95%
Escolaridade		
Universitário completo	1	-
2º grau completo	0,723	0,526-0,995
1º grau completo	0,818	0,592-1,131
Renda		
1º quintil	1	-
2º quintil	0,741	0,505-1,088
3º quintil	0,607	0,416-0,885
4º quintil	0,542	0,345-0,853
5º quintil	0,369	0,236-0,577
Faixa etária		
< 30 anos	1	-
30 a 40 anos	1,068	0,712-1,601
40 a 50 anos	1,433	0,947-2,166
50 e mais	1,785	1,083-2,940
Sexo		
Masculino	1	-
Feminino	1,168	0,896-1,522
Atividade física de lazer		
Sim	1	-
Não	2,126	1,619-2,791
Uso de medicamentos		

Não	1	-
Sim	1,831	1,384-2,422
Número de doenças crônicas		
Nenhuma	1	-
1	2,250	1,689-2996
2	4,349	2,929-6,456
3 ou mais	9,019	5,235-15,535
Índice de Massa Corporal (IMC)		
< 25	1	-
25 a 29	1,095	0,818-1,466
30 e mais	2,042	1,476-2,826

A presença de doenças crônicas, associada com sexo feminino e faixa etária avançada, esteve fortemente relacionada à autopercepção de saúde.

Conclusões

Os resultados indicam a necessidade de ações integradas que abordem simultaneamente os principais fatores determinantes da autopercepção de saúde como forma de promover o bem-estar e a qualidade de vida dos funcionários. O efeito contextual não foi significativo, pois a unidade de segundo nível, bairro, foi considerada muito homogênea, registrando baixos valores de VPC. Uma solução para este problema seria trabalhar com setores censitários como variável de segundo nível.

PALAVRAS-CHAVE: autopercepção de saúde; multiníveis; Pró-Saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, v. 17, p. 333-421, 2005.
- IDLER, E.L.; ANGEL, R.J. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Public Health*, v. 80, p. 446-52, 1990.
- R DEVELOPMENT CORE TEAM. *R: A language and environment for statistical computing* Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2008.

PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS POSTURAIS EM ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO E O PAPEL DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR

AUTOR: **Dázio do Monte Cunha***

ORIENTADORA: Giannina do Espírito-Santo

* Aluno de especialização em Gestão em Saúde pelo IMS/UERJ (daziocunha@yahoo.com.br).

Introdução

A partir de observações assistemáticas de alunos do ensino fundamental no estágio escolar, percebeu-se que estes apresentavam posturas inadequadas e que essa maneira de se portarem poderia vir a trazer consequências que poderiam prejudicar suas vidas, na execução de tarefas básicas, afetando conseqüentemente no seu cotidiano. A partir desta observação assistemática, surgiu a necessidade de desenvolver essa pesquisa objetivou identificar e diagnosticar possíveis prevalências posturais em alunos de ensino médio,

O profissional de Educação Física, por ser um profissional de saúde, tem por dever instruir seus alunos e uma das suas diretrizes pode ser através dos temas transversais da saúde, que ao profissional de Educação Física implica promover hábitos de vida saudáveis, atividade física e educação (Brasil, 1998).

Segundo Bruschini (1998), problemas físicos podem acometer todos os indivíduos, inclusive crianças e adolescentes, principalmente na fase de crescimento, constituindo um dos fatores de riscos para disfunções de coluna vertebral irreversíveis na fase adulta. Vilarinho (2002) constatou, em escolares de 6 a 17 anos, que a hipercifose estava presente em 20,9%, com predominância no sexo masculino. Esta pesquisa objetivou identificar e diagnosticar possíveis prevalências posturais em alunos de ensino médio.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo (Gil, 2002) que consiste em avaliação postural, de caráter observacional (Rosadas, 1991). A amostra consistiu em avaliar 25 alunos de uma escola da rede estadual do Rio de Janeiro, com idades entre 14 a 19 anos ($m=16,52$; $DP= 1,08$). Os escolares foram submetidos por uma avaliação postural e responderam a um questionário com questões fechadas e abertas, relativas aos hábitos de vida referentes à postura, além de terem sido verificadas a massa corporal, a estatura e a carga das mochilas de todos os alunos.

Resultados

A média de massa corporal do grupo de 25 estudantes ficou em 68,16 kg. A partir deste dado, surgiu uma curiosidade: o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO, 2007) recomenda que a capacidade máxima para um indivíduo transportar uma mochila é de no máximo 10% de sua massa corporal. Levando em consideração essa informação, podemos considerar então que a média da carga da mochila deste grupo seria de 6,816 kg. Se esse grupo utilizasse mochilas com cargas de até 10% de sua massa corporal durante o período da infância e na puberdade, não poderia influenciar de alguma forma para que adquirissem possíveis problemas posturais?

O Índice de Massa corpórea (IMC) mensurado não apresentou irregularidade, pois sua média ficou em 23,35, o que é considerado normal se levarmos em consideração as recomendações da ABESO (2007), que estipula que um indivíduo entre 18,5 a 24,9 é considerado com peso ideal.

Foi verificado que 31% de escolares apresentaram hipercifose, 28% apresentaram gibosidade lombar e 22% apresentaram escoliose torácica. Os dados encontrados assemelham-se com os dados encontrados por Vilarinho (2002), pois verificou que em um grupo de escolares de 6 a 17 anos apresentou maior prevalência em hipercifose torácica. Jassi et al. (2004), em estudo realizado com 169 crianças, detectou em sua pesquisa que a hipercifose torácica ficou em primeiro lugar acometendo o grupo em 25,4%, em seguida a escoliose tóraco-lombar com 24,3% e hiperlordose lombar com 15,4%; entretanto, seus dois últimos dados conflitam com os achados desta pesquisa.

Nenhum dos estudantes apresentou carga superior a 10% da massa corporal total, apresentando um padrão recomendado pelo Instituto Brasileiro Traumatologia e Ortopedia INTO

(2007). Segundo estudo realizado por Silva et al. (2007) com 20 escolares, 14 alunos não apresentaram qualquer tipo de desvio nos ombros, dados que confrontam com os achados deste estudo, que apresentou um percentual com somente 7% dos alunos que não apresentaram desvio nos ombros, além de 43% dos alunos apresentarem escápulas aladas, mostrando discrepância quando comparado com o estudo supracitado.

Ainda podemos perceber, através dos relatos dos alunos, que os mesmos apresentam o seguinte quadro de dor em diferentes momentos do dia: 50% e 36% dos estudantes relatam sentir dores na coluna e nos joelhos no dia-a-dia; 39% e 20% sentem dores no joelho e na coluna durante a atividade física; e ainda, 30% e 23% sentem dores nos pés, joelhos e nas pernas depois da atividade física. Este fato revela ser necessária uma intervenção efetiva do professor de Educação Física em suas aulas, e também junto à família, para informar aos responsáveis os fatos e apontar caminhos para que os estudantes possam cuidar de sua postura no dia-a-dia.

Conclusão

Tendo em vista que o grupo avaliado é considerado jovem para apresentar tais níveis acentuados de desvios, faz-se necessário sugerir que os profissionais de Educação Física que atuam no ambiente escolar estejam atentos com relação a essa questão, para que possam intervir, orientar exercícios que possam favorecer a melhoria postural, juntamente com uma educação continuada dos alunos, pais e professores de outras disciplinas.

PALAVRAS-CHAVE: avaliação postural; índice de massa corporal (IMC); hábitos de vida.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRAILEIRA PARA ESTUDOS DE OBESIDADE E DOENÇA METABÓLICA (ABESO). Disponível em: http://abeso.org.br/ras_imc.htm Acesso em: 01/12/2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Parâmetros Curriculares Nacionais: Tema Transversal Saúde, 1º e 2º ciclos*. Brasília: Secretaria da Educação Fundamental/MEC, 1998.

BRUSCHINI, S. *Ortopedia Pediátrica*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

GIL, A.C. *Como Elaborar Projeto de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA (INTO). Disponível em: <http://www.into.saude.gov.br/> Acesso em: 01/12/2007.

ROSADAS, S.C. *Educação Física Especial para Deficientes*. São Paulo: Atheneu, 1991.

SILVA, V.P.; ESPÍRITO-SANTO, G. Desvios Posturais Relacionando-os com Hábitos de Vida e o Peso do Material Escolar Transportado. In> CONGRESSO CIENTÍFICO CELSO LISBOA "SAÚDE E, AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE", 1, 2007, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, Centro Universitário Celso Lisboa, 2007. 1 CD-ROM.

TRAEBERT, J.; MARTELLI, R.C.C. Estudo descritivo das alterações posturais de coluna vertebral em escolares de 10 a 16 anos de idade: *Rev.Bras. Epidemiologia*. Tangará-SC, v. 9, n. 1, p. 91., 2004.

VILARINHO, R.M.A. Incidência de Hiperlordose como Alteração Postural em Escolares de 6 a 17 anos em uma Escola de Pública do Município da Cidade de Catanduva. *Acta*, v. 1, n. 9, 2002.

ESTUDO PRÓ-SAÚDE – PLANEJAMENTO DA FASE 3

AUTORA: **Fernanda Tizatto***

COAUTORES: **Rodrigo Silva, Vyviane Candido e Karine Boclin.**

ORIENTADOR: **Guilherme Werneck**

FOMENTO: **PIBIC-UERJ**

Introdução

O Programa Pró-Saúde UERJ foi constituído, em 1998, com o objetivo de desenvolver atividades integradas de pesquisa, ensino e extensão, relacionadas à promoção da saúde. Estrategicamente, optou-se pela realização periódica de coleta de dados entre funcionários técnico-administrativos da UERJ, para investigar aspectos da morbidade física e mental, assim como hábitos e comportamentos de saúde. Cada coleta de dados implica um projeto específico, em relação à sua temática, organização e financiamento; em conjunto, os dados constituem importante acervo para análises de tendências da saúde desta população. Foram conduzidas três fases de coleta de dados.

Discussão teórica

Na Fase 1 (1999) participaram 4.030 funcionários (91% dos elegíveis); na Fase 2 (2001), a taxa de participação foi de 83%. No total, 3.253 funcionários aderiram às duas fases, constituindo alvo prioritário para a Fase 3 (2006/2007).

A operacionalização da Fase 3 envolveu o planejamento e organização de uma série de atividades e rotinas. Procedimentos iniciais facilitaram o desenvolvimento do trabalho de campo, particularmente o processo de seleção e treinamento da equipe, checagem da lotação dos funcionários, definição dos horários e locais de funcionamento das bases para aplicação do questionário, sensibilização das chefias, elaboração e revisão dos manuais de operação, confecção de planilhas e formulários, e preparação e recuperação de equipamentos.

O processo de seleção foi cuidadoso e o treinamento da equipe minucioso em todos os aspectos, com utilização de manual de procedimentos, instrumentos de aferição das medidas antropométricas e da pressão arterial, com técnica preconizada pelo *British Medical Journal* (BMJ) e certificação e re-certificação de cada procedimento para garantir o padrão de qualidade das aferições. O mesmo cuidado foi mantido nas outras etapas do planejamento, para que tivéssemos o completo rastreamento de todos os setores e funcionários dos *campi*, além de podermos fazer as melhores escolhas de local das bases em relação à infraestrutura e acesso aos participantes.

Um aspecto fundamental foi a busca por apoio de diversos setores da universidade e o investimento na divulgação da pesquisa. Por outro lado, a realização de aferições (por exemplo, pressão arterial) aumentou o nível de complexidade do trabalho de campo. Para a manutenção de níveis confiáveis de dados aferidos, mantivemos a re-certificação periódica de nossos aferidores.

Conclusão

A meta de garantir a adesão do maior número possível de funcionários, de forma destacada os 3.253 funcionários que participaram das fases 1 e 2 do Estudo foi atingida. Dessa forma, fica claro que o planejamento cuidadoso da coleta de dados não só garante uma melhor qualidade dos dados, como contribui para uma maior adesão. A Fase 3 foi bem-sucedida neste aspecto, tendo a participação de 3.058 funcionários (94% do público-alvo).

* Aluna de iniciação científica em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (nandatizatto@yahoo.com.br).

PALAVRAS-CHAVE: Estudo de coorte, coleta de dados, processamento de dados e controle de qualidade.

REFERÊNCIAS

BERKMAN, L.F.; KAWACHI, I. (eds.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000

CARVALHO, M.S.; LOPES, C.S. Métodos em estudos de coorte. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, p. 234-5, 2005.

CHOR, D. et al. Social network and social support measures from the Pró-Saúde study: Pre-tests and pilot study. *Cad Saúde Pública*, v. 17, p. 887-96, 2001.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, n. 5, p. 454-66, 2005.

SZWARCWALD, C.L. Comentários sobre o Estudo Pró-Saúde. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 8, n. 4, p. 470-3, 2005.

SÉRIES TEMPORAIS DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADAS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS BRASILEIROS

AUTORA: **Jacqueline Furtado Vital***

COAUTORES: **Roger Keller Celeste, Washington Leite Junger, Michael Eduardo Reichenheim**

ORIENTADOR: **Michael Eduardo Reichenheim**

FOMENTO: **CAPES**

Introdução

A influência do acesso e uso dos serviços de saúde na saúde da população ainda é controverso, apesar da ampla literatura acerca do assunto. No Brasil, pouco se sabe sobre tendências nos procedimentos odontológicos realizadas no Sistema Único de Saúde.

Objetivos

Descrever o padrão temporal de taxas mensais de cinco procedimentos odontológicos dos serviços públicos do Brasil e avaliar mudanças nas tendências das taxas entre 1994 e 2007.

Métodos

Dados sobre procedimentos foram obtidos no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS). Foram calculadas as taxas mensais de procedimentos odontológicos coletivos, procedimentos preventivos, restauradores, exodontias e total de procedimentos odontológicos para o Brasil, e a taxa total de procedimentos odontológicos para cada macrorregião. As séries foram analisadas por médias móveis e modelos SARIMA.

* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (jacquelinefurtado@yahoo.com.br).

Resultados

Observou-se decréscimo nas tendências das taxas de restaurações e exodontias. As principais alterações nas tendências foram observadas entre janeiro de 1998 e janeiro de 2000. Após a inclusão das equipes de saúde bucal, em dezembro de 2000, houve aumento na taxa total de procedimentos de 5,9 procedimentos por mil habitantes ou 6,9%; nos procedimentos coletivos, um aumento de 5,5 procedimentos por mil habitantes ou 15,9%; e uma redução de 1,1 procedimentos clínicos preventivos ou 8%. Encontrou-se forte padrão sazonal similar nas séries de todos os procedimentos. A comparação entre macrorregiões mostrou que a Região Norte possui características diferentes das demais.

Conclusões

Os padrões cíclicos provavelmente refletem tanto a organização dos serviços (férias anuais) como a demanda (e.g. períodos escolares e férias anuais). As alterações nas tendências de procedimentos após a portaria que incentivou a inclusão da Equipe de Saúde Bucal no PSF foram variadas, e o aumento na taxa total de procedimentos parece modesto em relação à cobertura do programa.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; serviços de saúde bucal; acesso aos serviços de saúde; políticas públicas de saúde; estudos de séries temporais.

REFERÊNCIAS

BOX, G.E.P.; JENKINS, G.M.; REINSEL, G.C. *Time series analysis: forecasting and control*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1995.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) [database on the Internet]. DATASUS. [cited Jul 2007]. Available from: www.datasus.gov.br

CELESTE, R.K.; NADANOVSKY, P.; LEON, A.P. Association Between Public Dental Service Preventive Procedures and Caries Prevalence. *Rev Saude Publica*, v. 41, n. 5, p. 830-38, Oct. 2007.

NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol.*, n. 23, n. 6, p. 331-9, Dec. 1995.

ASSOCIAÇÃO ENTRE COR/RAÇA E MIOMA UTERINO EM FUNCIONÁRIAS DE UMA UNIVERSIDADE NO RIO DE JANEIRO, BRASIL: ESTUDO PRÓ-SAÚDE

AUTORA: Karine de Lima Sírío Boclin

ORIENTADOR: Eduardo Faerstein

FOMENTO: CAPES

Introdução

Os miomas uterinos, também conhecidos como leiomiomas ou tumores fibróides, são neoplasias benignas monoclonais de evolução lenta que se desenvolvem em diversas localizações do útero (Parker, 2007). Constituem o tipo mais comum de neoplasia do sistema reprodutivo feminino e, apesar de praticamente não estarem associados à mortalidade, têm impacto significativo

na morbidade ginecológica. Dependendo da posição anatômica, quantidade e tamanho, podem ocasionar sangramento uterino anormal, sensação de pressão pélvica, aumento do volume abdominal, dor durante a relação sexual, incontinência urinária, infertilidade e desfechos gestacionais adversos (Reynolds, 2007).

Estudos epidemiológicos norte-americanos demonstram que mulheres negras são mais acometidas pelo tumor que as de outros grupos étnico-raciais. São destacadas maiores ocorrências em todas as idades, maior número, mais sintomas, idades mais jovens ao diagnóstico e maiores taxas de histerectomia entre esse grupo de mulheres (Day Baird, Dunson et al., 2003). Entretanto, as causas da desigualdade racial na ocorrência dos miomas uterinos permanecem desconhecidas e possíveis interpretações são limitadas na literatura. Desta forma, este trabalho teve como objetivo investigar a associação entre cor/raça e mioma uterino em mulheres brasileiras.

Métodos

A população de estudo foi composta por 2.236 funcionárias de uma universidade no Rio de Janeiro, participantes da fase 1 (1999) do Estudo Pró-Saúde. A variável desfecho foi medida pela história autorrelatada de diagnóstico médico de mioma uterino através da questão “Alguma vez um médico lhe informou que você tinha mioma uterino, um tumor benigno no útero?”. Já a exposição principal, cor/raça, foi autorreferida pelas participantes. As respostas foram categorizadas em cor/raça branca, parda, preta e amarela (excluída destas análises).

As covariáveis estudadas foram: idade, escolaridade, escolaridade dos pais, situação conjugal, número de filhos, idade da menarca, tabagismo, uso de contraceptivo oral, índice de massa corporal e realização de exames Papanicolau. Foram calculadas as prevalências e razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas (p valor) com a utilização de modelos de regressão de Poisson.

Resultados

A história de diagnóstico médico de mioma foi relatada por 18,4% das mulheres brancas, 24,5% das pardas e 33,3% das pretas. Comparadas às mulheres brancas, pardas e pretas apresentaram, respectivamente, prevalências ajustadas pelas covariáveis 1,4 (IC 95%: 1,0-1,8) e 1,7 (IC 95%: 1,3-2,2) vezes maior de mioma uterino. Essas estimativas pouco diferiram das não-ajustadas, com a manutenção de gradiente na ocorrência de mioma entre as categorias branca, parda e preta (Tabela 1).

Tabela 1. Razões de Prevalências brutas e ajustadas de mioma uterino pela variável raça/cor -Estudo Pró Saúde, 1999

	Raça/cor	RP	p
Modelo 1 (RP bruta)	Branca	1	-
	Parda	1,33	0,02
	Preta	1,81	<0,01
Modelo 2 (Modelo 1 + idade)	Branca	1	-
	Parda	1,20	0,12
	Preta	1,54	<0,01
Modelo 3 (Modelo 2 + escolaridade)	Branca	1	-

	Parda	1,31	0,03
	Preta	1,66	<0,01
Modelo 4 (Modelo 3 + escolaridade do pai e escolaridade da mãe)	Branca	1	-
	Parda	1,34	0,02
	Preta	1,70	<0,01
Modelo 5 (Modelo 4 + nº de filhos, situação conjugal, idade da menarca e uso de contraceptivo oral)	Branca	1	-
	Parda	1,33	0,03
	Preta	1,60	<0,01
Modelo 6 (Modelo 5 + IMC e tabagismo)	Branca	1	-
	Parda	1,35	0,04
	Preta	1,65	<0,01
Modelo 7 (Modelo 6 + exame papanicolau)	Branca	1	-
	Parda	1,35	0,04
	Preta	1,65	<0,01

Discussão

Neste estudo, cor/raça parda e preta foram associadas diretamente à ocorrência de mioma uterino. Outros fatores de risco conhecidos não explicaram a associação observada. Da mesma forma, Marshall et al. (1997) encontraram risco relativo de mioma de 3,25 (IC 95% 2,71-3,88) entre negras após ajuste por variáveis como idade, IMC, tempo desde a última gestação, história de infertilidade, consumo de álcool, tabagismo, atividade física de lazer, idade da menarca, idade na primeira gestação, uso de contraceptivo oral e situação conjugal. Já Faerstein, Szklo e Rosenshein (2001) encontraram entre mulheres negras chance nove vezes maior de desenvolvimento de mioma uterino (OR: 9,4; IC 95%: 5,7-15,7). A associação permaneceu significativa mesmo após o ajuste para outros fatores conhecidos, como idade da menarca, uso de contraceptivo oral, tabagismo, peso corporal, hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e história de doença inflamatória pélvica.

Devido à grande ocorrência dos miomas uterinos e seu impacto na saúde da mulher, são necessários estudos epidemiológicos e citogenéticos que identifiquem os determinantes das desigualdades raciais na origem e desenvolvimento dos tumores.

PALAVRAS-CHAVE: fatores de risco; miomas uterinos; desigualdade racial.

REFERÊNCIAS

- DAY BAIRD, D. et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol*, v. 188, n. 1, p.100-7, Jan. 2003.
- FAERSTEIN, E. et al. Risk factors for uterine leiomyoma: a practice-based case-control study. I. African-American heritage, reproductive history, body size, and smoking. *Am J Epidemiol*, v. 153, n. 1, p. 1-10, Jan. 2001.
- MARSHALL, L. M. et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol*, v. 90, n. 6, p. 967-73, Dec. 1997.
- PARKER, W. H. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril*, v. 87, n. 4, p. 725-36, Apr. 2007.
- REYNOLDS, A. Diagnosis and management of uterine fibroids. *Radiol Technol*, v. 79, n. 2, p. 157-78, Nov-Dec, 2007.

CENTRO DE REABILITAÇÃO DE REFERÊNCIA EM ALTA COMPLEXIDADE, NA ASSISTÊNCIA SOCIAL E SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

AUTOR: Marcos Rodrigues dos Santos*

ORIENTADORA: Cleidenir Formiga

FOMENTO: AACD/RJ

Introdução

A Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) foi fundada em 1950, pelo médico Renato da Costa Bomfim, com o objetivo de tratar e reabilitar vítimas de paralisia infantil (poliomielite), doença que vitimava grande parcela da população na década de 50. Com o tempo, a AACD se especializou no tratamento de deficiências físicas que comprometem o aparelho locomotor e hoje possui oito centros de reabilitação no Brasil.

Em 2004, foi construído o Centro de Reabilitação da AACD em Nova Iguaçu, Baixada Fluminense, sendo o maior centro de referência da região, o que ajudou a reduzir a migração de pacientes para outros municípios em busca de tratamento.

O Censo do IBGE (2000) identificou que 14,50% da população brasileira possui algum tipo de deficiência; destes, 22% são de pessoas com deficiência física (motora). Na cidade de Nova Iguaçu, este percentual é de 14,90% da população.

Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos, é fundamental ajudar o paciente a adaptar-se a suas deficiências, favorecer sua recuperação funcional, motora e neuropsicológica, e promover sua integração familiar, social e profissional. Um programa de reabilitação adequado contribui para a recuperação da autoestima. É utilizado como método de avaliação o GMFM (mensuração da Função Motora Grossa), além de alguns outros, mas tem como base o método Neuroevolutivo (Bobath).

Resultados

* Aluno de especialização em Gestão em Saúde pelo IMS/UERJ (marcoadsr@yahoo.com.br).

De 2004 até 2007 foram realizados 107.774 atendimentos. Em 2004, 4.618; em 2005, 2.037; em 2006, 34.182; e em 2007, 36.937. Além disso, a AACD tem uma história de grande participação social com alguns importantes avanços:

- Adição de Ácido Fólico em farinhas de trigo e de milho, reduzindo casos de má formação.
- Presença obrigatória, por lei de pediatras na sala de parto - portaria 031/SAS - MS de 15/02/1993.
- Participação nas campanhas de vacinação para erradicação da poliomielite - Último caso registrado: 1989; Certificado Internacional da Erradicação da Poliomielite: 1994 (fonte: MS); e
- Campanhas de prevenção de acidentes - 80% das lesões em pacientes da clínica de lesão medular são de origem traumática, sendo as principais causas: 40% armas de fogo, 33% acidentes de trânsito, 14% quedas, 6,7% mergulhos e 6,3% outras causas.

Conclusão

A instituição tem alguns desafios a serem superados, como estabelecer a distinção entre o Serviço de Reabilitação ao Deficiente Físico *versus* Tratamento Fisioterápico no SUS/MS, e a redução significativa da fila de espera por atendimento, através do credenciamento no Sistema Único de Saúde (MS/SUS).

PALAVRAS-CHAVE: centro de reabilitação; deficiência física; SUS.

REFERÊNCIAS

IBRE/FGV. Retratos da Deficiência no Brasil. Disponível em: www.fgv.br/cps. Acesso em: 14/11/2008.

RELATÓRIO de Atividades da AACD, 2008.

CENSO DEMOGRÁFICO 2000: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, UTILIZANDO INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS: OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GIL E CNES

AUTORA: Maria Lucia Feitosa Goulart da Silveira *

COAUTORES: Robson Soares Fernandes e Cleidenir Formiga Casimiro

ORIENTADORA: Cleidenir Formiga Casimiro

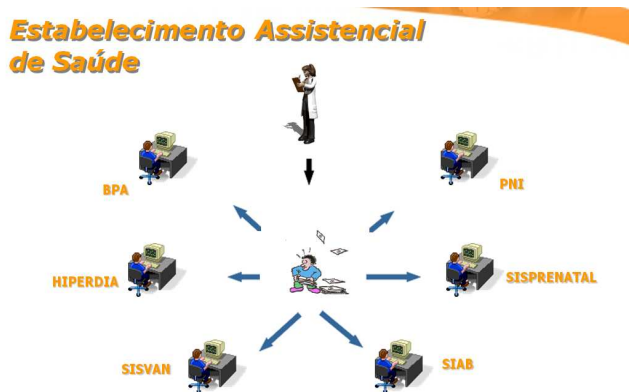
Criado pela Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde completa 20 anos como um exemplo ambicioso de programa social destinado a atacar a histórica desigualdade nacional. Ao estabelecer a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, garantiu a todos o acesso ao atendimento médico, antes restrito aos trabalhadores que contribuíam para a Previdência e a quem podia pagar.

* Aluna de especialização em Gestão em Saúde pelo IMS/UERJ (mluciafeitosa@gmail.com).

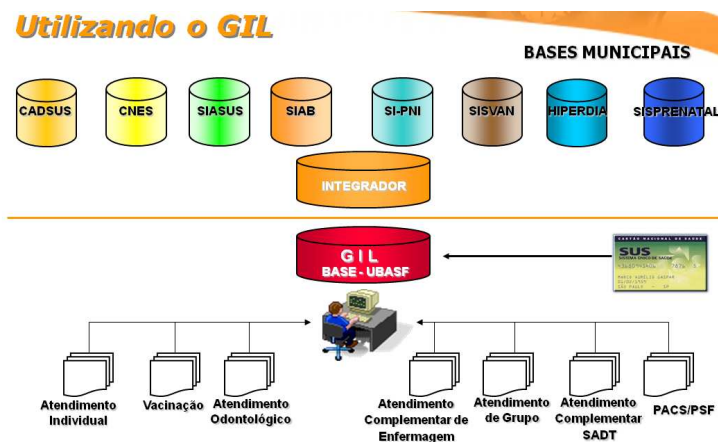
O Brasil partiu de um sistema centralizado, privatizado e focado na atenção médico-hospitalar, para o Sistema Único de Saúde: um sistema universal, descentralizado, participativo, com controle social, baseado em um conceito ampliado de saúde, que propõe tratar da qualidade de vida com promoção, prevenção e atenção (e não somente da doença) e que atende a todos os brasileiros sem distinção.

A busca pela qualidade no atendimento do SUS à população tem motivado debates e mobilizado esforços no sentido de otimizar e integrar os sistemas desenvolvidos, ofertados e implantados pelo Ministério da Saúde por intermédio do DATASUS. Tem por objetivo difundir a importância da utilização de sistemas de informações na obtenção de dados para gestão dos sistemas e serviços de saúde, destacando as ferramentas Gerenciador de Informação Local(GIL) e Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde(CNES).

O fluxo das informações geradas nas EAS sem a implantação do Sistema Gil acontece conforme ilustração abaixo:



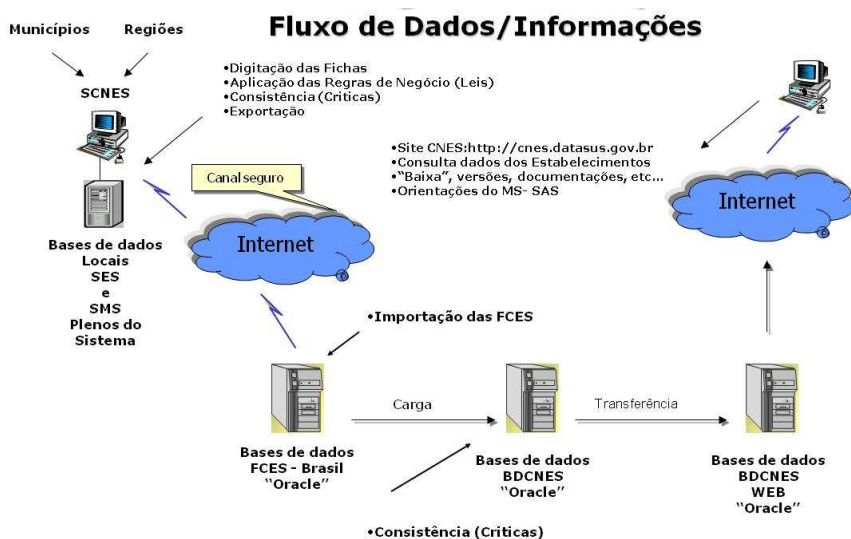
O Sistema GIL se caracteriza por obter informações referentes aos atendimentos prestados nos estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), alimentando as bases de dados nacionais, através de uma única entrada no sistema e produzindo informações da morbidade da população atendida para fomentar as ações administrativas, com emissão de relatórios padronizados, tabulações para obtenção de informações customizadas, busca ativa de faltosos e planejamento das ações em saúde. Sendo assim, elimina a redundância de trabalho, organiza os prontuários, marca as consultas dos usuários do SUS, melhora o aproveitamento da força trabalho e ainda sinaliza as doenças de notificação compulsória (nacionais e locais), otimizando os processos dos EAS, conforme ilustração abaixo:



O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas

potencialidades, visando a auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

O CNES visa a disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas federativas. Podemos destacar algumas funções, além das citadas anteriormente, como: emissão de relatórios operacionais, gerenciais e estatísticos, rotinas de importação, exportação consistências de arquivos, configurações de acesso e operação do sistema, cópia e restauração da base de dados, atualização das tabelas do SIA/SUS e outras utilizadas para operação da aplicação, atualização de bases de dados geradas a partir da base nacional (através do endereço eletrônico <http://cnes.datasus.gov.br>) e manutenção do arquivo de senhas contendo permissões de acesso ao sistema para diversos usuários.



A partir da utilização dessas ferramentas, GIL e CNES, nas rotinas de levantamento de dados nos sistemas municipais de saúde, tem-se trabalhado com informações confiáveis, onde os processos de trabalho nos serviços tem grande perspectiva de melhoria na integração e produtividade das informações.

PALAVRAS-CHAVE: sistema, gestão, informação e saúde.

REFERÊNCIAS

Constituição Federal do Brasil, Artigos de 196 a 200

Leis da Saúde, nº 8.080/90 e 8.142/90

A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde, Almeida Junior, Paulo André

Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000

PT/SAS 511/2000

INFLUÊNCIA DOS BAIRROS DE RESIDÊNCIA NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

AUTORA: Mariana Miranda Autran Sampaio*

ORIENTADORA: Claudia S. Lopes

COAUTORES: Antônio Ponce de Leon, Carlos Eduardo Raymundo, Karine de Lima Sírío Boclin, Claudia S. Lopes

FOMENTO: CAPES / FAPERJ

Introdução

Tabagismo é uma das principais causas evitáveis de morte no mundo (WHO, 1999). No Brasil, as principais doenças relacionadas ao tabagismo são responsáveis por 59% dos anos da vida perdidos por mortes prematuras e 75% dos anos de vida vividos com incapacidades (SCHRAMM,2004). Atualmente, muitas pessoas já pararam de fumar, mas a prevalência de tabagismo ainda é alta.

A literatura aponta algumas variáveis individuais relacionadas à cessação do tabagismo. No entanto, o único estudo encontrado que realiza uma abordagem contextual é o estudo de Chandola et al. (2004). Os resultados sugerem que a proporção de fumantes no domicílio foi um preditor de cessação do tabagismo; entretanto, não indicam variabilidade da cessação do tabagismo entre as áreas de residência. Como se trata de um estudo britânico, em que não só a cultura da população, mas também os agrupamentos residenciais são diferentes, novos estudos se tornam necessários para avaliar esse achado.

O objetivo do presente estudo foi investigar a influência do local de residência (bairros) na cessação do tabagismo.

Métodos

Desenho e população do estudo: A população de estudo foi composta por funcionários que fumavam ou já tinham fumado na Fase 1 do Estudo Pró-Saúde (Faerstein et al., 2005), e que tinham informação sobre o bairro de residência (n=1.178). Foi considerada uma estrutura multinível em que os indivíduos foram aninhados em 133 bairros de residência, no município do Rio de Janeiro.

Variáveis: A variável de desfecho binária, cessação do tabagismo, foi definida como 1 se o indivíduo fumou pelo menos 100 cigarros ao longo da vida e não fumava na ocasião do censo há pelo menos um ano e 0, caso contrário. As variáveis explicativas individuais foram sexo; idade; escolaridade; renda; índice de massa corporal (IMC); prática de atividade física; e convivência com fumantes em casa. As variáveis explicativas contextuais foram o Índice de Gini e o Índice de Desenvolvimento Social. Ambas estão disponíveis no nível do bairro e foram calculadas a partir dos dados do censo do IBGE/2000 (IPP, 2000). Neste estudo, os índices foram categorizados em quintis.

Análise de dados: Foi calculada a prevalência de cessação do tabagismo. Razões de chances foram estimadas através de um modelo de regressão logística multinível, utilizando o algoritmo RIGLS (*Restricted Iterative Generalized Least Squares*) e o método de estimação PQL (*Penalized Quasilikelihood*) de segunda ordem. Para o diagnóstico do modelo, foram utilizados o coeficiente de partição de variância (VPC), a proporção explicada (R²) e a análise de resíduos.

Resultados

O modelo vazio apresentou baixa variabilidade de 2º nível em comparação à variabilidade total (Tabela 1). No entanto, a proporção de cessação entre os bairros não foi uniforme (Gráfico 1).

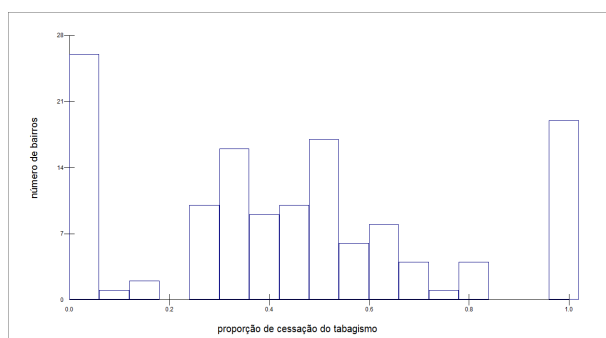
* Doutoranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (m.autran@gmail.com).

Quando foram adicionadas as variáveis de composição dos bairros, essa variabilidade se reduziu ainda mais (Tabela 1).

Tabela 1. Coeficientes de partição de variância (VPC) referente ao bairro e proporção explicada (R2) da variabilidade entre indivíduos que cessaram o tabagismo. Estudo Pró-Saúde, 1999

Modelos	VPC	variância	(erro)	R2
Modelo vazio	0,83%	0,340	0,450	-
Modelo 1 (sexo, idade, renda e escolaridade)	0,16%	0,005	0,038	0,99
Modelo 2 (modelo 1 + Gini e IDS)	0,22%	0,009	0,039	0,97

Gráfico 1. Distribuição da proporção de cessação de tabagismo entre bairros. Estudo Pró-Saúde, 1999.



A prevalência de cessação de tabagismo em geral e nos estratos de todas as variáveis analisadas, bem como as razões de chance, é descrita na tabela 2. Não pareceu haver sobre nem sobdispersão, e os gráficos de distribuição dos resíduos, tanto de 1º quanto de 2º nível, parecem indicar normalidade (dados não apresentados).

Tabela 2. Prevalência de cessação do tabagismo em geral e nos estratos das variáveis composicionais, individuais e contextuais e razões de chances (RC) com seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%).

	N	% de cessação	RC	IC 95%
Geral	1178	43,6	-	
Sexo				
masculino	516	45,2	-	
feminino	662	42,5	1,12	(0,89 ; 1,35)
Idade				
até 34 anos	150	42,7	-	
35-44 anos	604	40,9	0,93	(0,57 ; 1,30)
45-54 anos	326	45,4	1,12	(0,73 ; 1,51)
55+	98	56,1	1,75	(1,23 ; 2,27)
Escolaridade				
< ensino médio completo	189	38,1	-	
ensino médio completo	387	40,1	1,24	(0,79 ; 1,70)
ensino superior completo ou mais	592	47,6	1,60	(1,17 ; 2,03)
Renda				
até 3 SM	294	40,8		
3-6 SM	382	41,9	0,88	(0,52 ; 1,24)
> 6 SM	419	47,7	0,77	(0,41 ; 1,12)
IMC				
até 25	514	36,8	-	
35-30	448	46,0	1,43	(1,17 ; 1,68)
30+	196	55,1	2,06	(1,72 ; 2,39)
Atividade física				
não	617	39,2	-	
sim	424	53,5	1,87	(1,63 ; 2,11)
Convivência com fumantes em casa				
sim	400	25,8	-	
não	766	53,4	3,35	(3,09 ; 3,61)
Gini				
< 0,46 (1º quintil)	252	43,7	-	
0,46-0,49 (2º quintil)	355	38,0	0,79	(0,45 ; 1,13)
0,49-0,51 (3º quintil)	249	47,0	1,13	(0,76 ; 1,49)
0,51-0,52 (4º quintil)	200	47,5	1,16	(0,77 ; 1,56)
> 0,52 (5º quintil)	122	43,6	1,13	(0,68 ; 1,57)
IDS				
< 0,55 (1º quintil)	239	45,2	-	
0,55-0,60 (2º quintil)	249	44,2	0,95	(0,57 ; 1,32)
0,60-0,66 (3º quintil)	229	36,7	0,69	(0,30 ; 1,08)
0,66-0,73 (4º quintil)	284	43,7	0,88	(0,48 ; 1,27)
> 0,73 (5º quintil)	177	49,7	1,18	(0,76 ; 1,60)

Conclusão

Os bairros, apesar de apresentarem variabilidade em relação à proporção do tabagismo, não parecem ter grande influência na variabilidade total. No entanto, isso pode ser devido à diferença na composição entre os bairros ou à unidade de análise escolhida. É possível que, utilizando-se uma unidade de análise menor, seja possível identificar influências do contexto na cessação do tabagismo.

PALAVRAS-CHAVE: cessação do tabagismo; prevalência; razão de chance; modelos multiníveis; Estudo Pró-Saúde.

REFERÊNCIAS

CHANDOLA, T. et al. Socio-demographic predictors of quitting smoking: how important are household factors? *Addiction*, v. 99, n. 6, p. 770-777, 2004.

FAERSTEIN, E. et al. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Rio de Janeiro, v. 8 n. 4, p. 454-66, 2005.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS (IPP). Armazém de Dados, 2000. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/> Acesso em: 14 out. 2008.

SCHRAMM JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Making a Difference*. The World Health Report 1999. Geneve, Switzerland. Disponível em: http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf. Acesso em: 21 ago. 2007.

ASSOCIAÇÃO ENTRE TABAGISMO E IDADE DA MENOPAUSA ENTRE PARTICIPANTES DO ESTUDO PRÓ-SAÚDE

AUTORA: Paula de Holanda Mendes*

ORIENTADOR: Eduardo Faerstein

FOMENTO: CNPq

Introdução

A menopausa é definida pelo momento em que a menstruação cessa permanentemente como consequência da falência ovariana, marcando o fim da capacidade reprodutiva das mulheres. Na maior parte das vezes, é antecedida por uma irregularidade menstrual característica do período de transição menopausal. Apenas 10% das mulheres cessam a menstruação abruptamente (Speroff & Fritz, 2005). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), o diagnóstico de menopausa é estabelecido retrospectivamente após 12 meses sem ocorrência de menstruação, desde que não se explique por cirurgias como histerectomia, ooforectomia ou uso de quimio ou radioterapia.

Estabelecida a menopausa, há um aumento no risco de doença coronariana, doença de Alzheimer, osteoporose e fraturas (Speroff & Fritz, 2005). A antecipação da menopausa está relacionada a maiores índices de mortalidade. Em estudo realizado na Noruega, foi encontrada relação inversa entre a idade da menopausa e a mortalidade geral, com 1,6% de redução da mortalidade para cada três anos acrescidos à idade da menopausa (Jacobsen et al., 2003). Outro estudo mostrou uma mortalidade geral 4% maior entre mulheres que entraram na menopausa entre 40 e 44 anos, quando comparadas àquelas com menopausa entre 50 e 54 anos de idade. Há, porém, redução no risco de câncer de mama e de corpo do útero (Mondul et al., 2005).

A idade média da menopausa varia entre os diversos estudos. Foi sugerido ocorrer entre 50 e 52 anos de idade nos países desenvolvidos e 1 a 2 anos antes em países em desenvolvimento (Reynolds & Obermeyer, 2001). No entanto, segundo o único estudo brasileiro de base populacional com 456 mulheres, a média de idade da menopausa encontrada foi 51,2 anos (Pedro et al., 2003).

Com o envelhecimento geral da população mundial, há cada vez mais mulheres pós-menopáusicas e estudos que avaliam fatores relacionados à antecipação da menopausa vêm ganhando atenção crescente. Neste contexto, este trabalho objetiva analisar associações entre o tabagismo ativo e passivo e a idade da menopausa natural.

* Mestranda em Epidemiologia pelo IMS/UERJ (pauladeholanda@yahoo.com.br).

Material e métodos

O estudo foi realizado com base no banco de dados do Estudo Pró-Saúde, realizado entre funcionários públicos de uma universidade do Rio de Janeiro. Foi realizado estudo de corte transversal composto por 2.238 mulheres, com a análise das médias de idade da menopausa natural entre não-fumantes, fumantes ativas (atuais e ex-fumantes) e passivas, além do percentual de mulheres com menopausa antecipada (de 40 a 44 anos) entre fumantes e não-fumantes.

Resultados

A média de idade da menopausa natural foi de 47,4 anos entre fumantes ativas, 47,5 entre não-fumantes, 47,5 entre fumantes passivas e 45,8 entre ex-fumantes ($p > 0,05$). A proporção de mulheres com menopausa antecipada foi de 29,4% entre fumantes e 12,6% entre não-fumantes ($p=0,01$). Os resultados descritos podem ser apreciados nas tabelas 1 e 2, a seguir.

TABELA 1: FUMO E IDADE MÉDIA DA MENOPAUSA NATURAL	
NÃO FUMANTES	47,5 ANOS
FUMO ATIVO	47,4 ANOS
FUMO PASSIVO	47,5 ANOS
EX-FUMANTES	45,8 ANOS

TABELA 2: PROPORÇÃO DE MULHERES COM MENOPAUSA ANTECIPADA	
FUMANTES	NÃO FUMANTES
29,4%	12,6%

Conclusão

O tabagismo ativo esteve associado com uma menor idade da menopausa em fumantes ativas (aproximadamente 1 mês) e ex-fumantes (1,7 ano), e relacionou-se de modo estatisticamente significativo a uma maior proporção de mulheres com menopausa antecipada.

PALAVRAS-CHAVE: tabagismo; menopausa; antecipação.

REFERÊNCIAS

- JACOBSEN, B.K.; HEUCH, I.; KVILE, G. Age at natural menopause and all-cause mortality: a 37-year follow-up of 19,731 Norwegian women. *Am J Epidemiol*, v. 157, n. 10, p. 923-9, 2003.
- MONDUL, A.M. et al. Age at natural menopause and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol*, v. 162, n. 11, p. 1.089-1.097, 2005.
- PEDRO, A.O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 17-25, 2003.

REYNOLDS, R.; OBERMEYER, C. Age at natural menopause in Beirut, Lebanon: the role of reproductive and lifestyle factors. *Ann Hum Biol*, v. 28, n. 1, p. 21-9, 2001.

SPEROFF, L.; FRITZ, M.A. Menopause and perimenopausal transition. In: _____. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 7 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 621-88.

RODA-VIVA

“O IMS E SUA IMPLICAÇÃO COM O SUS E A SAÚDE COLETIVA”

RODA-VIVA: “O IMS E SUA IMPLICAÇÃO COM O SUS E A SAÚDE COLETIVA”

MEDIADOR: GUSTAVO SAGESSE – discente do Mestrado em Ciências Humanas em Saúde pelo IMS/UERJ

DEBATEDORES:

CID MANSO DE MELLO VIANNA – Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde (IMS/UERJ) / Diretor do IMS

EDUARDO FAERSTEIN – Departamento de Epidemiologia (IMS/UERJ)

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR. - Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde (IMS/UERJ)

MÁRCIA ARÁN – Departamento de Ciências Humanas e Saúde (IMS/UERJ)

MICHAEL EDUARDO REICHENHEIM – Departamento de Epidemiologia (IMS/UERJ)

O encerramento do III Seminário de Pesquisa do IMS foi marcado pela realização de uma roda-viva com o tema “O IMS e sua implicação com o SUS e a Saúde Coletiva”. Este momento foi produzido como uma tentativa de abertura de novos diálogos entre os estudantes e professores do instituto, no sentido de construir uma nova relação no que diz respeito à maneira como são tomadas as decisões da vida institucional. Incluir os estudantes nos emaranhados da roda-vida que produz e reproduz as ações do IMS e de seus agentes, numa tentativa de resgatar e aprofundar sua implicação com o SUS e a Saúde Coletiva. Nesse sentido, este foi um momento aberto a todos os interessados, tendo sido convidados alguns professores para fazer falas iniciais que animassem a conversa.

A roda-viva teve início com uma fala do mediador, o estudante Gustavo Saggese (ME/CHS), que contextualizou a proposta da roda-viva e convidou o professor e diretor do instituto Cid Manso de Mello Vianna (PPAS) a fazer a primeira fala. O professor Cid então iniciou resgatando as noções de paradigma, ciência normal e revolucionária de Thomas Kuhn. A partir dessas noções, afirmou que o processo de constituição do SUS se deu no bojo de um contexto de ruptura de paradigmas, de produção científica revolucionária, contando com a participação de alguns professores e pesquisadores do IMS, mas que, uma vez instituído o novo paradigma – o do SUS –, os professores e pesquisadores passaram a produzir ciência num contexto de ciência normal. Em contextos como este, as possibilidades de atuação e influência são muito menores em relação aos períodos revolucionários, já que ainda que se trabalhem questões teóricas importantes, o impacto no sistema como um todo é muito menor. Outra questão importante para pensar a relação do IMS com o SUS e a Saúde Coletiva seria a reflexão sobre o que é o IMS hoje e o que era há 20 anos. Antes, o IMS era uma instituição com entre 15 e 20 professores, sendo que apenas a metade tinha doutorado. Por outro lado, hoje, dos 42 professores, todos têm doutorado, representando uma mudança de uma equipe política e técnica para uma equipe muito mais técnica, muito mais atrelada à produção de conhecimento do que a movimentos políticos que possam influenciar o SUS. Então, o professor Cid continuou sua exposição enfatizando a dificuldade da absorção dos conhecimentos produzidos cientificamente por parte dos sistemas de saúde de uma maneira geral, exemplificando com uma estimativa sobre o sistema de saúde americano, onde poderia ser melhorada a resolutividade em cerca de 35% se fossem utilizados os conhecimentos disponíveis. Assim, ainda

que a produção do conhecimento do instituto tenha aumentado muito tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, a possibilidade de influência sobre o SUS é hoje muito menor.

Dando prosseguimento, o mediador passou a palavra para o professor Eduardo Faerstein (EPID), que iniciou sua fala dizendo que seu foco seria a reforma sanitária, campo onde seria possível despolarizar a oposição entre o normal e revolucionário, na medida em que a reforma poderia significar uma estratégia incremental que absorveria um pouco da normalidade e um pouco da ruptura revolucionária em seu interior, significando ao mesmo tempo um pouco da militância técnica e um pouco da militância política. Os estudantes teriam papel primordial no processo de produção desses eventos revolucionários, inclusive através da atual edição do seminário de pesquisa, dinamizador do debate acadêmico dentro do IMS. O professor seguiu apresentando alguns títulos de trabalhos elaborados por professores e pesquisadores do IMS, expressando sua feliz surpresa e frisando que o exercício do diálogo entre os professores no contexto atual tem sido bastante dificultado por diversas questões, entre elas, as regras vigentes que enquadram a pós-graduação e requerem um alinhamento a elas para que a instituição não seja prejudicada. Assim, ainda que se coloque como um defensor da adequação do programa às regras vigentes, o professor disse entender que os direcionamentos necessários à adequação dificultam uma relação mais ativa entre os professores na produção de conhecimento.

O mediador então passou a palavra ao professor Kenneth Camargo (PPAS), que, entendendo o setor saúde como produtor e produto do processo de democratização do país, colocou que o interregno democrático por que passava o país há 30 anos simplificava as escolhas, já que só existiam dois lados possíveis e facilmente identificáveis, sendo fácil escolher em qual dos lados se estava. Do mesmo modo, com a restrição de espaços possíveis de participação política, a academia figurava como um lugar importante e necessário de se fazer política. Por outro lado, hoje em dia têm-se ampla liberdade de organização partidária e de expressão política, sendo que a academia figura como mais uma voz dentre muitas outras. Assim, é preciso considerar esse contexto para não se cobrar além do que seria cabível à academia. A academia não deve se arrogar o lugar de tutelar o movimento social. Apesar de num certo sentido poder-se dizer que toda técnica é política e toda política é técnica, é possível esquecer por um momento que se está falando de fronteiras difusas e falar da técnica e da política enquanto tipos ideais, entendendo-as como instâncias separadas. Senão, corre-se o risco de cair na tecnocracia e no vanguardismo. Então, o lugar da academia no contexto atual é bastante diverso do que era há 20 anos. Resgatando Gramsci, o professor levantou que os professores do instituto fazem parte do que se poderia chamar de intelectuais orgânicos da reforma sanitária, isto é, o seu lugar é o da produção de conhecimento. O efeito de transformação será devido ao conhecimento produzido e aos estudantes formados pela instituição. Em seguida, frisou a necessidade de publicação do conhecimento que é produzido, que ciência só é ciência quando circula, quando é publicizada, e sublinhou a necessidade de desmistificação do que é exigido pelos critérios de avaliação que, no triênio anterior, por exemplo, era de quatro textos qualificados por professor para atingir o nível de excelência. Por fim, encerrou sua intervenção falando do SUS não como uma coisa, mas como um conjunto de leis, práticas e relações que, assim, não teria um estado final, acabado. Isso aumenta a possibilidade de interferência, e a tradição do instituto seria justamente de interferências em várias frentes de atuação no campo da saúde, particularmente não descuidando da reflexão do processo de atenção à saúde. Assim, apesar de estar fora do controle da instituição a utilização ou não do que é produzido, a produção do instituto oferece uma caixa de ferramentas com elementos críticos que possibilitam e oferecem respaldo para que as pessoas pensem diferente.

Em seguida, a professora Márcia Arán (CHS) iniciou sua fala resgatando uma análise feita por estudantes durante a mesa de abertura, na qual se ressaltava que, apesar da existência de importantes instituições de Saúde Coletiva no Rio de Janeiro, o SUS na cidade do Rio é bastante precário e que há uma distância importante entre a academia e a dinâmica das políticas públicas. A partir desta questão, a professora colocou que, se por um lado concorda com a exposição anterior no sentido de que o conhecimento produzido pela academia interfere com a dinâmica das políticas de

maneiras diversas, por outro acha a crítica cabível já que é preciso ser um pouco mais ousado. Não no sentido da área de humanas e sociais terem que se engajar diretamente na produção de uma política pública, mas da importância de promovermos um diálogo interdisciplinar mais constante com as outras áreas. Por exemplo, na área de humanas falta aos alunos um pouco mais de conhecimento sobre o SUS. Ainda que completamente a favor de pesquisas mais teóricas e de achar que a produção de conhecimento crítico é uma maneira de se fazer política, seria preciso ser mais ousado e, por isso, aceita a crítica realizada. A professora se referiu à importância da contribuição da área de ciências humanas e sociais do IMS para a formação de um pensamento crítico no âmbito do SUS, principalmente em relação às determinações sociais do processo saúde-doença e a produção de subjetividades, citando alguns livros produzidos por professores que tiveram um grande impacto na formação do campo da saúde coletiva no Brasil. Citou também, como exemplo, o impacto que teve o livro de Jurandir Freire Costa, *A psicanálise no contexto cultural* na formação de várias gerações de psicólogos e psiquiatras que trabalham em instituições públicas, em programas interdisciplinares ou mesmo na Reforma Psiquiátrica. Referiu-se a várias outras contribuições de colegas que trabalham com outros temas, como por exemplo, práticas de saúde, racionalidades médicas, gênero, sexualidade e reprodução. Finalmente, comentou a experiência recente de ter trabalhado diretamente na produção da portaria que regulamenta e institui “O processo transexualizador no SUS”. Comentou sobre a importância da contribuição dos colegas de outras áreas de concentração, principalmente do Planejamento em Saúde, para a elaboração desta proposta e de como é possível se beneficiar de uma troca interdisciplinar entre as áreas para a gestão de novas políticas.

O mediador passou a palavra ao professor Michael Reichenheim (EPID), que iniciou sua fala frisando a importância que o IMS teve no passado no sentido de delinear e nortear os caminhos do SUS, mas que o desafio agora é continuamente produzir conhecimento metodológico e substantivo visando sustentar seu aprimoramento e fortalecimento.

Finalizadas as exposições dos professores convidados, o mediador iniciou uma dinâmica de roda, na qual, a partir daí, quem quisesse falar deveria se inscrever em sequência. O estudante do mestrado de PPAS Alfredo fez a primeira fala, levantando a necessidade de conciliar o potencial técnico ao político e propondo a realização de um fórum no início de cada ano para discutir, por exemplo, um projeto de pesquisa sobre os temas pesquisados por pessoas do IMS desde o momento de sua fundação. Resgatando a fala do professor Cid, frisou que a técnica na verdade é um instrumento para a prática política e propôs uma disciplina envolvendo as três áreas de concentração sobre o SUS do Rio de Janeiro, analisando o contexto de sua constituição SUS e tentando identificar possíveis motivos para a situação atual do sistema. A seguir, o professor Ruben (PPAS) falou do IMS como um espaço de identidade mutante, um espaço que não se reproduz, já que muitos professores atuais do IMS não foram formados pelo instituto. Nesse contexto de diversidade, já antes da existência das áreas de concentração do instituto, os alunos tinham um papel peculiar no sentido de enxergar o instituto como um todo. Também agora, apenas os alunos conseguem perceber a vasta ecologia institucional, sendo que a importância do seminário seria de colocar em visibilidade essa diversidade da produção. Em seguida, falou das contribuições da produção teórica do instituto ao desenvolvimento da questão da saúde e do SUS, mas ressaltou a importância de não se fechar nas produções estritamente científicas, sendo preciso circular de outros modos que não o do trabalho científico, dialogando, por exemplo, com a população. Por último, frisou a necessidade de construir outras formas de convivência entre os professores dentro de cada área e entre as áreas de concentração do instituto, tentando distender as “cotoveladas” que ainda acontecem vez por outra.

A seguir, o professor Kenneth voltou a falar, sublinhando que, apesar do empenho que ele enquanto coordenador da Comissão de Pós tem tido no sentido de construir iniciativas que envolvam as três áreas de concentração, há grande dificuldade em materializar essas iniciativas, citando o exemplo dos seminários de saúde coletiva, disciplina obrigatórias para os estudantes do primeiro ano do doutorado das três áreas. Seguiu discordando da colocação de Alfredo em relação à

disciplina sobre o SUS do Rio de Janeiro. Não que a discussão sobre o SUS no Rio de Janeiro não seja importante, mas as preocupações do instituto vão além desta questão. É preciso procurar não restringir, e sim procurar quais são os temas transversais onde possa se construir a partir de vários olhares as contribuições das diferentes áreas. O mediador passou então a palavra para estudante Marília (ME/CHS), que começou falando sobre seu percurso até chegar à Saúde Coletiva, já que sua formação inicial não se deu no campo da saúde, e como realmente enxerga essa potência de interferência com a realidade pela produção do conhecimento. Então, falou sobre a necessidade de que a atuação se dê para além do nível das instituições. Entender que as instituições são o único possível de atuação, que somos intelectuais e nosso lugar é este é algo bastante complicado. Afinal, não teria sido a própria dinâmica dos movimentos sociais que impulsionou a criação do SUS? Então, para além de atuarmos como profissionais dentro das instituições, é preciso atuar também no âmbito dos movimentos sociais. O estudante Felipe (ME/PPAS) fez a próxima fala, inicialmente discordando de que o IMS teria algo como uma “des-identidade”. Ao contrário, o IMS, assim como a maior parte das instituições que temos construído, têm um caráter um tanto quanto duro demais. Uma das questões, portanto, seria justamente de produzir outra temporalidade na dinâmica institucional, através de uma renovação mais célere dos atores institucionais, do aprofundamento da participação dos estudantes nas decisões do cotidiano da instituição, tornando-as decisões partilhadas. Materialmente, portanto, é preciso pensar a construção dos espaços de diálogo atualmente existentes para além de serem espaços meramente acadêmicos, convidando os trabalhadores para discutir as questões e saindo do espaço institucional para produzir essas discussões também. Apesar de o SUS no Rio de Janeiro não ser o foco absoluto da instituição, não é cabível nem aceitável ignorar sua existência. Assim, uma disciplina que discutisse o SUS no Rio de Janeiro não constituiria focalização, e sim uma possibilidade de discutir e interagir concretamente com a produção dos serviços e práticas de saúde no espaço de sua materialização.

Foi feita então a leitura de uma carta discente à Comissão de Pós-Graduação, fazendo a solicitação de que fosse buscada a realocação das vagas não preenchidas no processo de seleção do programa para o ano de 2009, colocando esta questão no contexto da atual política de redução das vagas oferecidas pelo instituto como forma de, adequando-se às normas da CAPES, atingir uma maior nota na avaliação (para ler a carta, acesse <http://ims-uerj.spaces.live.com>). Como resposta, o professor Kenneth, enquanto coordenador do PPGSC, abordou a fala a partir de dois aspectos: por um lado, concordou com a problemática que envolve os critérios de avaliação da CAPES, comprometendo-se a enviar a carta lida para Rita Barradas (representante da área de Saúde Coletiva junto à CAPES) e para o Fórum de Coordenadores, retirando da carta o que há de absolutamente particular ao IMS (o não-preenchimento pleno das vagas oferecidas no processo de seleção para 2009 e o processo de redução das vagas adotado pelo IMS). Justamente por concordar com a crítica feita na carta, o Programa teria sido historicamente prejudicado ao não se adequar completamente, e aí residiria a necessidade de um certo pragmatismo em relação aos processos sobre os quais se tem uma governabilidade limitada. Na avaliação do professor Kenneth, o processo de avaliação adotado pela CAPES tem sido extremamente injusto com o instituto. Por outro lado, abordou a solicitação de verificação sobre a possibilidade de preenchimento das vagas dizendo que seria impossível, já que não poderia ser realizada nenhuma mudança no edital do concurso. Então, encerrou sua intervenção abordando a questão da necessidade de formação de mestres e doutores levantada na carta dizendo que é preciso colocar esta questão no devido lugar. Não seria esta a questão mais importante. Seria muito mais fundamental, por exemplo, criar um curso de medicina na Região Norte do país do que aumentar o número de vagas num curso de pós-graduação da Região Sudeste.

Em seguida, o professor Cid frisou a necessidade de considerar que os conhecimentos, como são produzidos de maneira geral, impossibilitam que pessoas sem capacidade técnica consigam acessá-lo. Assim, uma forma de possibilitar o acesso, por exemplo, seria capacitar as pessoas para que consigam interagir com esses conhecimentos. Em relação à questão institucional, o professor lembrou que o fato de o instituto haver deliberado não ter um curso de graduação implicou aumento importante no número de mestrandos e doutorandos como tentativa de responder a uma demanda da

UERJ. Entretanto, isso acarretou prejuízo junto à avaliação da CAPES, não criou legitimidade do instituto junto à UERJ e levou à diminuição gradativa da qualidade dos trabalhos produzidos no programa. Assim, optou-se por adequar aos critérios externos independentemente da discussão desses critérios, já que isto é uma questão de sobrevivência do instituto. Ainda que o instituto tenha tido importante papel na constituição do SUS e da reforma sanitária, como tudo isso mudou, aconteceu há 20 anos, é preciso enfrentar os desafios que estão postos hoje pelo SUS e isto passa, para o instituto, por alcançar as instituições que são vistas como melhores a partir dos critérios de avaliação da CAPES. Ser uma instituição de excelência permite ter voz mais relevante em vários fóruns, na medida em que, quando alguém se apresenta como sendo de uma instituição nível 6, é diferente de ser de uma outra instituição. O mediador passou então a palavra à estudante Cláudia (ME/CHS), que propôs a realização de um fórum a cada entrada de novas turmas, visando à integração entre as três áreas.

A professora Márcia Arán levantou a importância da discussão trazida pela carta, já que ela toca na questão do ajuste do programa aos critérios da CAPES. Na área das ciências humanas, por exemplo, isso causou um desconforto importante, já que, apesar de as pessoas haverem concordado com o ajuste, a seleção do mestrado, por exemplo, oferecerá apenas quatro vagas para a área de ciências humanas. Isto tem um efeito, não é algo indiferente. Assim, é importante trazer essa questão para discussão. Em particular, as normas da CAPES de maneira mais geral desfavorecem fortemente a área de ciências humanas, por suas características de publicação e produção. O registro, então, é no sentido de frisar o desconforto com o ajuste que, apesar de os professores da área de ciências humanas terem concordado, gera problemas. O estudante Felipe então iniciou sua fala concordando que hoje é mais primordial a criação de cursos de medicina e de outras profissões da saúde na Região Norte do país, mas frisou que, em relação a isto, o IMS não pode e não vai fazer nada. Assim é necessário pensar, já que estamos falando de IMS, o que o instituto pode concretamente fazer. E isso quer dizer oferecer cursos de mestrado, doutorado, especialização, etc. Sobre a questão da adequação aos critérios da CAPES, falou que apesar de não achar que se pode ser voluntarista e ignorar os critérios de avaliação, existem outras maneiras de melhorar a avaliação, além da redução do número de vagas. Por exemplo, o esforço para que mais professores atinjam os critérios necessários para fazerem parte do corpo permanente do programa, já que a cada professor no corpo permanente, é possível a inclusão de mais cinco estudantes. Por fim, o estudante questionou qual seria a disponibilidade dos professores da instituição no sentido de produzir espaços de que participassem não só pessoas de outras instituições acadêmicas, mas também trabalhadores e usuários, inclusive expondo e discutindo suas experiências e não só ouvindo.

O mediador então deu por encerrada a roda-viva e agradeceu a presença de todos e todas, expressando sua felicidade com a dinâmica produzida no seminário, apesar de todos os problemas que precisaram ser enfrentados. A estudante Cristiane (ME/CHS) pediu a palavra e encerrou com considerações sobre as experiências das duas edições anteriores do seminário de pesquisa do IMS e convidando os presentes a contribuírem com a organização das próximas edições.

APOIO:

IMS



UERJ