

Capítulo 3

Recursos existentes, limitações e os desafios para a promoção do cuidado em saúde mental e saúde da família

Josenaide Engracia dos Santos
Erika Antunes Vasconcellos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOUZA, JE., and VASCONCELLOS, EA. Recursos existentes, limitações e os desafios para a promoção do cuidado em saúde mental e saúde da família. In: SOUZA, RC., and SANTOS, JE., orgs. *Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família* [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2014, pp. 65-82. ISBN 978-85-7455-447-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CAPÍTULO 3

RECURSOS EXISTENTES, LIMITAÇÕES E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA

*Josenaide Engracia dos Santos
Erika Antunes Vasconcellos*

Neste capítulo, resumiremos os itinerários relatados pelas equipes de saúde da família e redes sociais envolvidas. Notamos, na pesquisa, que as narrativas são parecidas e mostram uma realidade uniforme na busca por cuidado. Os recursos da comunidade assistida pela equipe de saúde da família remetem à questão da integralidade e podem ser explicados por movimentos direcionados para que os usuários possam ter à sua disponibilidade um “cardápio” de ofertas de serviços nas redes formais e informais de saúde.

O objetivo de acessar os recursos do cuidado em saúde mental é desenvolver ações de mobilização de dispositivos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial, como oficinas, destacando-se a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda), a partir do campo de sociabilidades secundárias e do campo de seus cuidadores, como: recursos ambientais, espaços de lazer, organizações não governamentais (ONG) e igrejas.

Quando falamos de recursos utilizados e/ou com potencial de uso pelos profissionais da saúde da família, em especial, os agentes comunitários, remetemo-nos às múltiplas ações e recursos que estão mais próximos das pessoas e que constroem contatos e alianças, possibilitando melhora ou, então, estabilidade de quadros de sofrimento psíquico da comunidade.

Os recursos da comunidade utilizados por equipes da ESF para promoção de cuidado em saúde mental estão relacionados à rede social. Segundo Molina (2005), as redes sociais são compostas de fenômenos

localizados tanto na esfera microssocial, relacionadas às interações entre os sujeitos, quanto na esfera macro-social, na qual as redes são configuradas a partir das relações mais estruturadas em que estão imersas, como, por exemplo, as instituições – igrejas, áreas de lazer etc.

Um dos aspectos sociais relatados que interfere na saúde integral da comunidade é o lazer, conforme Martins, Santiago e Carvalho (2009). Não apenas se revela importante para a saúde física, como para o lúdico e para o desenvolvimento de práticas de socialização. Observamos, na pesquisa, que muitas áreas das equipes de saúde da família não dispõem de atividades e de equipamentos para este fim. Em um dos depoimentos, uma equipe fala da dificuldade: – São poucas as estratégias na comunidade. Olha o bairro aí fora, não tem espaço para área de lazer (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

A equipe percebe a necessidade de diversão como forma de integração na comunidade, para melhor qualidade de vida, um recurso importante na formação de alianças dentro da comunidade, o que pode favorecer a solidariedade.

A interação do indivíduo com sua rede social favorece a promoção da saúde. O apoio social se descreve pela oferta de informações e/ou auxílio material que produz mudanças positivas na qualidade de vida a grupos ou pessoas. Como refere Valla (1999, p. 10):

Um envolvimento comunitário pode ser um fator psicossocial significante na melhoria da

CAPÍTULO 3 - Recursos existentes, limitações e os desafios para a promoção do cuidado em saúde mental e saúde da família

confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. A participação social pode reforçar o sistema de defesa do corpo e diminuir a suscetibilidade à doença.

A importância das igrejas, enquanto estratégia informal de cuidado, é percebida nas falas como uma rede de apoio:

– Na minha área, tem uma igreja que faz cura interior e a gente manda vários pacientes. A cura interior diz que enquanto não cura o que está dentro, o externo também não vai curar (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Que em vez da gente ficar na igreja falando só ali, vamos fazer um culto lá na praça. Vamos buscar as caixas de som e falar (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Os agentes comunitários utilizam a igreja como dispositivo de suporte de ajuda por entender que ela traz algum tipo de confiança e fortalece o vínculo para realização de atividades cotidianas. As igrejas se configuram, também, como rede de apoio por emprestarem seus espaços para a realização de grupos da unidade e aproximarem ainda mais a comunidade dos serviços de saúde. A utilização da igreja tem a ver com as crenças sobre os processos de adoecimento, mas representa as limitações das práticas tradicionais de atenção à saúde.

No contexto em que se desenvolveu a pesquisa com equipes de saúde da família do estado da Bahia,

as redes de relações que se constroem no interior da área têm um peso significativo na vida de seus moradores. Daí, a necessidade de utilização das redes sociais (e a religião faz parte delas).

As atividades desenvolvidas no cotidiano são realidades construídas nas interações entre as pessoas dotadas de sentidos. A religião é um recurso muito utilizado pela comunidade e a equipe potencializa o recurso, na medida em que possa beneficiar a comunidade: – A religião tem ajudado muito, assim, lá naquela localidade, tão longe de tudo, de apoio, de tudo, a religião tem ajudado muito (GRUPO 3, 2008, 1-15).

Consoante Alves e Souza (1994), as concepções da doença, os recursos destinados para lidar com ela cotidianamente, bem como a escolha de tratamento emergem a partir de um complexo processo que envolve tanto a adesão dos sujeitos a certos modelos interpretativos, quanto as interações que se dão no interior das redes de relações dos indivíduos, que podem convergir ou não com esses repertórios interpretativos.

Outro dispositivo de uso no atendimento a situações de sofrimento mental, inserido no contexto da ESF, foi a terapia comunitária. Podemos considerá-la, sob a perspectiva de Mehry (2002), como tecnologia leve ou tecnologia de não equipamento ou de trabalho vivo.

Segundo depoimento da equipe, os profissionais foram capacitados para: tratar das preocupações com o cotidiano; expressar as emoções; a construção de redes sociais solidárias; a valorização do saber e da competência das pessoas; a corresponsabilidade e o resgate da capacidade de cura da comunidade.

– O treinamento de terapia comunitária é uma estratégia. E agora, depois desse curso, me sinto mais capacitada para lidar com essas depressões leves, trabalhar com estes pacientes na terapia comunitária. Eu acredito que, pela proposta da terapia comunitária, podemos ter bons resultados com isto. Não é uma terapia que trata a doença, mas trata o sofrimento e o sentimento, trata o sintoma (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Barreto (2005) conceitua a terapia comunitária como um procedimento terapêutico de caráter preventivo em saúde mental, pautado na atenção primária em saúde. Este é um processo que visa com que as pessoas partilhem entre si suas ansiedades, angústias, frustrações, sofrimentos e promovam a troca mútua de seus recursos e descobertas.

O acolhimento, outro dispositivo para o cuidado de saúde mental na ESF, conforme Neves e Rollo (2006), é o ato ou efeito de acolher. Expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão:

– Ela está muito desanimada, não quer almoçar, e eu fico levantando o ânimo dela.
Digo: – A senhora está forte e sua mente está boa. A senhora tem que levantar.
E ela diz: – Eu não vou sair mais desta cama.
Aí eu digo: – Não, a senhora vai sair. Tudo é o pensamento e sua mente é forte. A senhora está boa.
Ela fica muito mais animadinha e diz: – L., diz que não vou ficar na cama, que vou andar. A gente precisa fazer isso (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Nesse trecho, portanto, percebem-se os atos da escuta, da produção de conversas e de vínculos – ações terapêuticas ou com potencial para este fim, mas que nem sempre são reconhecidas como possuidoras desse valor. Vejamos:

– Primeira coisa a fazer: nós temos que ter um bom relacionamento com a comunidade para que a comunidade se sinta à vontade e possa se manifestar, (para) que possamos compreender e perceber os problemas que eles têm e deixar espaço para que eles falem (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

Outro recurso são as experiências socioculturais tecidas no cotidiano das comunidades:

– Tem ações na comunidade que a gente utiliza as datas comemorativas para promover a saúde mental (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– As datas festivas são importantes para a comunidade para tratar temas de saúde, como Dias das Mães, idosos, crianças, Dia da Saúde, lazer e atividade física. A gente usa centros comunitários (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Eu acho que dá (para cuidar da saúde mental), pois a gente já faz reunião, visita, palestra e tem a ver com promoção (desse cuidar) (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

– Faz palestras nas escolas, reuniões, e o trabalho é feito porque a gente não está esperando por ninguém. Vamos para associações, escolas, e quando vemos uma criança

CAPÍTULO 3 - Recursos existentes, limitações e os desafios para a promoção do cuidado em saúde mental e saúde da família

mais agitada conversamos com a professora (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

A escola é um dispositivo importante de provisão de atenção especial e as equipes de saúde da família têm feito a articulação com o ambiente escolar para reduzir situações de sofrimento:

– Eu queria só observar. O ano passado, eu estive, assim, muito presente no trabalho, na escola municipal que nós temos aqui e a diretora falou que estava assustada, porque a maioria das crianças estavam desenvolvendo algum distúrbio mental (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

Sobre o recurso das visitas domiciliares, com especial atenção para os casos/casas que constituem situações de maior vulnerabilidade, exemplificam-se as falas e interações sociais:

– Agente comunitário que vai, que bebe a água, que toma um cafezinho, um leite. O sol tinindo... E tem uma (pessoa) mesmo, dona M. que quer que você tome um leite quente toda vez que chega lá. Ela obriga a tomar um copo de leite. Por quê? (Porque o agente) é amigo, é você quem ouve (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

– Procurei entrar na casa que é uma sujeira, um lixo, e saber dele como ele vive, se alimenta. Ele disse que se alimenta com o filho na casa da família do irmão e mãe (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

Outra narrativa descreveu a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) com equipes

da rede básica de saúde em seu território. Para essas equipes, o apoio recebido foi fundamental para o desenvolvimento do trabalho, conforme depoimentos abaixo:

- Tem esta orientação que é o pessoal do CAPS que dá à gente. Orientação que é prazerosa para a gente e para a comunidade. Fazemos visitas para convencer a família a tirar de dentro de casa o paciente (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

Sim, no caso, nós começamos (o cuidado com a saúde mental) com o pessoal do Caps (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) define como um dos objetivos da integração do Caps com equipes da atenção básica a realização de apoio matricial, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares e atender casos complexos, por solicitação das equipes.

Um dos recursos de cuidados aprendido no cotidiano na comunidade são as habilidades para agir de modo criativo, principalmente através das conversas, exemplificadas na frase: – Recursos nenhum. Só a lábia, só a conversa (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

O recurso da conversa é construído a partir de um saber prático. Segundo Ayres (2004), esse saber tem caráter contingente, ou seja, lida com a eventualidade, com a incerteza, com os acontecimentos e experiências humanas, não lida com aspectos perecíveis, causais e universais, não é um saber que produz

objetos, artefatos ou instrumentos. Por isso o grupo não considera tão importante o recurso, já que o conceito de êxito técnico está estreitamente ligado ao conceito de sucesso prático. Esse se volta para o valor que a ação de saúde tem para sujeitos e populações, engloba um conjunto de implicações simbólicas, relacionais e materiais das intervenções e recomendações de saúde na vida cotidiana dos sujeitos.

Para Ayres (2004) é um saber nem sempre cumulativo e que pode emergir de experiências, de interesses comuns ou divergentes, de tensões e de possibilidades de interação. Nesse sentido, não há menos verdade nesse saber, mas, menos certeza e determinação. Trata-se de construção da busca sobre a compreensão da vida, das experiências e escolhas diante das diversas contingências confrontadas no cotidiano:

– Agente comunitário que vai, que bebe a água, que toma um cafezinho. É amigo, é quem ouve (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

As experiências vividas pela equipe em seu cotidiano renovam sua compreensão e repercutem nas propostas que desenvolvem:

– A gente vai fazendo e aprende a fazer as coisas nas práticas, erra nas práticas, e a partir das vivências que nós tivemos, a gente sistematiza no dia a dia (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

É preciso que os profissionais da equipe prestem atenção para o conhecimento prático da vida cotidiana, pois conforme Souza (1999) é a nossa relação primordial com o mundo que fundamenta qualquer

conhecimento. Identificamos o que esse autor refere no que ouvimos no relato cotidiano das equipes de saúde da família investigadas, nos trechos de conversas citados, que dão sentidos aos movimentos, dentre eles, a conversa terapêutica, a ida às escolas e o uso de festas culturais.

Ainda consoante Souza (1999), é no mundo que se vive e se constitui o solo para toda atividade de conhecimento e Schutz (1979) afirma que o conhecimento do senso comum, apesar de suas insuficiências, basta para que nós nos entendamos com o próximo, os objetos culturais e as instituições: a realidade social. A nosso ver, as múltiplas versões dessa realidade.

As limitações dos recursos de cuidado em saúde mental no território da ESF poderão surgir em espaços onde ocorrem as suas potencialidades. Exemplo: a igreja pode ser um itinerário terapêutico, assim, como pode ser também um lugar de adoecimento:

– Muita igreja evangélica acaba fazendo tipo uma lavagem cerebral. Deixa a pessoa mais doida. Aí, se ele não é forte de mente, ele acaba ficando com problema mental (GRUPO 3, 2008, 1-15).

A sobrecarga profissional é outra situação relatada pela equipe de saúde da família que limita a produção de cuidado em saúde mental:

– Se ficar uma criança sem pesar, eu tenho que dizer o porquê eu não pesei. Pode ter uma vaca que não me deixou passar, ou um cachorro. Então, e aí? Eu tenho tempo? Eu tenho que ter espaço. A minha cabeça tem

que estar preparada pra isso. Será que eu tenho condições? Ou então colocando mais problemas para mim também vou me tornar doente. É isso que eu quero saber. Senão, eu vou ficar mais doida que os doidos (GRUPO 3, 2008, p. 1-15)

– A gente é tipo um pneu de socorro. Tudo, mesmo sem entender, a gente tem que ir lá, tem que enfrentar (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

– [O processo de trabalho] estressa quem trabalha, estressa quem cuida, estressa o doente (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

– Eu estou estressada, vou levar o quê pra ela? Se ela perceber que eu estou com a minha fisionomia ruim. Então, você está ali morrendo, mas você tem que mostrar uma boa aparência para a pessoa. Tem dia que eu não estou aguentando, que eu estou assim (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

O conflito aparece, principalmente, na dinâmica da prática cotidiana:

– Hoje, eu tenho 154 problemas diferentes que acompanho e cada um tem uma história diferente para contar (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

– Às vezes, o agente comunitário fica mais doído do que a comunidade. Cada agente tem sua comunidade para tomar conta e cada uma tem uma coisa diferente e tem que ouvir um pouco de cada um, com diferentes necessidades de atenção, e a gente quer ajudar, como um que conta que o marido traiu e o outro diz

que a mulher (traiu) e diz que vai matar ela e a gente ouve todo tipo de coisa (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são os profissionais mais expostos aos dramas familiares dos usuários, já que sua principal função é a visita domiciliar. São profissionais com intensa sobrecarga emocional. Muitos deles entram em sofrimento psíquico, sem conseguir separar o pessoal do profissional. Demanda de cuidado à equipe para posterior atenção à comunidade: – Acho que nós éramos pra ser tratados primeiro, para depois tratar o povo. É preciso cuidar da gente (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

A ineficácia do sistema de referência e contrarreferência é, também, relatado como impedimento na utilização dos equipamentos das redes nos territórios da ESF:

– Sim. A nossa grande dificuldade, na verdade, é referência. É como referenciar. Primeiro lugar, a gente não sabe o que fazer com estes pacientes... Ele tem outras doenças, outros problemas clínicos e eles não vêm de forma integral. Ele é um paciente psiquiátrico, mas tem outras doenças (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Aqui nós temos o Caps I, II e III. Cada um com sua área e "Ad" que é álcool e drogas, o "I" que é infantil, Caps I que é o apoio pedagógico. Nós temos na área autismo, hiperatividade que não é a grande loucura. São situações de sofrimento mental que a equipe não está preparada para atender e

não tem para onde encaminhar (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Na pesquisa, percebemos que os recursos utilizados fazem parte da rede. Conforme Bonet e Tavares (2006), rede é o mecanismo, o instrumento para descrever o mundo. Mundo feito pelos mediadores e suas agências; nos termos de Latour (2006), uma cadeia de ações em que cada participante deve ser tratado como mediador. As associações que se estabelecem nas redes não se fazem apenas com sujeitos, mas também com os chamados não humanos. Para Law (2002), se os seres humanos formam uma rede social, é porque eles interagem com outros indivíduos e com outros materiais. Ou seja, o campo do cuidado da saúde na ESF, como vimos, não se restringe à unidade de saúde, pois parte importante dos atores está localizada em campos de sociabilidade da sociedade civil (associações voluntárias, ONG) e na esfera privada, (as redes de sociabilidade primária – família, vizinhos, amigos), o que sinaliza a necessidade de maior investimento em estratégias de integralidade e intersetorialidade focadas na autonomia e na promoção da saúde, que possam produzir diferenças e gerar transformações no cuidado à saúde.

Referências

ALVES, P.; SOUZA, I. Escolha e avaliação de tratamento para problemas mentais: o itinerário terapêutico. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS (ANPOCS), 18., 1994, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Anpocs, 1994. Mimeografado.

RES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface**. Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003- fev. 2004.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BONET, O. A. R.; TAVARES, F. R. G. Redes em redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidados a saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em rede: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CESPESC, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos básicos em Saúde).

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

GRUPO1. **Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família**: grupo de discussão [maio 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Jequié: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p 1-21. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 3. **Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família**: grupo de discussão [abr. 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Vitória da Conquista: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p.

1-15. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 4. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [maio 2008]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Feira de Santana: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-13. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 5. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [maio 2009]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Salvador: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-11. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 6. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [nov. 2008]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Salvador: Uesc; Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 7. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [abr. 2009]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Ilhéus: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

LATOUR, B. **Jamais fomos modernos.** Rio de Janeiro: Ed 34, 2006.

LAW, J. After ANT: complexity, naming and topology. In: LAW, J.; HASSARD, J. **Actor network theory and after**. Oxford: Blackwell, 2002.

MARTINS, P. H.; SANTIAGO, M.; CARVALHO, R. A cidadania como afetividade: a luta pela autoconfiança. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, N. H. P. (org). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS–UERJ; Recife: Editora Universitária; São Paulo: ABRASCO, 2009.

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

MOLINA, J. L. El estudio de las redes personales: contribuciones,

métodos y perspectivas. **Empiria**, Barcelona, v. 10, p. 71-106, jul./dic. 2005.

SCHUTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SOUZA, I. M. Na trama da doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, p. 7-14, 1999. Suplemento 2.