

**UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Aprimoramento em Saúde Mental
2006/2007**

**CAPS NO TERRITÓRIO: CUIDADO ONDE A VIDA
ACONTECE**

BRUNO FERRARI EMERICH

**Supervisores:
Rosana Onocko Campos
Juarez Pereira Furtado**

CAPS NO TERRITÓRIO : CUIDADO ONDE A VIDA ACONTECE.

COTIDIANO

Numa festa temática brega, numa casa de cultura de uma metrópole, foliões divertem-se ao som de clássicos como Sidney Magal e Odair José. Aproxima-se uma profissional de um serviço de saúde mental, perguntando a um homem a qual CAPS ele está vinculado. Com naturalidade, ele responde, e ambos dançam e se divertem juntos. Algumas semanas depois, encontram-se novamente, e o homem pode perceber claramente que a profissional surpreende-se ao constatar que ele era um psicólogo, e não um usuário do CAPS.

Em outro canto da mesma cidade, outro psicólogo vê-se obrigado a interromper os atendimentos da mãe de um filho vinculado ao tráfico de drogas, após ser coagido e indiretamente ameaçado por integrantes que preocupavam-se com a mudança de atitude materna e os reflexos causados na interação com seu filho.

Na quadra de futebol de um centro comunitário, um jovem assiste resabiado um jogo de futsal. Nota aspectos peculiares: algumas pessoas pegam a bola com a mão, o goleiro está fora do gol (atrás do alambrado que cerca a quadra). Porém, nota também o prazer e a beleza produzida pelos atletas. Dias depois, após a recusa de alguns convites para participar, mistura-se aos atletas e passa a ser presença constante (por vezes mais até que a própria oficina do CAPS) no despertar de uma relação que o surpreende quando ciente tratar-se de usuários de um serviço de saúde mental.

Eis três cenários. Aparentemente, pode parecer que nada os une, a não ser o fato de acontecerem na mesma cidade. Porém, como seriam se ocorressem em lugares diferentes?

A festa surtiria os mesmos resultados se ocorresse circunscrita ao serviço de saúde? As conseqüências do atendimento à mãe seriam as mesmas se ela morasse num bairro nobre, ou se o filho estivesse envolvido com outro tipo de criminalidade? O jogo de futebol provocaria vida se, ao invés do prazer e da oferta, estivesse pautado por mecanismos de controle (institucionais ou sociais)?

As respostas certamente são impossíveis de serem descobertas. Deixo as tentativas para adivinhos de plantão, sejam eles profissionais ou não.

O que aproxima os cenários descritos é o fato de ocorrerem no território em que população, profissionais e instituições estão inseridos. Somente a partir disto o sentido passa a existir para todos, os encontros deixam marcas pautadas pela beleza. Deste modo, o conviver marca pela intensidade, não pela frequência.

CAPS E CUIDADO

Os Centros de Atenção Psicossocial tem se consolidado cada vez mais como referência ao tratamento em saúde mental (BRASIL, 2002).

Surgidos no final da década de 1980, em meio ao processo de redemocratização do país e de protagonismo por parte dos usuários e trabalhadores da área da saúde em sua

constituição, em 2002 passa a ter suas diretrizes pontilhadas (não traçadas!) pela portaria 336.

Definido como lugar de “referência e tratamento para pacientes, preferencialmente psicóticos, neuróticos graves e demais quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem a permanência numa instância de cuidados intensivos, comunitários, personalizados e promotores de vida” (BRASIL, 2002), os CAPS também responsabilizam-se por gerenciar os casos oferecendo cuidado clínico competente e personalizado aos usuários e por promover a inserção social dos pacientes através de ações que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer.

Como um dos principais alicerces, senão o principal, tem no cuidado no território e na possibilidade efetiva de trocas entre todos os sujeitos envolvidos a estrutura de um serviço inventivo e constituinte de uma rede de cuidados.

Aspectos estes que só podem ser norteados a partir de uma visão do ser humano como complexo, contraditório, diverso.

Nesta perspectiva, ganha relevo o trabalho de alguns autores que salientam o homem e, conseqüentemente, o usuário de saúde mental como sujeito do desejo e do direito (ONOCKO CAMPOS, 2001). Esta perspectiva contempla o sujeito como biológico, social e subjetivo, historicamente construído. Ou seja, incorpora no saber e avaliação de risco epidemiológico, assim como aspectos sociais e subjetivos do usuário ou grupo.

Obviedade, podem dizer alguns críticos de plantão. Porem, é comum os CAPS cindirem os sujeitos (já subjetivamente cindidos), e alternarem as práticas: ora com ações restritas a um setting protegido por muros (sujeito do desejo), ora exclusivas a ações comunitárias (sujeito político).

Utilizar-se deste conceito como ferramenta não significa restringir o usuário a práticas totais¹. O usuário não tem desejo “dentro do CAPS” e direitos “fora”. Ele é atravessado constante e intermitentemente por estes vetores. Ele é inteiro em todos os momentos.

Já disse bem o poeta Fernando Pessoa (talvez um F20 para os inquisidores nosográficos...), na pele de Ricardo Reis:

*Pra ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim, em cada lago a lua tôda
Brilha, porque alta vive.*

Inteiro, segundo o Dicionário Aurélio, pode adquirir diferentes significados. Pode ser totalizante, referindo-se a sujeitos homogêneos e fechados: “*constituído de uma só peça, inteiriço*” (p.365). Mas pode também significar “*ilimitado, absoluto, irrestrito.*” (p. 365).

Mesmo com algumas disciplinas e saberes que tentam fragmentar e dar conta da experiência humana, o homem subsiste. E nada melhor que a poesia, despedida de tecnicismos e certezas, para fazer-nos atentos.

¹ Alusão ao conceito cunhado por Goffman (1961) de instituição total: instituições que, entre outras características, controlam as necessidades humanas, tratando todos da mesma forma e obrigando todos a realizarem tarefas em conjunto.

Sou uma colcha de retalhos, todos da mesma cor.
(Mário Quintana)

Da mesma ou diferentes cores, a colcha aí está para ser cerzida.

CAPS E TERRITÓRIO

Conforme adiantado anteriormente, ampla e diversa é a gama de ações dos CAPS.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) define como ações possíveis, dentre outras: atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, tratamento para a família, atividades comunitárias, reuniões para organização do serviço.

Quais sejam elas, estarão sempre adscritas a um território. E aqui cabe uma fundamental definição: território.

Território pode ser entendido como as marcas físicas e marcas produzidas pelo homem, que vão além da delimitação geográfica sobre a qual um serviço é responsável pela população adscrita. Diz respeito à construção e transformação entre os cenários naturais e a história social que os homens inscrevem e produzem (YASUI, 2006). Ainda segundo o autor, território relaciona-se à construção do espaço e produção de sentidos ao lugar habitado.

Território, portanto, que considera o coletivo. Coletivo não apenas entendido como conjunto de pessoas, famílias e outros agrupamentos sociais, mas como conjunto heterogêneo, “com elementos formalizados e intensivos, cujos agenciamentos delineiam condições de vida e de saúde de uma população”(MENDES,2004).

No coletivo é que as pessoas vivem, reconhecem-se, sobrevivem. O CAPS, como aspirante a promotor de trocas, aqui deve estar inserido. Aqui atuar, de acordo com a cultura, organização e demais idiosincrasias existentes no território. Aqui deve articular projetos diferentes com os diferentes recursos existentes no entorno ou território (YASUI, 2006).

Acompanhar o usuário do percurso da sua casa até o serviço de saúde, ofertar acesso a bens culturais espalhados pela cidade, procurar uma pensão com alguém que não é aceito e bem querido no lar originário, fazer um acompanhamento terapêutico com vistas a auxiliar o acesso a bens materiais de um sujeito desorganizado. Aqui estas possibilidades tornam-se reais e fazem sentidos, produzindo marcas, desvios.

Por escolha deste aventureiro errante que vos escreve, opto agora por aprofundar-me nas articulações e atividades oferecidas pelo serviço além de seus muros.

Acredito que a vida acontece, prioritariamente, nos pequenos momentos e encontros: bom dia para o dono do bar vizinho, cigarro acendido pelo aposentado que joga truco na praça, morar numa casa com piores condições estruturais onde se é conhecido ao invés de morar numa residência terapêutica. Pensar o sujeito ampliado no local onde habita e se utiliza (ou não) de seu poder contratual.

Sarraceno (1996) considera a reabilitação psicossocial como exercício pleno de cidadania e de contratualidade em três esferas da vida: casa, rede social e trabalho com valor social. Acredito que aqui, no político (sem esquecer-se da doença ou intenso sofrimento psíquico), o CAPS deve fazer importantes ofertas. Empratar seu poder contratual (troca de bens, mensagens e afetos) ao sujeito excluído, permitir sua circulação nas diferentes esferas cotidianas. Isso traz sua condição humana, já apontada por Hannah Arendt (1981), de que o homem só existe quando aparece no político em sua plena

liberdade, pressupondo para isto a necessidade de estar assentado numa base social justa. Na realidade em que vivemos, de extrema miserabilidade e esgarçamento dos laços sociais, isto ganha ainda mais relevância.

Reabilitação psicossocial, territórios e clínica ampliada que só podem ser pensados quando excluídas (ou analisadas) as práticas manicomialis.

CULTURA MANICOMIAL

Pensar a atenção à saúde mental conforme proposto acima, inclui, necessariamente, críticas e a derrubada do modelo manicomial. Não basta derrubar os muros para acabar-se com os manicômios. O que é hospitalocêntrico são as práticas, mais sutis que as estruturas físicas.

Bezerra Jr (2004) aponta que os dispositivos de cerceamento e exclusão vem sendo trocados por formas mais difusas e eficazes de controle. Ganha roupa nova: medicalização da existência.

A intolerância à diferença mostra-se na impossibilidade de lidar com o sofrimento como algo inerente a vida, a processos existências, e na criação de profissionais que ocupam o lugar de oráculos e detentores do saber que determinam o que é felicidade, em como ser feliz.

Como característica desta prática manicomial difusa, também aparece a dor como inadmissível de ser vivida e superada. Como se os processos vitais (envelhecimento, morte, separação, nascimento, frustrações e tristezas, etc...) fossem passíveis e necessários de serem medicalizados (com fármacos, ou terapia, ou AT, etc..).

Diz ainda o autor: “Os CAPS, acredito, devem levar estas questões em conta porque não são apenas instrumentos de intervenção para controle e eliminação de mal estar psíquico. São dispositivos que visam contribuir para que a vida coletiva e as existências individuais sejam mais interessantes, abertas e criativas” (Bezerra Jr, 2004. p. 04).

Cabe aqui uma provocação, que não será aprofundada no presente trabalho: de que modo os profissionais do CAPS acreditam e buscam cuidar dos usuários, se eles próprios muitas vezes utilizam-se desta “prática manicomial” como recurso rápido para lidar com seu sofrimento subjetivo, inerente ou não a seu difícil e intenso trabalho?

PSICANÁLISE NO TERRITÓRIO: PERIGOS E POSSIBILIDADES

Fernando Pessoa, agora na pele de Alberto Caieiro:

*Não basta abrir a janela
Para ver os campos e o rio
Não é o bastante não ser cego
Para ver as árvores e as flores.
É preciso também não ter filosofia nenhuma.
Com filosofia não há árvores: há idéias apenas
Há só cada um de nós, como uma cave.
Há só uma janela fechada, e todo o mundo lá fora;
E um sonho do que poderia ver se a janela se abrisse
Que nunca é o que se vê quando se abre a janela.
(Fernando Pessoa, 1972. p. 231)*

Retomo o poema de Caetano porque acredito que, antes de qualquer interpretação ou classificação, estamos diante de seres humanos, pessoas, maiores que qualquer disciplina ou saber. O que parece claro, mas na maioria das vezes apaga-se quando se usa algum saber como forma de poder e docilização de corpos ou mentes.

Não se trata, porém, de abandonar qualquer ferramenta teórica. Bezerra Jr (2004) considera que não importa tanto avaliar de onde vem a teoria, e sim para onde vai, “que conseqüências engendra, que resultados possibilita. É no campo dos efeitos subjetivos provocados que devemos procurar elementos para aceitar ou recusar uma proposta assistencial de qualquer natureza.” (p. 05).

Aqui, utilizar-me-ei de referenciais psicanalíticos. Não a psicanálise burguesa, nem a psicanálise que vem sendo utilizada para ocupar o espaço deixado pela psiquiatria tradicional na saúde mental, mas sim um referencial que considere o território e o sujeito atendido no SUS.

Bezerra Jr (2000) contribui com importantes reflexões acerca do uso de tal teoria no Sistema Único de Saúde. Segundo ele, diferentes concepções de corpo, do que se espera do tratamento e da causalidade e localização da doença marcam o encontro da clássica teoria, forjada em consultórios particulares, e a necessidade de problematização dos conteúdos trazidos pelos usuários.

Para a classe alta, o corpo serve como instrumento de prazer (é cuidado, examinado), e a escolarização permite a criação de um vocabulário que discrimina com detalhes variações nas sensações e sentimentos. Esta classe aprende que as emoções e sentimentos são construídos ao longo da vida, e na biografia é possível entender este sofrimento. O tratamento, portanto, tem o intuito de elucidar a o sentido oculto dos sintomas através da palavra, e o medicamento age como facilitador (ou não...) deste processo.

Além disso, entende a doença como um problema de causalidade múltipla, e o passado permite repensar vivências importantes e suas repercussões. No futuro, o sujeito vê-se como protagonista de possibilidades ou criação de novos horizontes, examinando e fazendo escolhas que lhe gerem prazer, sendo os resultados da terapia vividos num futuro não imediato. Trata-se de uma aprendizagem cultural.

Já nas classes baixas, a saúde encontra-se ligada à possibilidade de trabalhar. Sentimentos e estados pessoais ficam numa zona intermediária (não estão na esfera do bem estar, mas não dificultam o trabalho: aparecem aqui os “aperreios”, “fraqueza”). Ou seja, o corpo é o instrumento do trabalho, e esta função que determina o que é doença, na medida que esteja ameaçada. A saúde, por sua vez, é retomada quando a função laborativa volta a ocorrer, e em segundo plano é que ficam a satisfação sexual, a realização profissional, etc...

A causa da doença é de ordem somática nesta classe: é comum usuários se referirem a causalidades lineares, como “doença dos nervos”, “bater a cabeça”, “macumba”, “ação do demônio”, que dão sentidos ao sofrimento. A localização da doença é feita no espaço do corpo, por meio de linguagem que descreve através de categorias e do vivido corporalmente, e não de introspecção ou análise das emoções. O tratamento baseia-se num esforço para voltar a trabalhar, cuidar bem dos filhos, e isto é possível através dos remédios que agem sobre o corpo doente: quando há melhora, deixa o tratamento, o que não significa abandono, já que pode ser retomado em outro momento difícil. Também trata-se de uma aprendizagem cultural, diferente da anterior.

Outra diferença importante de ser apontada é que no serviço público, o usuário não tem o poder de escolher o profissional pelo qual será cuidado e não pode interromper o tratamento se preferir outro. Aparentemente, o dinheiro não sai do seu bolso (ele não paga na hora), o que o leva a considerar o atendimento como uma favor. Além disso, a autoridade é recoberta, além de um saber (como acontece nos consultórios particulares), de um poder de classe onde a distância é lembrada a cada momento. Em função disto, o usuário pode assumir um papel de subordinado (aceitar dicas, sugestões), dizer o que o terapeuta espera. Pode haver, também, uma separação da palavra do terapeuta do sentimento do usuário (comunicação do terapeuta vindo de um lugar inalcançável).

Tais diferenças devem ser consideradas pelos profissionais que utilizam-se desta corrente teórica, assim como outras diferenças, de igual cunho, por profissionais que utilizem-se de qualquer outra teoria que tente entender e intervir sobre o ser humano e suas relações.

É comum, pelo fácil acesso e uso constante da psicanálise nos serviços, estender a visão da qual ela foi criada e é alimentada de forma a-crítica e sem relativização e contextualização. As respostas do usuário, então, são preconceituosamente analisadas e violentamente e equivocadamente interpretadas.

Escuta atenta, a olhar voltado para o diverso. Afinal, “a diversidade marca o indivíduo, sem que com isso ele perca o estatuto do desejo ou do inconsciente” (COSTA, 1989).

Reconhecer e respeitar a variedade cultural é mister para o trabalho que se propõe acolher e desviar o intenso sofrimento psíquico. E isto vale para qualquer teoria.

POLÍTICA E REDES QUENTES: PRODUÇÃO DE VIDA.

Pensar território e uma ética de cuidado inclui, necessariamente, considerar o caráter político da clínica. Clínica entendida aqui como “conjunto de práticas sociais (...) destinadas a cuidar da saúde física ou mental de pessoas ou grupos, como também e indissociavelmente dos desassossegos e sofrimentos que elas implicam. Neste sentido, a clínica concerne, em primeiríssimo lugar, uma ética de cuidados com a vida. Trata-se de uma ética em defesa da vida, de sua potencia de variação, a partir da qual se justifica a busca mais e melhores respostas às demandas sociais por esse tipo de intervenção, como também se confere sentido aos esforços e à produção teórico-metodológica e técnica das disciplinas clínicas” (Paula Souza,2000, apud Mendes)

A clínica, conforme apontada por Mendes (2004) não é um exercício neutro, mas sim uma ética de ativação e criação de vida, o que implica na tomada de posição a favor de práticas e referenciais teóricos que sustentem este compromisso. O caráter político manifesta-se na resistência à estratégias de controle, na afirmação de espaços e tempos de criação e elaboração de produção de existência pessoal e social na saúde. Além, a clínica ocupa-se de inventar possíveis que interfiram no próprio sistema de saúde.

Ainda nesta direção, cabe ressaltar que a produção de bens e serviços ocorre juntamente com a produção de sujeitos e coletivos (CAMPOS,2003). Portanto, aproximar-se da população e construir com os sujeitos a apropriação de seus problemas, dificuldades e questões, e formas de resoluções ou de lidar com isto, permite uma mudança nas instituições, gestores, usuários e profissionais. A micropolítica dos serviços de saúde e os processos de trabalho (não alienantes) ganham relevo nesta proposta.

Para finalizar, importa considerar a construção de redes como condição fundante para que o CAPS possa cuidar dos sujeitos a que se dispõe.

Segundo a portaria 336/02, é função do CAPS “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território”.

Entendo que esta rede de cuidados inclui fios de outros serviços de saúde, como Centros de Saúde, PSFs, instituições da Assistência Social, entre outros. Porém, não são apenas os “serviços de saúde” que promovem saúde. Outros atores promovem, protegem e recuperam a saúde.

A Lei 8080/90 aponta a importância de ações intersetoriais na concepção e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Aqui entram parcerias que não consideram a doença, mas o sujeito como um todo². Atividades num centro comunitário, com crianças e idosos. Jogar futebol na escola aos finais de semana, juntamente com os traficantes do bairro e membros de uma igreja. Participar de uma grupo de culinária no barracão na igreja, junto com senhoras ditas sãs. Aprender a navegar na internet numa Casa de Cultura, acompanhado de universitários e analfabetos.

Parcerias com outros setores governamentais (lazer, turismo, esporte, etc..) e com atores da comunidade. Eis a diversidade que se apresenta e torna colorida uma vida muitas vezes desbotada. Como exemplo, duas situações, descritas no início deste texto.

Passos (2004) ajuda a pensar estas questões com seu conceito de redes quentes. Segundo este autor, “não há como escaparmos de redes no contemporâneo e, por isso, a estratégia é a de construirmos redes de resistência: redes quentes, isto é, redes não homogeneizantes, mas redes sintonizadas com a vida, redes autopoéticas”(p.01). Redes que estão comprometidas com a produção de subjetividades. Redes que não permitam que diariamente pessoas ressuscitem sua ausência.

Acredito que aqui reside o grande desafio do CAPS no território: oferecer à população possibilidades, tecer rede quentes.

Acredito que o CAPS deva ser produtor de prazer, de vida. Vida que manifesta-se de modos diferentes. Vida que respeita e (con)vive com a diversidade, que convida e provoca a sociedade a participar desta mudança.

Vida que muitas vezes não se explica, se vive.

Já bem disse Saramago: “Viver ultrapassa qualquer entendimento”.

² Referencia à clássica afirmação de Basaglia (AMARANTE, 1996), de que a doença deve ficar entre parênteses, e não o sujeito.

PÓS-FACIO

Este trabalho não tem por objetivo esgotar ou fechar qualquer discussão. Se for disparador de questões, sobretudo para o CAPS Integração (no qual fiz meu Aprimoramento em Saúde Mental) já terei alcançado meu objetivo, visto que tal instituição vive um momento de grande investimento em atividades externas, considerando o território no qual está inserida.

Procurei escrever, assim como atuar durante o ano, como quem é atravessado pelas questões que se apresenta. Após um tempo flutuando, consegui finalmente mergulhar e descobrir os perigos e as belezas que escondiam-se da superfície.

Mergulho este que só foi possível devido a um contato e convívio intenso com supervisores e grupo de aprimorandos, na Universidade, e com profissionais, equipe e usuários do CAPS Integração.

Tão intenso que é difícil deixá-lo.

*Sim, sou eu, eu mesmo, tal qual resultei de tudo,
Espécie de acessório ou sobresselente próprio,
Arredores irregulares da minha emoção sincera,
Sou eu aqui em mim, sou eu.*

*Quanto fui, quanto não fui, tudo isso sou.
Quanto quis, quanto não quis, tudo isso me forma.
Quanto amei ou deixei de amar é a mesma saudade em mim
(...).*
(Álvaro de Campos, 1972)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

ARENDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro, Forense-Universitária/EDUSP, 1981.

BEZERRA JR., B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. IN: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. R. (org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

_____. O cuidado no CAPS: os novos desafios. III Encontro dos Serviços de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro: O cuidado em sua dimensão ético, clínica e política, mimeo, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde Portaria n.º 336. Brasília, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para Centros de Atenção Psicossocial, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI 8080. Brasília, 1990.

CAMPOS, G. W. S. Saúde paidéia. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

COSTA, J. F. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1961.

MENDES, V. L. F. Uma clínica no coletivo: experimentações no programa de saúde da família. São Paulo: PUC-SP/PEPG em Psicologia Clínica, 2004.

ONOCKO CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. In Saúde em Debate, 25(58): 98-111, 2001.

PASSOS, E. O CAPS como matriz das ações psicossociais no território. III Encontro dos Serviços de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro: O cuidado em sua dimensão ético, clínica e política, mimeo, 2004.

PESSOA, F. Obra poética em um volume. Rio de Janeiro, Guanabara: Companhia José Aguilar Editôra, 1972.

QUINTANA, M. Literatura Comentada. São Paulo: Abril Educação, 1982.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial; uma estratégia para a passagem do milênio. In PITTA, A., (org.) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1996, p.15-18.

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Doutorado, 2006.

