

Maria Saete Bessa Jorge
Jamine Borges de Moraes
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Antonia Alizandra Gomes dos Santos
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Organizadoras

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE COLETIVA

*

*um panorama resultante do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmus Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

MARIA SALETE BESSA JORGE
JAMINE BORGES DE MORAIS
ANA PAULA CAVALCANTE RAMALHO BRILHANTE
ANTONIA ALIZANDRA GOMES DOS SANTOS
ILSE MARIA TIGRE DE ARRUDA LEITÃO
ORGANIZADORAS

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE COLETIVA

*um panorama resultante do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UECE*

1ª Edição
Fortaleza - CE
2016



**PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM SAÚDE COLETIVA UM
PANORAMA RESULTANTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA - UECE**

© 2016 *Copyright by* Maria Salete Bessa Jorge, Jamine Borges de Moraes, Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Antonia Alizandra Gomes dos Santos e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Lorna Etiene Castelo Branco Reis

Ficha Catalográfica

Thelma Marylanda Silva de Melo – CRB-3/623

P962 Produção do conhecimento em saúde coletiva um panorama resultante do programa de pós-graduação em saúde coletiva - UECE / Maria Salete Bessa Jorge, Jamine Borges de Moraes, Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Antonia Alizandra Gomes dos Santos, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão (Orgs.) – Fortaleza: EdUECE, 2016.

806p.
ISBN: 978-85-7826-489-5

1. Atenção primária à saúde. 2. Políticas de saúde 3. Sistema de saúde. I. Moraes, Jamine Borges de. II. Brilhante, Ana Paula Cavalcante Ramalho. III. Santos, Antonia Alizandra Gomes dos. IV. Leitão, Ilse Maria Tigre de Arruda.

CDD: 614

SUMÁRIO

Prefácio..... 12

Ilse Maria Tigre Arruda Leitão

Introdução ao tema 22

Antônia Alizandra Gomes dos Santos, Jamine Borges de Moraes e Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

TEMA 1

TECNOLOGIA E MULTIPLICIDADES METODOLÓGICAS

Capítulo 1 31

Elaboração e validação de conteúdo de uma escala para triagem do atraso de linguagem infantil.

Renata Cavalcante Barbosa Haguette e José Wellington Lima de Oliveira

Capítulo 2 50

Desenvolvimento do aplicativo *android* “Mamãe dia a dia” de apoio ao acompanhamento pré-natal.

Patrícia Moreira Costa Collares e Raimunda Magalhães da Silva

Capítulo 3 71

Desempenho do letramento nutricional por usuários dos sus no que se refere a porções alimentares, calorias, macronutrientes e peso.

Christiane Pineda Zanella e Helena Alves de Carvalho Sampaio

Capítulo 4 88

Ocupação de Fortaleza-CE: ondas de expansão demográfica.

Edenilo Baltazar Barreira Filho, José Ueleres Braga e Ricardo José Soares Pontes

Capítulo 5 112

Adaptação transcultural do instrumento Cuestionario del Capital Humano para avaliação de gestão de pessoas na Atenção Primária de Saúde para o contexto brasileiro.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Marcelo Gurgel Carlos da Silva

TEMA 2

HISTÓRIA, FLUXOS E REDE

Capítulo 6 140

Distintas trajetórias no fazer-se psiquiatra reformista.

Taís Bleicher e José Jackson Coelho Sampaio

Capítulo 7 163

Itinerários terapêuticos de pessoas com dengue nos serviços de saúde.

Kilma Lopes e Andrea Caprara

Capítulo 8 197

Perfil clínico e laboratorial da dengue na atenção primária à saúde.

Bruno Souza Benevides e Andrea Caprara

Capítulo 9 220

Caracterização do funcionamento dos conselhos tutelares da região metropolitana de Fortaleza na atenção nos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Samira Valentim Gama Lira e Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Capítulo 10239

PESQUISAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE: repercussões na prática da atenção primária.

Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho e Maria Salete Bessa Jorge

TEMA 3

**O FENÔMENO PESQUISADO E AS DIVERSIDADES
TEÓRICAS-METODOLÓGICAS**

Capítulo 11269

AVALIAÇÃO CLÍNICA DO DENGUE E IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO: uma pesquisa multicêntrica.

Lyvia Patrícia Soares Mesquita e Andrea Caprara

Capítulo 12293

Participação social na abordagem ecossistêmica no controle do dengue.

Joana Mary Soares Nobre e Andrea Caprara

Capítulo 13326

Predição da pré-eclâmpsia no início da gestação através das características maternas e do doppler das artérias uterinas e oftálmicas.

Júlio Augusto Gurgel e Fabricio da Silva Costa

Capítulo 14344

Índice de impedância da veia interlobar renal materna (ivir) como marcador de primeiro trimestre para predição de doenças hipertensivas da gestação.

Sammya Bezerra e Fabricio da Silva Costa

Capítulo 15.....371

Mortalidade neonatal precoce e as principais características dos óbitos.

Sônia Samara Fonseca de Moraes e Francisco José Maia Pinto

Capítulo 16.....386

Predição de pré-eclâmpsia através da associação de fatores maternos à avaliação tríplice vascular no segundo trimestre de gestação.

Paulo César Praciano de Sousa e Fabrício da Silva Costa

Capítulo 17.....410

Ambiência, insumos e medicamentos na Atenção Primária à Saúde.

Braulio Nogueira de Oliveira e Lucia Conde de Oliveira

Capítulo 18.....433

Política de humanização na Atenção Primária: percepção dos profissionais de saúde.

Débora Cardoso Ferreira da Ponte e Erasmo Miessa Ruiz

Capítulo 19.....459

Pesquisas realizadas na Atenção Primária à Saúde e sua aplicabilidade nos processos de trabalho.

Jamine Borges de Moraes e Maria Salete Bessa Jorge

Capítulo 20.....485

Pesquisa clínica multicêntrica na Atenção Primária: fatores que influenciam na assinatura do consentimento informado.

Edina Silva Costa e Andrea Caprara

Capítulo 21504

Imagem corporal e transtornos alimentares entre estudantes de cursos da saúde.

Nara de Andrade Parente e Helena Alves de Carvalho Sampaio

Capítulo 22520

Influência do perfil de macronutrientes e do valor energético da dieta no apetite de pacientes com e sem *helicobacter pylori*.

Daianne Cristina Rocha, Helena Alves de Carvalho Sampaio, Lais Marinho Aguiar e Antonio Augusto Carioca

TEMA 4

VIOLÊNCIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Capítulo 23539

Identidade cultural da mulher nordestina: Uma análise hermenêutica das letras de forró.

Aline Veras Morais Brilhante e Ana Maria Fontenelle Catrib

Capítulo 24568

Violência sexual infantil: ocorrências e impacto por gênero.

Karla Julianne Negreiros de Matos e Ana Carina Stelko Pereira

TEMA 5

FORMAÇÃO EM SAÚDE

Capítulo 25587

Associação entre sintomas autorreferidos e fatores de risco vocal em professoras do ensino fundamental.

Christina Cesar Praça Brasil e Raimunda Magalhães da Silva

Capítulo 26.....611

FORMAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA: A integralidade como princípio norteador.

Lídia Andrade Lourinho e Ana Maria Fontenelle Catrib

Capítulo 27635

VIVÊNCIAS FORMATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: perspectivas de discentes de enfermagem inseridos no contexto do SUS real.

Danielly Maia de Queiroz e Lúcia Conde de Oliveira

TEMA 6

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Capítulo 28.....664

Um serve pra depressão e outro serve pra cabeça, uma coisa assim...': Processo de Medicamentalização na Saúde Mental.

Indara Cavalcante Bezerra e Maria Salete Bessa Jorge

Capítulo 29.....694

Processos de trabalho em saúde mental e os desafios na produção do cuidado nos cenários de atenção psicossocial.

Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha e Maria Salete Bessa Jorge

Capítulo 30.....714

O ABUSO DE COCAÍNA E CRACK NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: a relação entre o significado atribuído e as práticas terapêuticas dos trabalhadores.

Carlos Garcia Filho e José Jackson Coelho Sampaio

Capítulo 31733

Instituições totais como redes de apoio de familiares e adolescentes em uso de crack e os desafios das políticas de proteção social.

Milena Lima de Paula e Maria Salete Bessa Jorge

Capítulo 32769

DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM CÂNCER: o papel da sociedade civil organizada.

Aline Mayra Lopes Silva e Ilvana Lima Verde Gomes

POSFÁCIO806

Prefácio

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) presenteia a comunidade acadêmica com mais uma obra que reúne recortes de suas dissertações e teses defendidas.

Esta coletânea tem à frente da organização a professora doutora Maria Salete Bessa Jorge, coordenadora do Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) e é dedicada à análise da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Ceará, sob os mais variados fenômenos, entre eles a perspectiva da avaliação em saúde.

A coletânea denominada Produção do Conhecimento dos Egressos do Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva, faz parte das coletâneas dos estudos realizados pelos discentes e docentes do PPSAC e integra as atividades deste Programa para avaliação junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). É resultado do desenvolvimento acadêmico dos docentes e discentes e assume sua dimensão singular que define a construção do conhecimento gerado em cada um dos capítulos aqui apresentados.

Traz temáticas sobre a saúde na contemporaneidade, dando ênfase às diversidades teórico-metodológicas de

pesquisa de abordagem qualitativa, quantitativa, triangulação de métodos e métodos mistos, apresentando alicerces epistemológicos, teóricos, filosóficos, políticos e sociais que fundamentam as argumentações e discussões que impõem um novo olhar sobre o fazer saúde. Ao referenciar o conhecimento como o principal resultado, fruto dos estudos aqui apresentados, encontrarão, também, o despertar do sentido de transformação das práticas de saúde, visto que manifesta a compreensão da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para atender aos anseios de produção científica junto ao corpo discente e docente do Programa, a coletânea está dividida em cinco temáticas: Tecnologia e multiplicidades metodológicas; História, fluxos e rede; O fenômeno pesquisado e as diversidades teóricas-metodológicas; Formação em saúde e Saúde mental.

A primeira temática, Tecnologia e multiplicidades metodológicas, nos apresenta estudos metodológicos que vão desde a elaboração e validação de conteúdo de uma escala para triagem do atraso de linguagem infantil da autora Renata Cavalcante Barbosa Haguette, com seu orientador José Wellington Lima de Oliveira, enveredando pela criatividade no Desenvolvimento do aplicativo *android* “Mãe dia a dia” de apoio ao acompanhamento pré-natal, da autora Patrícia Moreira Costa Collares e sua orientadora, Raimunda Magalhães da Silva; Christiane Pineda Zanelle e sua orientadora, Helena Alves de Carvalho Sampaio, mostra a importância do uso da escala a *Nutritional Literacy Scale* (NLS) adaptado à nossa realidade quando faz sua adaptação e a demonstra através do desempenho de usuários do SUS no que se refere a porções alimentares, calorias, macronutrientes e peso.

Ainda dentro dos estudos metodológicos nos apresenta um instrumento espanhol adaptado à realidade brasileira, de aplicabilidade e orientação para gestores do SUS, denominado *Cuestionario del Capital Humano*, da autora Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e seu orientador, Marcelo Gurgel Carlos da Silva.

Edenilo Baltazar Barreira Filho com o uso de um estudo ecológico, realizado com as bases de dados secundários da Base de Informações dos Censos Demográficos descreve a evolução da ocupação do território de Fortaleza com base na variação da densidade demográfica e na caracterização sócio-ocupacional dos bairros no período de 1970 a 2010 e nos movimentos (ondas) de ocupação territorial e sua relação com o perfil socioeconômico em 2010.

A segunda temática aborda estudos referentes à História, aos fluxos e às redes, onde a autora Taís Bleicher e seu orientador José Jackson Coelho Sampaio, no capítulo 6, realizaram um estudo histórico sobre o período de 1993 a 2012, que engloba o nascimento do CAPS Geral de Quixadá e as quatro gestões municipais que se sucederam. A pesquisa adotou as perspectivas da História Social e da História Oral como referenciais teórico-metodológicos.

No capítulo 7, Kilma Wanderley Lopes Gomes e seu orientador, Andrea Caprara, descrevem os itinerários terapêuticos de pessoas com dengue no sistema de saúde de Fortaleza.

No capítulo 8 ainda caminhamos estudos sobre o controle da febre da dengue sob condições climáticas variáveis, nos traz o Perfil clínico e laboratorial da dengue na atenção primária à saúde, do autor Bruno Souza Benevides e seu

orientador, Andrea Caprara, analisando o diagnóstico e o manejo clínico da dengue através de abordagens destinadas a diferenciar a dengue de outras doenças febris comuns.

Samira Valentim Gama Lira e sua orientadora Luiza Jane Eyre de Souza Vieira apresentam a caracterização do funcionamento dos conselhos tutelares da região metropolitana de Fortaleza na atenção nos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

O acesso aos serviços e ações de saúde são foco de estudo da autora Rebecka Rafaella Saraiva Carvalho e sua orientadora, Maria Salete Bessa Jorge, refletindo aspectos sobre as repercussões no cotidiano da Atenção Primária.

Adentrando a temática 3, em que se trata do fenômeno pesquisado e a diversidade teórico-metodológicas, toma destaque o capítulo 10; avaliação clínica de dengue e identificação de fatores de risco: uma pesquisa multicêntrica, de autoria de Lyvia Patrícia Soares Mesquita, orientada por Andrea Caprara apresentando resultados de uma pesquisa clínica, para acompanhamento de pacientes suspeitos de diagnóstico de dengue. Ainda estudando o fenômeno dengue o capítulo 11; intitulado Abordagem ecossistêmica no controle da dengue: Participação social; tendo como objetivo conhecer o processo de participação social durante a intervenção baseada no enfoque ecossistêmico em saúde humana no controle da dengue, a partir de uma discussão fundamentada nos níveis de participação social apresentados por Stone (2000), aprofundando as discussões a respeito das situações-limite expostas na fase de intervenção e suas interfaces com a gestão ambiental, sob o prisma da participação social, e de vislumbrar o início de mudança

social, histórica e sustentável da participação social no que concerne a prevenção da dengue.

O capítulo 13, sobre a predição da pré-eclâmpsia no início da gestação através das características maternas e do Doppler das artérias uterinas e oftálmica, de autoria Júlio Augusto Gurgel Alves e Fabrício da Silva Costa.

O capítulo 14, intitulado Índice de impedância da veia interlobar renal materna (ivir) como marcador de primeiro trimestre para predição de doenças hipertensivas da gestação, de Sammya Bezerra Maia e Fabrício da Silva Costa, avaliou o resultado do exame de Doppler de veias interlobares renais maternas no primeiro trimestre de gravidez para a predição precoce da pré-eclâmpsia.

O capítulo 15, de Sonia Samara Fonseca de Moraes e seu orientador, Francisco Maia Pinto, estudou a mortalidade neonatal e as principais características dos óbitos. O capítulo 15 mostra a preocupação com a predição. Indo no mesmo fenômeno, o capítulo 16 de autoria de Paulo César Praciano de Sousa e de seu orientador, Fabrício da Silva Costa propôs como método de predição de PE uma avaliação doppler fluxométrica tríplice vascular, ou seja, a combinação da avaliação da artéria uterina, artéria braquial e artéria oftálmica no segundo trimestre da gestação, associada a fatores maternos (marcadores clínicos da história materna e pressão arterial média).

O capítulo 17, sobre Ambiência, insumos e medicamentos na Atenção Primária à saúde, de Braulio Nogueira de Oliveira orientado por Lúcia Conde. A pesquisa enfatizou os aspectos das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) estudadas no que se refere à ambiência e à dispo-

nibilização de recursos materiais, insumos e medicamentos com esforços de contextualizar as ressonâncias no processo de trabalho e na condição de saúde da população.

O capítulo 18, de Débora Cardoso Ferreira da Ponte e Erasmo Miessa Ruiz, sobre Política de Humanização na Atenção Primária: percepção dos profissionais de saúde, Fortaleza/CE, consistiu em apreender a percepção dos trabalhadores em saúde sobre a implementação da Política de Humanização na Estratégia de Saúde da Família em uma unidade de saúde no município de Fortaleza, Ceará e se justifica pela necessidade de trabalhos brasileiros que almejem aprofundar a percepção dos atores nas práticas em saúde envolvidos, tendo como premissa o imperativo da qualificação do encontro e da alteridade na clínica.

O capítulo 19, Jamine Borges de Moraes e sua orientadora, Maria Salete Bessa Jorge, em seu estudo, buscam avaliar como e se as pesquisas realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde têm contribuído para a reorientação das práticas.

O capítulo 20 intitulado Pesquisa clínica multicêntrica na Atenção Primária: fatores que influenciam na assinatura do consentimento informado, de Edina Silva Costa e Andrea Caprara, buscou compreender, por meio das observações e falas dos entrevistados, descrever os fatores que influenciaram na decisão de assinatura do consentimento informado de uma pesquisa clínica multicêntrica desenvolvida na atenção primária brasileira.

O capítulo 21, Nara de Andrade Parente e sua orientadora, Helena Alves de Carvalho Sampaio, trazem à tona uma inquietação sobre a questão da imagem corporal entre

estudantes da área da saúde, que se justifica pelo número reduzido de estudos que avaliam imagem corporal neste contexto. Trata-se de um recorte da dissertação desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

No capítulo 22, ainda como orientadora a Profa. Dra. Helena Alves de Carvalho Sampaio considera que a avaliação do apetite, permite uma análise mais profunda do comportamento alimentar do que a observação do simples consumo isolado do alimento. E, com base nesse pressuposto, orienta Daianne Cristina Rocha no desenvolvimento do estudo intitulado Influência do perfil de macronutrientes e do valor energético da dieta no apetite de pacientes com e sem *Helicobacter pylori*, para investigar se existe interação entre apetite e ingestão energética, e de macronutrientes entre portadores e não portadores de *H. pylori*.

A identidade cultural da mulher nordestina através de uma análise hermenêutica das letras de forró é apresentada por Aline Veras Moraes Brilhante e Ana Maria Fontenelle Catrib no capítulo 23, com base na ideia de Joan Scott (1994) sobre a construção de poder social mediante o discurso, em que se compreende que os símbolos culturais assumem um papel capital na criação dos ideais de gênero e na sua internalização pelo inconsciente coletivo, bem como na construção das subjetividades dos indivíduos.

Trazendo à discussão um tema ainda tabu, a sexualidade, ainda pouco discutido pela sociedade brasileira, especialmente quando envolve crianças e adolescentes, Karla Julianne Negreiros de Matos e sua orientadora Ana Carina Stelko Pereira, apresentam, no capítulo 24 um estudo sobre a Violência sexual infantil: ocorrências e impacto de acordo

com o gênero. Justificando, ainda, que as diferenças entre gênero com relação à sexualidade também são pouco evidenciadas e, por vezes, demarcadas por estereótipos do que seria do feminino e do masculino. Considerando-se então esse contexto de pouco debate, investiga situações de abuso sexual na infância e implicações de acordo com o gênero se torna ainda mais desafiador.

No capítulo 25, intitulado Associação entre sintomas autorreferidos e fatores de risco vocal em professores do ensino fundamental de autoria de Christina Cesar Praça Brasil, orientada por Raimunda Magalhães da Silva evidenciam a necessidade de as mulheres serem cuidadas de forma integral, o que inclui a saúde vocal. Essa inclusão favorece a qualidade de vida, o bem-estar e o melhor desempenho profissional e questiona sobre a existência de uma associação entre a exposição a fatores de risco e a presença de sintomas vocais nessas mulheres, devido à sua elevada demanda vocal.

O capítulo 26 versa sobre a formação em fonoaudiologia: a integralidade como princípio norteador, onde as autoras Lídia Andrade Lourinho e Ana Maria Fontenelle Catrib objetiva refletir sobre as práticas de Educação em Saúde no contexto da Saúde Coletiva e a assimilação do princípio da integralidade nessas práticas pelos profissionais de Fonoaudiologia.

O capítulo 27, intitulado Vivências Formativas na Estratégia Saúde da Família: perspectivas de discentes de enfermagem inseridos no contexto do SUS real, as autoras Danielly Maia de Queiroz e Lucia Conde de Oliveira apresentam como desafio para o pleno exercício dessa *politicidade do cuidado* na ESF o investimento na formação com base no desenvolvimento de competências, como preconiza

as DCN (BRASIL, 2001) a partir de conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes com as necessidades apontadas pelo SUS e, em especial, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012) em que busca refletir sobre o processo formativo da Enfermagem voltado para o contexto da Saúde da Família. A aproximação entre formação e processo de trabalho deve desencadear nos cursos de Enfermagem reflexões sobre suas bases epistemológicas, requerendo consonância com as necessidades de saúde identificadas nos territórios.

Na última temática apresentada nesta coletânea que versa sobre a saúde mental, traz o capítulo 28 de autoria de Indara Cavalcante Bezerra sob a orientação de Maria Salete Bessa Jorge, objetivou apreender a experiência de trabalhadores de saúde, usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial, quanto ao processo de cuidado com ênfase na gestão de psicofármacos e sua relação com as tecnologias leves de cuidado.

O capítulo 29, intitulado Processos de trabalho em saúde mental e os desafios na produção do cuidado nos cenários de atenção psicossocial, de autoria de Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha e Maria Salete Bessa Jorge, busca analisar como se configuram os processos de trabalho em saúde mental e os desafios na produção do cuidado nos cenários de atenção psicossocial.

O capítulo 30 apresenta O abuso de cocaína e *crack* na atenção psicossocial: a relação entre o significado atribuído e as práticas terapêuticas dos trabalhadores de autoria de Carlos Garcia Filho, orientado por José Jackson Coelho Sampaio.

A temática, no capítulo 31, discute as Instituições totais como redes de apoio de familiares e adolescentes em uso de *crack* e os desafios das políticas de proteção social com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Fechando essa magnífica coletânea, o capítulo 32, de autoria de Aline Mayra Lopes Silva e de sua orientadora Ilvana Lima Verde Gomes, apresenta o estudo intitulado Direitos da criança e do adolescente com câncer: o papel da sociedade civil organizada, com uma discussão jurídico-legal sobre o papel das entidades sem fins lucrativos quando se balizam em um processo que visa mobilizar apoio para uma causa buscando provocar mudanças favoráveis por meio da formação de parcerias com indivíduos ou grupos que possuem objetivo em comum.

Nesta coletânea de estudos geradas pelos discentes de mestrado e doutorado, pode-se conhecer, compreender e avaliar o que se revela em muitas possibilidades de aproximação das inúmeras alternativas do fazer saúde, abrindo novos propósitos para o agir vinculado a uma nova razão crítica.

O valor desta coletânea está em como os autores nos apresentam seus estudos, o que se revela a essência do conhecimento e da prática em saúde coletiva e nos fazem atuantes em sua rica diversidade para construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Por todos esses aspectos, esta coletânea apresenta uma grande contribuição para aqueles que entendem a saúde como um espaço em constante reelaboração, nos quais diferentes visões sobre o cuidado, o trabalho, justiça social, confrontam-se mutuamente.

INTRODUÇÃO

Antônia Alizandra Gomes dos Santos

Jamine Borges de Moraes

Ana Paula C. Ramalho Brilhante

Durante os anos setenta e oitenta do século XX, a saúde pública brasileira passa a ser chamada de Saúde Coletiva. Essa nova denominação é encontrada no meio acadêmico e político de países da América Latina. Tal mudança, tornou-se necessária porque se pretendia indicar que, após um prolongado trabalho de reelaboração teórica e prática, havia se constituído um novo paradigma para compreender e agir sobre o processo saúde-doença.

No Brasil, estudos de historiadores e sociólogos são fundamentais para a compreensão da trajetória da saúde coletiva brasileira, destacam-se os de Castro-Santos (1985, 1987), Tellaroli (1996), Hochman (1998), e outros. Para Nunes (2007), o campo da saúde coletiva, nos anos 1970, representa um momento de estruturação formal, especialmente no que se refere à formação de recursos humanos, no avanço das ciências sociais na saúde e no papel da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) no fomento ao desenvolvimento tecnológico e inovador.

A Saúde Coletiva emerge influenciada pelos movimentos de democratização no Brasil, neste momento, ga-

nha relevo o Movimento de Reforma Sanitária brasileira. Paim e Almeida Filho (1998) ressaltam a importância de considerar o contexto histórico no qual apareceu a Saúde Coletiva, em meio à crise do autoritarismo. Nesse sentido, Schraiber (2008, p. 15) destaca que os movimentos sociais reivindicatórios, de luta contra a ditadura brasileira possibilitaram no nascimento da Saúde Coletiva sua aliança com a democracia, os direitos humanos e sociais.

Diante desse contexto, pode-se compreender a Saúde Coletiva tanto como um campo científico quanto como um movimento ideológico em aberto, conforme sugeriram Almeida Filho e Paim (1998). Um movimento que, sem dúvida, no Brasil, contribuiu decisivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e para enriquecer a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença. A Saúde Coletiva como campo de conhecimentos e práticas tem contribuído ao longo dos anos na formação dos profissionais de saúde, desde a graduação à pós-graduação, trazendo um olhar direcionado ao coletivo.

No entanto, em recente publicação que examina a Saúde Coletiva, essa qualificação de “campo”, desde o início embasada pelo conceito cunhado por Pierre Bourdieu (1993), é relativizada, considerando que a Saúde Coletiva, ora denominada como “área”, ora como “espaço social”, aponta em seu desenvolvimento uma tendência para consolidar-se como um campo (VIEIRA DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Refere-se, portanto, a uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida. Assumindo lugar das tradicionais dicoto-

mias – saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, e mesmo indivíduo/sociedade – deu ênfase à determinação social da saúde e da doença, além de promover o debate político em torno de temas como universalidade, equidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade emergem como questões principais. Com essa nova roupagem a Saúde Coletiva, desconstruiu o quanto pôde, o império biomédico dominante em pesquisa, ensino e práticas em saúde (CARVALHO, S. R., 2010).

Contudo, pode-se observar que, ainda hoje, o campo da Saúde Coletiva mantém-se cerceado de incertezas, carecendo de reflexões mais aprofundadas no campo epistemológico. Assim, Nunes (2007) diz que muitas têm sido as tentativas de se definir a Saúde Coletiva, mas tornou-se difícil um consenso a respeito. O autor, fazendo referência a Stotz, atribui à interdisciplinaridade e às tensões epistemológicas internas ao campo a impossibilidade de uma teoria unificadora que explique o conjunto dos objetos de estudo. A dificuldade, portanto, de se definir o campo residiria no fato de “ser uma criação que transborda os limites disciplinares e que se apresenta na interface de áreas do conhecimento detentoras de especificidades teóricas e conceituais” (Nunes, 2005, p. 14).

A partir desse quadro, Paim e Almeida Filho (1998) propuseram compreender a Saúde Coletiva como um campo científico em que “se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos” (p. 308). É também como um âmbito de práticas, em que “se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes

(especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde” (p. 308). Os autores preferiram adotar a visão da Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar, e não como uma disciplina científica ou como uma ciência.

Nessa perspectiva, a saúde coletiva como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras. Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial. Enquanto âmbito de práticas, a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Percebe-se que a medicina social, a saúde pública e a saúde coletiva foram se modificando gradativamente e ampliando as suas fronteiras. A saúde coletiva, para Nunes (2007), não somente estabelece uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, mas rompe com a concepção de saúde pública, negando o monopólio do discurso biológico.

Nesse sentido, Nunes (2007) refere que as ciências sociais e humanas (antropologia, sociologia, economia, política, história, ética, estética) são consideradas fundamen-

tais para a compreensão dos processos da vida, do trabalho, do adoecimento e da morte, assim como dos cuidados aos doentes e pacientes e das relações profissionais. Para o autor, essas abordagens tornaram-se possíveis porque essas disciplinas utilizaram um arsenal teórico-conceitual, orientando as investigações e a busca de nexos de sentido entre o natural (o corpo biológico), o social e o cultural.

Embora a Saúde Coletiva apresente uma dificuldade de delimitação e por consequência de definição, sabe-se que conforme denomina Schraiber (2008) trata-se de um “campo vivo” sempre aberto à incorporação de propostas inovadoras. A “crise de identidade”, vista como uma fragilidade em algum momento, torna-se uma virtude capaz de modificar aos outros e a si mesma, enquanto campo de conhecimento. Dito isso, salienta-se que tanto as fragilidades como as potencialidades deste campo de conhecimento repercutem na Prática Pedagógica.

Em pesquisa realizada por Nunes (2005), o autor afirma que a ampliação dos cursos de Pós-Graduação *stricto sensu* de Saúde Pública e Medicina Social e Preventiva, sob a denominação de Saúde Coletiva, data de 1987, sendo que em 1991 foi criado o doutorado. A proposta ampliou-se, também, no momento em que uma das áreas de concentração passou a incluir as Ciências Humanas e Sociais.

Na Universidade Estadual do Ceará o então Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva aprovado pela CAPES em 1994, passou a denominar-se Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva em 2013 e, em 2015, foi aprovado o doutorado em Saúde Coletiva, configurando assim o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE (PPSAC)

que, atualmente, possui nota 4, sempre atuando na perspectiva de alcançar voos cada vez maiores na busca da qualificação de seu corpo docente e discente.

O PPSAC, desde sua criação, tem contribuído para formação de mestre e, mais recentemente, doutores, promovendo o avanço das reflexões sobre a saúde, o direito e a democracia na busca de transformar sujeitos e práticas, vislumbrando a qualidade da assistência, a manutenção e aprimoramento do SUS, a qualificação dos profissionais e a garantia dos direitos dos cidadãos.

Nesse contexto, o programa vem fazendo uso dos mais variados meios para divulgação dos resultados de suas pesquisas na tentativa de garantir sua utilização por gestores, trabalhadores, bem como usuários dos serviços de saúde e pesquisadores. Dentre os meios utilizados, destacam-se: reuniões com os atores do SUS para apresentação e entrega do relatório final dos estudos; construção de seminários abertos ao público e comunidade científica para divulgação dos resultados das pesquisas; divulgação *online* das teses e dissertações produzidas no programa; elaboração de artigos científicos e, ainda, elaboração de livros que condensem, em seus capítulos, resultados das dissertações e teses dos discentes e dos egressos do programa.

Esta obra, construída a partir dos resultados de teses e dissertações de discentes que já concluíram a Pós-Graduação *stricto sensu* trata-se, portanto, de um esforço do PPSAC/UECE para pulverizar os resultados das pesquisas realizadas de modo que eles possam ser conhecidos pelo corpo social e gestor do SUS e utilizados para embasar novas pesquisas e/ou orientar mudanças nas práticas de

atenção à saúde e de gestão dos serviços, servindo ainda de ferramenta capaz de empoderar usuários dos serviços de saúde, tirando estes da condição de “assujeitados”, tornando-os sujeitos detentores e conhecedores de seus direitos!

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Sérgio. Rezende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CASTRO-SANTOS, Luis Antonio de. **O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção de nacionalidade**. Dados: **Revista de Ciências Sociais**, 28 (2), pp. 193-210, 1985.

_____. **Power, ideology and public health in Brazil, 1889-1930**. Doutorado em Sociologia. Cambridge: Harvard University, Department of Sociology, 1987, 357 pp.

ELAROLLI JÚNIOR, Rodolfo. **Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: Unesp, 1996.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento: as fases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec-Anpocs, 1998, 261 pp.

NUNES, Everardo. Duarte. **Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto**. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.p. 19-35.

_____. **Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-38, 2005.

_____. Saúde coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 19-39.

PAIM, Jairnilson. S. & ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316. 1998

SCHRAIBER, L. B. Saúde coletiva: um campo vivo. In: PAIM, Jairnilson. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

BOURDIEU, P. **O campo científico**. In: ORTIZ, R. (Org.). Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática, 1993. p. 122-155.

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

TEMA 1

Tecnologia e multiplicidades metodológicas



Os limites de novas abordagens metodológicas, situam-se no modelo de funcionamento do homem que ela se propõe a analisar. Este modelo prediz que em toda a atividade de trabalho, coexistem três componentes: o físico, o psíquico e o cognitivo.

E, conforme a natureza do trabalho, um destes componentes predomina em relação ao outro, determinando uma carga de trabalho diferenciada.

Júlia Issy Abrahão e Diana Lúcia Moura Pinho(2007)

CAPÍTULO 1

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UMA ESCALA PARA TRIAGEM DO ATRASO DE LINGUAGEM INFANIL

Renata Cavalcante Barbosa Haguette
José Wellington Lima de Oliveira

INTRODUÇÃO

O Atraso de Linguagem (AL) constitui um agravo prevalente no decurso da primeira infância. Sua identificação precoce é desejável, haja vista o risco aumentado entre as crianças afetadas para distúrbios de linguagem com alterações comportamentais, problemas psiquiátricos e/ou prejuízos posteriores no aprendizado acadêmico (TOPPELBERG; SHAPIRO, 2000; WESTERLUND; BERGLUND; ERIKSSON, 2006; SACHSE; SUCHODOLETZ, 2008; GUIBERSON; RODRÍGUEZ; 2010; PRESTON *et al.*, 2010; DALE; McMILLAN; HAYIOU-THOMAS, 2014; PAGE, 2016).

A despeito desse prognóstico não existe consenso, quanto aos instrumentos empregados para a triagem de AL (SIU, 2015). As pesquisas internacionais (ERIKSSON; WESTERLUND; MINISCALCO, 2010; LAW *et*

al., 2012; NAIR *et al.*, 2013; PAGE, 2016) são diversificadas no que diz respeito ao método de coleta dos dados (relato dos pais e/ou observação direta), à caracterização e à seleção da amostra e aos critérios da definição do agravo (cut off scores) (ERIKSSON; WESTERLUND; MINISCALCO, 2009 ou 2010). Inexiste instrumentos nacionais desenvolvidos para a triagem de AL nesta faixa etária.

A linguagem enquanto função mental, constitui um construto hipotético não passível de medição direta. Nestes casos, torna-se necessário avaliar as relações entre as medidas e, por conseguinte, inferir estas entre construtos. A esse fenômeno o construto subjacente que uma escala pretende refletir dá-se o nome de variável ou traço latente (ERTHAL, 2003; DEVELLIS, 2003).

O traço latente constitui uma propriedade psicológica individual (característica ou habilidade) não podendo ser observada diretamente, apenas inferida com base em alguma *performance* (ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009). Assim, assume-se os itens que simbolizam, no nível comportamental, o traço latente e constituem as ações empíricas por meio das quais ele se manifestará (PASQUALI, 2004).

Previamente à elaboração de uma escala é necessário definir o modelo teórico subjacente ao construtor, por meio do estabelecimento de formulações conceituais sobre o tema que resultarão em dois produtos, quais sejam: as definições constitutivas e as definições operacionais (PASQUALI, 1998).

As definições constitutivas incluem a delimitação semântica do construto em relação aos conceitos próprios da

teoria em que ele se insere, ou seja, constituem as descrições da extensão conceitual do construto.

Em oposição, as definições operacionais pressupõem determinar as realidades empíricas das características constitutivas, não mais no plano da teoria, mas da ação. Estas deverão ser abrangentes o suficiente para contemplar todas as definições constitutivas.

Na segunda etapa do processo de construção de escalas Furr (2011) propôs que fossem redigidos os itens de acordo com o número de construtos que estão sendo medidos, o tamanho final da escala e a clareza das definições constitutivas do construto.

A elaboração de itens constitui um processo iterativo que envolve vários momentos da escrita, revisão e reescrita de acordo com as características da inteligibilidade linguística e relevância conceitual de cada item. Esse processo é crucial para o desenvolvimento da escala (DEVELLIS, 2003) e deverá incorporar o construto subjacente ao instrumento proposto à perspectiva da população a que se destina e à análise de especialistas na área (PROMIS, 2016).

Um teste só é válido se for capaz de medir aquilo que se propõe, ou seja, quando as diferenças dos resultados obtidos refletirem as diferenças reais entre os indivíduos ou no mesmo sujeito em momentos diferentes (ERTHAL, 2003).

O processo de validação constitui o procedimento de investigação da força de interação entre comportamento e traço latente na escala desenvolvida (PASQUALI, 2004).

Existem formas distintas de validade, a depender da finalidade da escala ou dos itens que estão sendo analisados. Dentre essas, a validade de conteúdo envolve a carac-

terística de representação de todo o conteúdo necessário dos construtos entre os itens desenvolvidos (DEVELLIS, 2003), bem como a correspondência entre o conteúdo dos itens e os seus objetivos.

Objetivou-se descrever o processo de construção e validação teórica (de semântica e de conteúdo) de um instrumento de triagem do atraso de linguagem para aplicação no contexto da atenção básica à saúde.

MÉTODO

Desenvolveu-se na área metropolitana de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, no período de julho de 2012 a junho de 2014, pesquisa metodológica para construção de um banco de itens para a triagem do atraso de linguagem na população infantil.

O processo de construção teórica do instrumento envolveu três fases consecutivas, quais sejam: elaboração de modelo conceitual do construto investigado, análise da perspectiva da população a que se destinava e avaliação por especialistas na área (PROMIS, 2016).

2.1 Fase I - Definição do modelo conceitual de linguagem falada

A especificação do traço latente, nível de linguagem infantil, foi determinada por meio de revisão da literatura e entrevistas com sujeitos representantes dos usuários finais do instrumento. O primeiro procedimento subsidiou a identificação do modelo conceitual de linguagem falada e a definição de atraso de linguagem, e dos fatores necessários à sua detecção.

Em seguida, investigou-se o vocabulário empregado pelos pais e/ou cuidadores para descrever as habilidades linguísticas de seus filhos. Realizou-se entrevistas semiestruturadas com quinze pais e cuidadores de crianças, na faixa etária de 24 a 36 meses, em um centro de atenção secundária no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Excluiu-se aqueles que referiram-se permanecer menos de um turno diário com a criança.

Com o intuito de controlar a influência da variável independente “nível sociolinguístico”, os sujeitos foram agrupados de acordo com o nível de escolaridade (em anos de escola): Extrato I – escolaridade inferior a cinco anos; Extrato II – escolaridade entre seis e onze anos; Extrato III – escolaridade maior do que onze anos na proporção de cinco mães e/ou cuidadores por extrato de escolaridade.

Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora individualmente, em sala isolada, por meio de diálogo verbal para que o sujeito pudesse se expressar sobre o tema. Se necessário, utilizou-se questões norteadoras desenvolvidas para esta pesquisa de acordo com os critérios diagnósticos do atraso de linguagem (BUSCHMANN *et al.*, 2009).

Todas as entrevistas foram gravadas em sistema de áudio e, posteriormente, transcritas para identificação das expressões verbais e dos vocábulos utilizados pelos pais. Essas informações foram empregadas na construção dos enunciados dos itens.

2.2 Fase II – Elaboração dos itens

A elaboração dos itens baseou-se no modelo conceitual estabelecido na fase anterior. O conjunto inicial de itens foi construído de maneira ampla, com o intuito de garantir a representação de todos os conteúdos no nível do traço latente (CLARK; WATSON, 1995).

Para esse processo, foram contemplados os critérios propostos por Pasquali (1998; 2004), a saber: critério comportamental, critério de objetividade, critério de simplicidade, critério de clareza, critério de relevância, critério de precisão, critério da variedade, critério da tipicidade, critério da credibilidade, critério da amplitude e critério do equilíbrio.

Quando pertinente, utilizou-se expressões e vocábulos identificados durante as entrevistas exploratórias na construção dos enunciados dos itens, com o objetivo de torná-los mais inteligíveis para os usuários finais do instrumento. Gírias e características dialetais não foram incluídas a fim de preservar a reprodutibilidade do instrumento.

2.3 Fase III – Validação semântica e de conteúdo dos itens

Após a formulação do conjunto de itens, procedeu-se à análise da validade de conteúdo, por meio de análise da consistência de conteúdo dos itens em relação à perspectiva, à experiência e ao vocabulário da população a qual se destina (BROD; TESLER; CHRISTENSEN, 2009).

Com esta finalidade, realizaram-se análises dos itens candidatos por pais e/ou cuidadores de crianças pequenas e por “juízes”, especialistas na área de linguagem infantil.

Esse procedimento foi determinante para a inteligibilidade dos enunciados e das categorias de resposta e à pertinência dos itens para o construto em questão.

Inicialmente, os itens elaborados foram aplicados em cinco sujeitos do sexo feminino e um do sexo masculino, que aguardavam atendimento em centro de atenção à saúde no nível secundário no município de Fortaleza e concordaram em participar da pesquisa. Os entrevistados foram solicitados a dar sua opinião sobre a clareza dos enunciados e à apresentação das categorias de respostas.

Para a análise dos juízes, foram convidados quatro fonoaudiólogos, especialistas em linguagem com experiência clínica de, pelo menos, cinco anos. O julgamento incluiu a pertinência do item para a subdimensão na qual foi incluído (linguagem receptiva; linguagem falada ou linguagem nãoverbal), a inteligibilidade do enunciado e a clareza das respostas. Estabeleceu-se, como critério de validação, 80% de concordância entre os juízes para cada categoria de análise (PASQUALI, 1998).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultado do processo de revisão da literatura e das entrevistas com sujeitos representantes dos usuários finais do instrumento, se estabeleceu como referencial teórico a concepção de linguagem infantil enquanto produto da interação entre a predisposição biológica para a linguagem, a maturação individual e o ambiente linguístico, sociocultural e relacional no qual a criança está inserida (AGUADO, 2005; SHAFFER; KIPP, 2013).

Considerou-se, então, a linguagem como um código socialmente compartilhado composto de símbolos arbitrários empregados primariamente para a comunicação. Suas modalidades incluem a linguagem falada, a linguagem gestual e a linguagem escrita (ASHA, 1982).

Caracterizou-se o atraso no desenvolvimento da linguagem falada como uma categoria sintomatológica de lentidão na aquisição do vocabulário expressivo e na habilidade gramatical (produção de enunciados). Esta condição não nosológica ocorre na ausência de fatores etiológicos identificáveis, déficits na compreensão verbal e atraso no desenvolvimento das habilidades não verbais (BUSCHMANN *et al.*, 2009; BROOKS; KEMPE, 2012). Os principais marcadores incluem vocabulário inferior a 50 palavras e nenhuma combinação de palavras aos 24 meses de idade (RESCORLA; ROBERTS; DAHLGAARD, 1997).

Conforme o modelo conceitual apresentado, estabeleceu-se as dimensões de linguagem necessárias à sua definição, a saber: linguagem receptiva, linguagem falada e linguagem não verbal (BUSCHMANN *et al.*, 2009; PAUL, ROTH, 2011).

As habilidades receptivas envolveram a compreensão auditiva de conteúdo apresentado verbalmente (CHEVRIE-MULLER; NARBONA, 2005) na forma de comandos verbais de fácil interpretação, iguais àqueles relacionados a rotinas do dia a dia com referencial concreto (ex.: “Pegue o copo que está na mesa”), ou a comandos verbais simbólicos em situações lúdicas (ex.: “A boneca está com sono, coloque-a para dormir”) (FLETCHER; MACWHINNEY, 1997).

As habilidades expressivas foram categorizadas em linguagem falada e linguagem nãoverbal. A primeira categoria incluiu a capacidade para produzir palavras com inteligibilidade parcial ou total, estruturar frases (holofrase – frases de dois elementos – frases simples – frases complexas) e empregar recursos verbais com objetivos de interação social (HOFF, 2014).

A linguagem falada possui uma vertente expressiva e outra receptiva e é estruturada em cinco componentes inter-relacionados, quais sejam: fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e pragmática (WEISS; TOMBLIN; ROBIN, 2000).

As habilidades não verbais ou gestuais incluíram o uso dos gestos em atividades de fazdeconta, objetivando interagir socialmente e compensar eventuais dificuldades comunicativas (BROOKS; KEMPE, 2012).

Vocabulário parental

O relato dos pais, acerca da linguagem de seus filhos, constitui uma ferramenta eficiente e válida para a detecção de atrasos no desenvolvimento linguístico em crianças pequenas, sendo um processo rápido de coleta, fácil de usar e com menor custo se comparado à avaliação direta da linguagem (SACHSE; SUCHODOLETZ, 2008), além de fornecer informações representativas da linguagem infantil, adquiridas pelos pais em contextos da vida cotidiana (DALE; PATTERSON, 2011).

A despeito de suas vantagens, tal procedimento é fortemente influenciado pela cultura, nível social, perfil linguístico e pela própria subjetividade dos pais (SIM *et al.*, 2013). Deste modo, tornou-se imprescindível considerar o

vocabulário empregado pelos pais de crianças pequenas na construção de um instrumento de triagem do AL.

No Quadro 1 ilustramos expressões dos entrevistados, de acordo com as habilidades de linguagem, que nos guiaram na elaboração do instrumento. Neologismos e características dialetais não foram incluídos na sintaxe dos itens, com o intuito de reduzir a influência de fator contexto dependente.

Quadro 1 – Expressões de fala dos sujeitos entrevistados, de acordo com os subdomínios de linguagem. Fortaleza, 2014.

Subdomínios de Linguagem	Expressões empregadas pelos pais
Linguagem Receptiva (LR)	
Compreensão audioverbal.	“ Entende é tudo”.
Compreensão de comandos verbais relacionados a rotinas.	“Ele entende e fica perturbando pela comida”.
Compreensão de comandos verbais concretos.	“Se ele tiver vontade ele pega”.
Compreensão comandos verbais simbólicos.	“ Entende ,ela brinca de dá comida pras boneca o tempo todo”.
Linguagem falada (LF)	
Fala produtiva	“Ele só diz um pedaço da palavra ” “Ele fala até demais ”. “Fala demais igual a miolo de pote ”. “Ele começou a falá e aí pronto, parece um maracanã ”.
Inteligibilidade da fala	“Não fala direitim não”. “Ele fala alguma coisa do jeito dele , mas eu não entendo”. “Não fala bem explicado não”. “Fala muito, mas é confuso ”.
Nível gramatical	“Ela fala é palavra solta ” “Tem umas palavra que ele junta , mas é muito pouco”.

Linguagem social	“Chama, aponta e diz o que qué ”. “Ele fala pra pedi as coisa, pra dizê também”. “Ele tem muita vontade de falá, de sol-tá a palavra ”.
Linguagem nãoverbal (LNV)	
Contato visual	“Ela olha pra mim e fica abismada, entende até o nome dela”.
Gestos indicativos	“Se ele vê eu fazendo ele vai lá e aponta ”.
Gestos simbólicos	“Ela faz o gesto de pedir , pede dá pedindo as coisa”.
Gestos substitutivos da fala	“Se ele tiver vontade ele vai e pega ” “ Sobe nas coisa e pega”.

Construção do conjunto de itens

A construção do modelo conceitual da pesquisa foi mediada pela revisão de literatura e pelas entrevistas com pais e/ou cuidadores de crianças pequenas e subsidiou a elaboração do conjunto de itens do instrumento. Nesta perspectiva, definiu-se como constructo alvo, uma faixa contínua variando entre o nível típico e o atrasado de linguagem.

O desenvolvimento dos itens contemplou as dimensões delimitadas, anteriormente categorizadas em linguagem receptiva (LR), linguagem falada (LF) e linguagem não verbal (LNV) (BUSCHMANN *et al.*, 2009). Contemplou-se a linguagem quanto à sua estrutura (habilidades fonológicas e morfossintáticas) e habilidades influenciadas pelo meio sociolinguístico, cultural e afetivo da criança (capacidades semânticas e pragmáticas) (TOPPELBERG; SHAPIRO, 2000).

Consolidou-se a versão inicial do instrumento com 42 itens, 14 na seção de “linguagem receptiva – LR”, 20 na seção de “linguagem falada – LF” e 8 na seção de “linguagem não verbal – LNV”.

Os itens foram tratados em variáveis categóricas ordinais, pois suas categorias de resposta foram elaboradas de maneira ordenada do menor para o maior nível de desenvolvimento da linguagem (Raramente - Às vezes - Frequentemente - Sempre - Nem um pouco - Só um pouco - Bastante - Demais).

Análise semântica dos itens

O processo de validação semântica do instrumento envolveu a análise da inteligibilidade dos enunciados e das categorias de respostas dos itens desenvolvidos por pais e/ou cuidadores de crianças entre 24 e 36 meses de idade de distintos extratos de escolaridade.

Após a aplicação do instrumento, discutiu-se os aspectos de cada um dos itens: clareza dos enunciados, presença de termos técnicos ou incompreensíveis e inteligibilidade das categorias de resposta.

Todos os entrevistados classificaram as categorias de respostas muito longas, referindo dificuldade para diferenciar os níveis “frequentemente” e “sempre”. Uma vez que os sujeitos entrevistados representavam os usuários em potencial do instrumento final, optou-se por reduzir o número de categorias, considerando o eventual impacto na amplitude de informações captadas pelo instrumento.

As categorias foram modificadas e agrupadas em três níveis, a saber: categoria 0 = “não”; categoria 1 = “às vezes”;

categoria 2 = “sempre”. Tal procedimento foi realizado em todos os itens do subdomínio de LR, nos itens 4, 5, 6, 7 e 20 do nível de LF e nos itens 1 e 7 do subdomínio de LEG.

Pelos mesmos motivos, as categorias de respostas dos itens 9 a 19 do subdomínio de LF foram modificadas para categoria 0 = “não”; categoria 1 = “com dificuldade”; categoria 2 = “com facilidade”.

Outra mudança realizada envolveu a substituição dos termos “ELE/ELA” por “O/A_____” para referenciar a criança nos enunciados dos itens. A substituição foi realizada em todos os itens do instrumento, gerando maior clareza dos enunciados das questões.

Em termos lexicais, foram realizadas substituições de vocábulos por sugestão direta dos entrevistados ou quando estes demonstraram dificuldade para compreender os enunciados dos itens.

Nenhum item foi excluído nesta etapa. Assim, o conjunto de 42 itens submetidos à avaliação semântica foi encaminhado para a etapa seguinte de análise dos especialistas em linguagem infantil.

Análise de conteúdo dos itens

A maior contribuição dos especialistas consistiu na substituição de termos relacionados ao comportamento de obediência das crianças, pois estes poderiam prejudicar a interpretação do enunciado e estimular respostas em função da execução de uma dada atividade e não, necessariamente, em decorrência da capacidade de compreensão verbal da criança.

Substituiu-se os termos “responde, guarda, vai, atende, pega, coloca e dá” dos enunciados de oito itens do subdomínio de LR (3, 4, 7, 8, 9, 10, 11 e 12) pela expressão “entende ou não”.

Sugestão de mudança conceitual no enunciado foi realizada apenas para o item 13 do subdomínio de LR. Os especialistas consideraram que o enunciado desse item envolvia uma condição muito abstrata (Se você disser que está se sentindo triste sua criança entende ou não?) e sugeriram sua substituição pelo enunciado “Se você disser que está chovendo sua criança entende ou não?”.

Excluiu-se um único item, do subdomínio de LR (Item 14 - Quando você pede para vestir uma roupa ele/ela entende ou não?), que obteve apenas 75% de concordância entre os especialistas quanto à pertinência do item e à clareza do seu enunciado. Os juízes argumentaram que vestir-se só não é habitual entre crianças de 24 meses, fato esse que poderia dificultar as respostas dos pais.

As demais mudanças incluíram reformulações dos enunciados de 13 itens (LF: 3, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15 e 18 e LNV: 2, 3, 4 e 5) quanto ao estilo de escrita, com o intuito de torná-los mais compreensíveis. Alterações conceituais não foram necessárias.

Na percepção dos especialistas, o conjunto de itens foi considerado compatível com o atributo em investigação e pertinente aos respectivos subdomínios. Finda esta fase, consolidou-se o instrumento com 41 questões distribuídas em três subdomínios da linguagem infantil, a saber: linguagem receptiva (LR), linguagem falada (LF) e linguagem nãoverbal (LEG) (Anexo 1).

CONCLUSÕES

Alterações no desenvolvimento inicial da linguagem afetam a capacidade da criança para compreender outras pessoas, falar claramente e expressar seus pensamentos. Tais empecilhos dificultam a interação com os pares, afetam a autoestima e o desenvolvimento socioemocional e cognitivo, além de aumentarem o risco para problemas de comportamento e dificuldades acadêmicas.

A despeito desse panorama, é usual o encaminhamento tardio de crianças com AL para os serviços especializados. Tal postura retarda o diagnóstico, realizado, na maioria das vezes, durante o período escolar, momento em que sequelas de linguagem, aprendizagem e/ou comportamento já estão presentes.

Acredita-se que a inexistência de instrumentos de triagem de AL desenvolvidos e/ou adaptados para a cultura local contribui para esta realidade, pois dificulta a identificação precoce do agravo e, por conseguinte, a possibilidade de intervenção em um período crítico para o desenvolvimento da linguagem, ou seja, entre dois e três anos de idade.

A ocorrência de variações, no ritmo de desenvolvimento da linguagem infantil, em diferentes culturas, classes e grupos sociais atesta a necessidade de instrumentos ajustados para populações distintas. Além disso, é indispensável que o instrumento seja capaz de retratar, por meio do relato parental, o uso da linguagem pela criança nas situações de vida real.

Ressalta-se a importância desta pesquisa ao desenvolver um instrumento adaptado à nossa realidade social e cultural, de rápida e fácil aplicação e passível de ser utilizado

por qualquer profissional da rede de atenção básica à saúde. Acredita-se que um instrumento desta natureza constitui importante ferramenta para os profissionais envolvidos na vigilância do desenvolvimento infantil e da linguagem.

REFERÊNCIAS

AGUADO, G. Dimensões perceptivas, sociais, funcionais e comunicativas do desenvolvimento da linguagem. In: CHEVRIE-MULLER, C, NARBONA, J. **A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos**. 2. ed. São Paulo: Arte Médica, 2005. Cap 3.

ARAÚJO, E. A. C. de; ANDRADE, D. F. de; BORTOLOTTI, S. L. V. Teoria da Resposta ao Item. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43 (Esp), p. 1000-8, 2009.

ASHA - AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. **Language**. Disponível em: <<http://www.asha.org/policy>>. ASHA: 1982. Acesso em: 13 set. 2014.

BISHOP, D. V. M.; MCDONALD, D. Identifying language impairment in children: combining language test scores with parental report. **Int J Lang Commun Disord**, v. 44, n. 5, p. 600-15, 2010.

BROD, M.; TESLER, L.E.; CHRISTENSEN, T.L. Qualitative research and content validity: developing best practices based on science and experience. **Qual Life Res**, v. 18, p. 1263-1278, 2009.

BROOKS, J. P.; KEMPE, V. **Language development**. New Jersey: John Wiley, 2012.

BUSCHMANN, A.; JOOSS, B.; RUPP, A. *et al.* Parent based language intervention for 2-year-old children with specific ex-

pressive language delay: a randomised controlled trial. **ArchDis-Child**, v. 94, p. 110-16, 2009.

CHEVRIE-MULLER, C.; NARBONA, J. **A linguagem da criança: aspectos normais e patológicos**. 2. ed. São Paulo: Arte Médica, 2005.

CLARK, L.A.; WATSON, D. Constructing validity: basic issues in objective scale development. **Psychol Assessment**, v. 7, p. 309–19, 1995.

DALE, P. S.; McMILLAN, A. J.; HAYIOU-THOMAS, M. E. *et al.* Illusory recovery: are recovered children with early language delay at continuing elevated risk? **Am J of Speech-Lang Pathol**, v. 23, p. 437–447, August 2014.

DALE, P. S.; PATTERSON, J. L. Identificação precoce de atrasos de linguagem. In: TREMBLAY, R. E.; BOIVIN, M.; PETERS, R. D. V. Editors. **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância** [Internet]. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/ySLqQM>>. Acesso em: 3 jul. 2015.

DEVELLIS, R. F. **Scale development: theory and applications**. 2. ed. London: Sage Publications, 2003.

ERIKSSON, M.; WESTERLUND, M.; MINISCALCO, C. Problems and limitations in studies on screening for language delay. **Res Dev Disabil**, v. 31, n. 5, p. 943-50, 2010.

ERTHAL, T. C. **Manual de psicometria**. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,

FLETCHER, P.; MACWHINNEY B. (Org.). **Compêndio da linguagem da criança**. Porto Alegre: Arte Médica, 1997.

FURR, R. M. **Scale construction and psychometrics for social and personality psychology**. London: SAGE, 2011.

GUIBERSON, M.; RODRÍGUEZ, B. L. Measurement properties and classification accuracy of two spanish parent surveys of language development for preschool-age children. **Am J Speech Lang Pathol**, v. 19, 2010, p. 225-237.

HOFF, E. **Language development**. 5th ed. Cengage Learning: 2014.

LAW, J.; RUSH, R.; ANANDAN, C. *et al.* Predicting language change between 3 and 5 years and its implications for early identification. **Pediatrics**, v. 130, n. 1, 2012, p. e132-137.

NAIR, M.K.C.; HARIKUMARAN, G.S.; MINI, A.O. *et al.* Development and validation of language evaluation scale Trivandrum for children aged 0-3 (LEST/0-3). **Indian Ped**, v. 50, n. 16, p. 463-467, 2013.

PAGE, J.L. Screening for speech/language disorders. **Pediatric News**, v. 22, 2016.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev Psiqu Clin**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

PAUL, R.; ROTH, F. P. Characterizing and predicting outcomes of communication delays in infants and toddlers: implications for clinical practice. **Lang Speech Hear Serv Schools**, v. 42, p. 331-340, 2011.

PRESTON, J. L.; FROST, S. J.; MENCL, W. E. *et al.* Early and late talkers: school-age language, literacy and neurolinguistic differences. **Brain**, v. 133, p. 2185-2195, 2010.

PROMIS. **Instrument development and validation scientific standards**. Disponível em: <http://www.nihpromis.org/Documents/PROMISStandards_Vers2.0_Final.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2016.

RESCORLA, L.; ROBERTS, J.; DAHLSGAARD, K. Late talkers at 2: outcome at age 3. **J Speech Lang Hear Res**, v. 45, p. 733-743, Aug 2002.

SACHSE, S; SUCHODOLETZ, W. V. Early identification of language delay by direct language assessment or parent report? **J Dev Behav Pediatr**, v. 29, p. 34-41, 2008.

SIGOLO, A. R. L.; AIELLO, A. L. R. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. **Paideia**, v. 21, n. 48, p. 51-60, 2011.

SHAFFER, D.; KIPP, K. **Developmental psychology: childhood and adolescence**. 9th Ed. United States: Heinle, 2013.

SIM, F.; O'DOWD, J.; THOMPSON, L *et al.* Language and social/emotional problems identified at a universal developmental assessment at 30 months. **BMC Paediatrics**, v. 13, n. 206, p. 1-7, 2013.

SIU, A.L. Screening for speech and language delay and disorders in children aged 5 years or younger: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **Paediatrics**, v. 136, n. 2, p. 1-9, 2015.

TOPPELBERG, C. O.; SHAPIRO, T. Language disorders: a 10-year research update review. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatr**, v. 39, n. 2, p. 143-152, 2000.

WEISS, A.L.; TOMBLIN, J. B.; ROBIN, D. A. **Language disorders**. In: TOMBLIN, J. B.; MORRIS, H. L.; SPRIESTERS-BACH, D. C. (ed). *Diagnosis in speech-language pathology*. 2 ed. San Diego: Singular, 2000.

WESTERLUND, M.; BERGLUND, E.; ERIKSSON M. Can severely language delayed 3-year-olds be identified at 24 months? Evaluation of a screening version of the MacArthur-Bates Communicative Development Inventories. **J Speech Lang Hear Res**, v. 49, p. 237-247, 2006.

CAPÍTULO 2

DESENVOLVIMENTO DO APLICATIVO ANDROID “MAMÃE DIA A DIA” DE APOIO AO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Patrícia Moreira Costa Collares
Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

O uso de tecnologias informacionais na assistência pré-natal na Rede de Atenção Primária em Saúde (APS), no Brasil, ainda representa uma barreira para os profissionais intervirem junto à população de gestantes.

Os serviços de saúde vivenciam desafios expressos pelas mudanças demográficas e epidemiológicas. Nessa perspectiva, inserem-se as inovações em saúde como protagonistas de uma necessidade tangível à expansão do acesso e à adequação do sistema às necessidades da população. Há, porém, de se dimensionar a complexidade do segmento da saúde para uma investigação da potencialidade e dos desafios impostos na implantação de uma dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços em promoção da saúde (COSTA *et al.*, 2012).

Tecnologia consiste no resultado de processos realizados, com apoio em pesquisas e experiências diárias, para o desenvolvimento de produtos que contribuam positivamente com resolubilidade, devendo ser alvo de avaliação e controle sistemático. Refletir sobre tecnologias em saúde remete a repensar sobre inovações capazes de transformar o cotidiano e o cuidado suscitado por variados tipos de tecnologia (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Como produto da pesquisa ora sugerida, foi disponibilizado um serviço tecnológico voltado ao empoderamento da gestante acerca do cuidado com o binômio mãe e filho. Este contém informações multimídia sobre as fases do período gestacional, associadas a conteúdos de fácil compreensão sobre saúde, por serem individualizados, contextualizados e culturalmente adequados e acessíveis. A isso se soma um inquérito de saúde que servirá para a alimentação de dados sobre o pré-natal, mediante um sistema especialista para gestantes não afeitas à identificação de situações de risco, apoiando o direcionamento de ações de pré-natal.

As gestantes passam por várias modificações, que interferem singularmente em aspectos físicos, emocionais e sociais. Portanto, uma tecnologia de fácil acesso para a própria mulher e os profissionais é fundamental para um acompanhamento qualificado, capaz de sanar suas dúvidas, sejam elas relacionadas às alterações corpóreas, às condutas e às práticas de autocuidado, como alimentação, atividade física, medicação, ou a rotina do pré-natal apropriada à idade gestacional em que a mulher se encontra, com destaque especial para a gerência dos riscos de mortalidade materna e neonatal.

Para o Ministério da Saúde (2012), a assistência pré-natal adequada inclui a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto. Esses são os grandes determinantes dos indicadores de saúde que têm o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

A gestação deve ser entendida como um fator social, além de funcional. Pensando assim, suscitou-se o seguinte questionamento: é possível inovar a prestação do serviço de saúde à gestante com características que confirmam maior facilidade de acesso à informação, de fácil compreensão, que atribua maior autonomia à mulher no autoconhecimento, na tomada de decisão e no propósito de afastar dúvida nessa fase de sua vida? Essa indagação remete ao pressuposto de que um sistema de reorientação em saúde e fundamentado com a Tecnologia da Informação e Comunicação pode servir como medida prática de aprendizagem acessível ao público-alvo e sobre a rotina da gestante, desde o início do pré-natal até o parto.

O panorama das tecnologias em saúde gestacional na Atenção Primária em Saúde foi investigado por meio de uma pesquisa de anterioridade na temática, revelando o grau de ineditismo desta tese. Entre os bancos acessados, destacam-se as bibliotecas virtuais de acesso livre – Portal de Periódicos da CAPES, EBSCO, Bireme (LILACS e MEDLINE), Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), Google Acadêmico, Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI/Patente *Online*) e Rede de Bibliotecas e Unidades Cooperantes da Saúde – Bra-

sil (Rede BiblioSUS). No período de 2004 a 2014 foram selecionados 24 textos relevantes, cruzando os descritores gestante, pré-natal e tecnologia, sendo que destes nenhum se destinava ao desenvolvimento ou validação de aplicativos que guardassem relação com este ora apresentado. Ao inserir a palavra *Android*, entre os filtros, o resultado foi nulo.

Destaque-se o fato de que este ensaio tem por objetivo descrever o desenvolvimento de uma tecnologia para o acompanhamento do pré-natal, a qual provisiona informações multimídia, contextualizadas e acessíveis aos profissionais e gestantes.

MÉTODO

O desenvolvimento da tecnologia proposta centra-se no acompanhamento pré-natal com ênfase no período entre consultas como uma ferramenta de gerenciamento dos fatores de risco e coleta de sinais e sintomas inerentes à gestação, contextualizadas pela singularidade da pessoa no seu cotidiano, além de propor um conjunto de conhecimentos com linguagem acessível para a gestante.

Krippendorff (2000, p.89) ensina que “não reagimos às qualidades físicas das coisas, mas ao que elas significam”. Em sua afirmação fica evidente a distinção entre o *design* centrado no objeto, do centrado no ser humano (presente nesta pesquisa), pois neste há uma preocupação com a maneira pela qual se vê, interpreta e convive com os artefatos tecnológicos.

Na concepção do aplicativo “Mamãe dia a dia”, foram destinados espaços de personalização, com o intuito de

envolver a usuária para que mais facilmente sejam incorporadas em seu cotidiano as informações sobre a gravidez. Assim, os depoimentos que retratam as principais dúvidas e necessidades das gestantes e dos profissionais que realizam o pré-natal, foram privilegiados neste artefato tecnológico.

Definições Técnicas do Sistema

De posse dos indicativos extraídos do campo, iniciou-se o trabalho em conjunto com o Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação (NATI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) para elaboração do aplicativo *Android* do Sistema *WEB* a ser disponibilizado para utilização por gestantes e profissionais de saúde no pré-natal. Esta fase transcorreu de maio de 2013 a setembro de 2014.

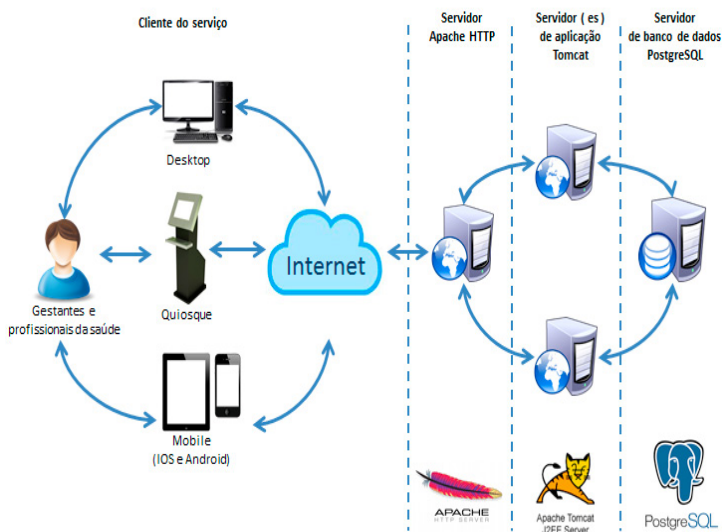
O protótipo do sistema oferece um serviço proposto com as melhores práticas da área de Engenharia de *Software* como escalabilidade (capacidade de crescimento, ampliação), robustez (capacidade de funcionar mesmo em condições anormais), usabilidade (facilidade de uso e compreensão) e manutenibilidade (ser de fácil manutenção) e, principalmente, atendendo às necessidades dos usuários, identificadas nas entrevistas aplicadas para subsidiar a elaboração das informações.

Alguns artefatos registram e documentam o protótipo dentro das especificações da Engenharia de *Software*. São apresentados neste trabalho o documento de requisitos, o modelo de dados e a arquitetura proposta.

Os requisitos representam uma lista de prioridades de problemas que o sistema em desenvolvimento precisa

acomodar. Assim, reúnem-se as histórias das pessoas durante a criação, o que ajuda ao analista/*designer* estabelecer com qualidade o que o novo produto deve ter. Já o modelo de dados resulta do processo de modelagem conceitual, incluindo os cenários, objetos e ações a serem desenvolvidas; por fim, a arquitetura do sistema deve cobrir todas as principais funções do sistema e os eventos que desencadeiam essas funções (BENYON, 2011).

Figura 1 – Arquitetura geral da aplicação.



Fonte: Elaboração própria.

A arquitetura do sistema (definição dos componentes de *software*, suas propriedades externas, e seus relacionamentos com outros *softwares*) foi proposta com base no uso de *softwares* livres, tendência governamental, robustez e escalabilidade, visando a atender qualquer demanda (número de usuários simultâneos do serviço) atual e futura.

Utilizou-se o servidor *Apache* como balanceador de carga e servidor HTTP, o *Apache Tomcat* como servidor de aplicação J2EE (no qual fica a aplicação) e o *Postgre SQL*, como Gerenciador do Banco de Dados (local de armazenamento dos dados resguardados).

Para o desenvolvimento do aplicativo *Web* foi empregada a linguagem JAVA, mais especificamente *Java Server Faces - JSF*, que é um *framework* JAVA para desenvolvimento de aplicações para a *Web*, com apoio dos *frameworks* *Spring* e *Hibernate*.

Decidindo-se pelo modelo, os pesquisadores ofereceram os primeiros rabiscos/ou esboços, que foram usados pelos técnicos como base de criação em sua versão definitiva. Nessa versão, os “rabiscos” assumiram a forma tridimensional, ganhando animação e sendo adicionados a eles recursos para permitir uma interação com o profissional quando de sua utilização com a gestante. Todas as informações apresentadas no serviço são provenientes de fontes do Ministério da Saúde ou Secretarias de Saúde, *sites* especializados e bibliografias atualizadas.

O desenvolvimento de um serviço para disponibilização de informações contextualizadas para gestantes e profissionais de saúde baseou-se em uma tecnologia informativa aplicável à computação móvel. As informações disponibili-

zadas foram multimídia (texto, áudio e imagens), na plataforma *Android* associadas às expressões técnicas e ao vocabulário empírico do público de gestantes a que se destina.

A escolha da plataforma *Android* decorre, entre muitas razões, do fato de que, de acordo com o acompanhamento da *International Data Corporation (IDC)*, o total de *smartphones* com *Android* representa 75% dos aparelhos produzidos no terceiro trimestre de 2012; seu crescimento anual equivale ao dobro do crescimento geral do mercado. Isso acontece porque nenhuma outra tecnologia tem o alcance e o potencial da computação móvel que apresenta aplicativos modelados para seus clientes (NUDELMAN, 2013).

Como última fase de desenvolvimento o aplicativo foi submetido a uma testagem. Esta consistiu na introdução do “Mãe dia a dia” em duas Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPS), no período de julho a setembro de 2014, por meio de uma avaliação preliminar, que segue a proposta de apreciação normativa de Champagne *et al.* (2011): “é uma atividade mediante a qual se procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas. Consiste em emitir um juízo sobre a estrutura, os processos e os resultados da intervenção em comparação com determinadas normas”. (p.77).

Nesta, os sujeitos foram quinze gestantes de diversos períodos gestacionais (primeiro, segundo e terceiro trimestres, dentro da faixa etária de 17 a 36 anos) e vinte e três profissionais de saúde (um gestor, quatro médicos, oito enfermeiros, três dentistas e sete agentes comunitários de saúde) das UPAS em estudo. Estes foram conduzidos a responder a entrevistas, utilizando como instrumento de

coleta um roteiro contendo questões sociodemográficas e um guia de avaliação da tecnologia, apoiado pelo tutorial desenvolvido pelos pesquisadores.

Ressalta-se que a presente pesquisa seguiu os preceitos bioéticos previstos pela Resolução 466 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), tendo sido aprovado pelo comitê de ética e todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

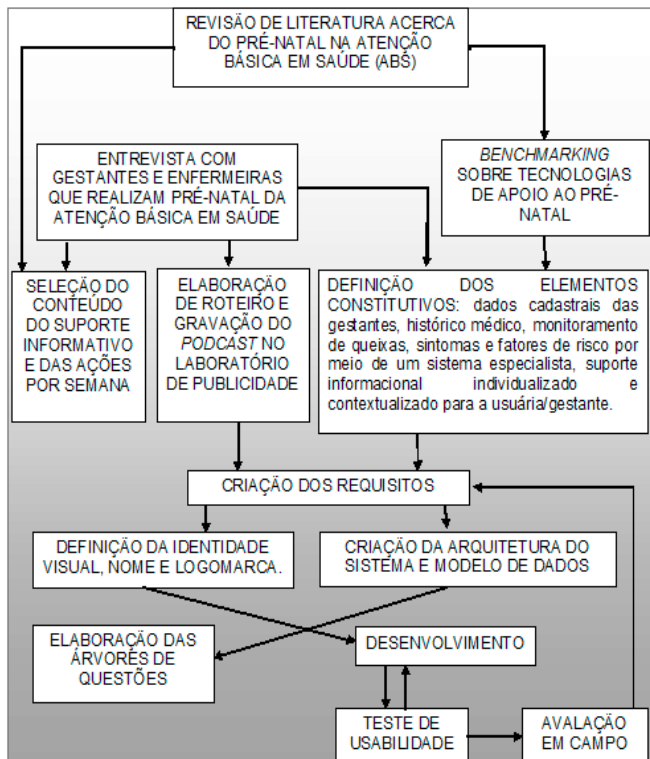
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento de uma tecnologia, como proposta nesta pesquisa, conta com uma série de atributos que visam a sua replicabilidade em grupos de gestantes inseridas em cenários diversos, sejam eles na rede pública ou privada de saúde. Este estudo visa ao esclarecimento de elaboração deste aplicativo que favoreça a idealização de outros sistemas interativos semelhantes.

A seguir são mostradas as etapas de desenvolvimento da tecnologia de apoio à assistência pré-natal, sendo esta centrada em gestantes do primeiro ao terceiro trimestres em acompanhamento (Figura 02). De modo complementar, o levantamento da literatura e o *benchmarking* serviram ao propósito de buscar a fundamentação teórica para o suporte informativo, bem como a criação das árvores de questões, das ações da semana e definição dos fatores de risco gestacional para auxiliar a gestante na tomada de decisão. Realizada esta etapa, seguiu-se com a criação dos requisitos e da arquitetura do sistema com seu modelo de dados, de-

finição da identidade visual, nome e logomarca. As últimas etapas eram integradas no desenvolvimento, findando com o teste de usabilidade e avaliação preliminar em campo (Figura 2).

Figura 2 – Diagrama das etapas de desenvolvimento de um serviço tecnológico de Apoio Gestacional.



Fonte: Elaboração própria.

De posse do *benchmarking* despertou-se tanto para as características inovadoras do aplicativo quanto para identificação da estrutura de outros sistemas de apoio à gestante que mereciam estar presentes na ferramenta em desenvolvimento. O *benchmarking* teve por objetivo melhorar as funções e processos, uma vez que, *ao se* analisar as estratégias, possibilita-se a criação de ideias com origem no que já está disponibilizado no mercado. De um modo geral, predominam nos aplicativos pesquisados informações sobre a gravidez e o desenvolvimento fetal, bem como o cálculo da data provável do parto. Esse levantamento foi realizado no Google Play, uma biblioteca virtual que armazena/disponibiliza aplicativos para dispositivos móveis.

O nome atribuído ao aplicativo, produto desta pesquisa, foi “Mamãe dia a dia”, por se considerar que este representa o conjunto de ações que a gestante deve realizar e informações que deve acessar no curso de sua gestação. A definição da identidade visual, nome e logomarca contou com a assessoria do grupo de publicidade da UNIFOR. Para as gestantes e profissionais, a tecnologia é acessível, preferencialmente, em dispositivos móveis com sistema operacional *Android* igual ou superior ao “3.0”(celular ou *tablet*).

Segundo *Open Handset Alliance* (2007), a plataforma *Android* foi elaborada de forma a habilitar nos desenvolvedores a criação de aplicações inovadoras que usam todos os recursos de um dispositivo conectado com a internet. Além dos benefícios citados, é possível facilitar ainda mais o desenvolvimento de uma aplicação *Android* por meio de uso de *frameworks*.

Dessa forma, o sistema foi elaborado por alunos de graduação e pós-graduação da área de Saúde Coletiva

e Informática Aplicada. Na fase de *design* e avaliação da proposta, bem como na de testes da solução proposta, considerou-se a metodologia de *design* centrado no usuário/participativo adotada para o desenvolvimento da solução. Segundo Preece *et al.* (2013), a intenção do *design* participativo consiste em proporcionar ao usuário parceria com a equipe de desenvolvimento do aplicativo, por via do seu envolvimento nas decisões da elaboração da proposta.

O desenvolvimento da solução tomou como base as melhores práticas preconizadas pela área de Engenharia de *Software* (PRESSMAN, 2006) e Interação Humano-Computador (BARBOSA; SILVA, 2010; ISO 13407) observando conceitos como robustez, segurança, qualidade, acessibilidade e usabilidade do produto produzido. Como metodologia de desenvolvimento, utilizou-se do processo de *design* centrado no usuário cíclico preconizado, adaptado de Preece *et al.* (2013), que perfaz as atividades primordiais do processo de *software*, quais sejam: a - levantamento dos requisitos; b - especificação/*design* (descrição precisa do *software* que será escrito por meio de modelos); c - construção (código teste), d - avaliações contínuas com a participação dos usuários.

De modo a adotar um padrão na produção dos modelos gerados no processo de desenvolvimento do aplicativo no sistema *Android*, utilizou-se a Linguagem de Modelagem Unificada (UML), pelo Laboratório de Inovação (InoLab), da UNIFOR.

Com o intuito de seguir as recomendações teóricas do *design* centrado no humano, foram idealizados para este aplicativo critérios inovadores que atendem às demandas

dos futuros usuários e baseados na experimentação de campo que antecedeu este desenvolvimento. Na apresentação dos dados, será feita uma conexão entre as telas (interfaces) do sistema e o processo de elaboração das árvores de questões, bem como o planejamento das ações da semana gestacional e disponibilização do conteúdo.

Como proposto, segue-se um conjunto de telas que respeitam a sequência de navegação no aplicativo “Mamãe dia a dia”: tela de abertura → *login* → cadastro → histórico clínico → menu principal → ações da semana → como estou? → pendências → informações para você → meu histórico → minhas recordações → rádio mamãe.

Após o *login*, a usuária é direcionada, automaticamente, para a tela de cadastro, seguida pela história clínica pregressa à gestação, apenas na primeira vez que acessa o sistema.

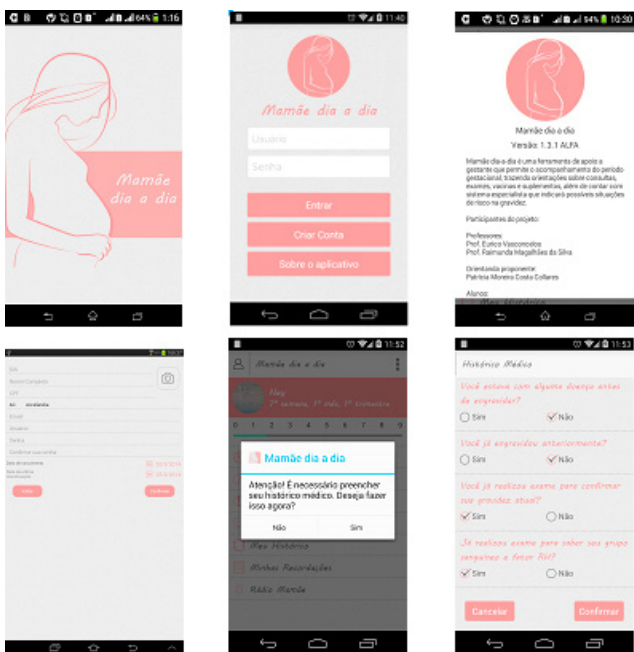
No campo de histórico clínico, a gestante é informada da necessidade de preenchimento de uma lista com as perguntas mais comuns de antecedentes gestacionais, segundo a literatura da área. A importância destas informações, a serem levantadas, reside em classificar o risco gestacional. A formulação destas perguntas baseou-se em itens da ficha de cadastro do SISPRENATAL e manuais técnicos de classificação do risco durante a gravidez, ambos do Ministério da Saúde. O preenchimento deste campo é solicitado apenas uma vez, pois é um registro de informações imutáveis sobre o período que antecedeu a concepção.

As questões do histórico foram confeccionadas na perspectiva de árvores de questões que se reportam a doenças preexistentes (hipertensão, doença pulmonar, doença na tireoide, cardiopatia, alergia medicamentosa, doenças nas

glândulas mamárias, doença renal, sífilis, epilepsia ou diabetes), histórico de gestações anteriores, grupo sanguíneo, exame de confirmação da gravidez e agendamento do pré-natal.

Somado a esses exemplos, há certos questionamentos que não geraram a estrutura de árvore, como o nível de instrução, medida de altura atual e do peso antes de engravidar para previsão do Índice de Massa Corpórea (IMC) e dos limites de ganho de peso no decorrer da gestação.

Figura 3 – Telas iniciais do aplicativo “Mamãe dia a dia”: abertura, login, créditos, cadastro e histórico clínico.

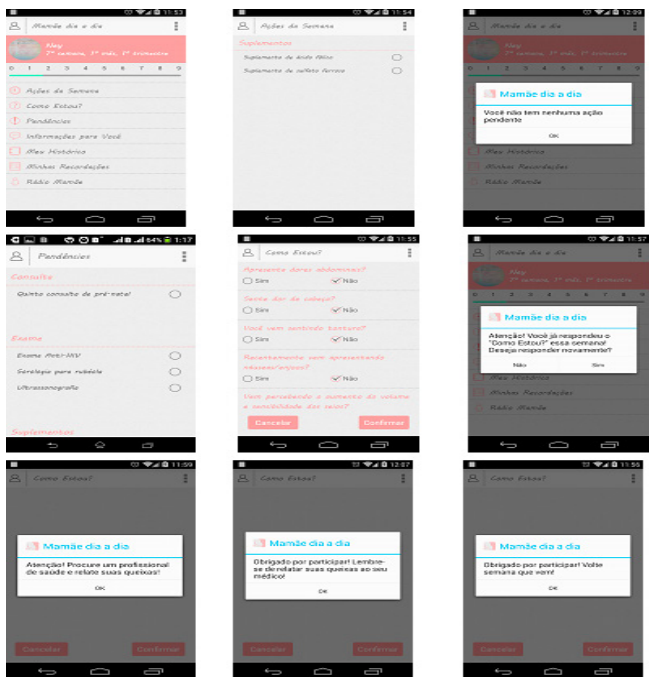


Fonte: Elaboração própria.

Na figura 4, o leitor visualiza, em sequência, as telas de *menu* principal, ações da semana, pendências, “como estou?” e as conclusões do sistema especialista. As ações da semana refletem um conjunto de atividades preconizadas para a gestante naquele período, que, ao não realizarem, elas ficam registradas na aba de pendências. O campo “Como estou?” é um inquérito direcionado para a sintomatologia comum na gravidez e identificação de fatores de risco; é uma série de questões, com linguagem coloquial, voltadas ao dia a dia da gestante, também elaborada pelo modelo de árvore.

Semelhante ao histórico clínico alguns questionamentos não foram confeccionados segundo a estrutura de árvores de questões, apesar de sua relevância no levantamento de informações sobre as condições clínicas da gestante. São exemplos as informações sobre peso, pressão arterial sistêmica, altura uterina, aumento do volume e sensibilidade dos seios, dor na região pélvica, alteração de humor e constipação intestinal. Ressalta-se que este campo também obedece à estrutura/ ao algoritmo de árvore de questões para identificação de risco durante cada semana de gestação e encaminhamento da mulher ao serviço para o relato de suas queixas.

Figura 4 – Telas gerais do aplicativo “Mamãe dia a dia”: *menu*, ações da semana, pendências, como estou e lembretes.

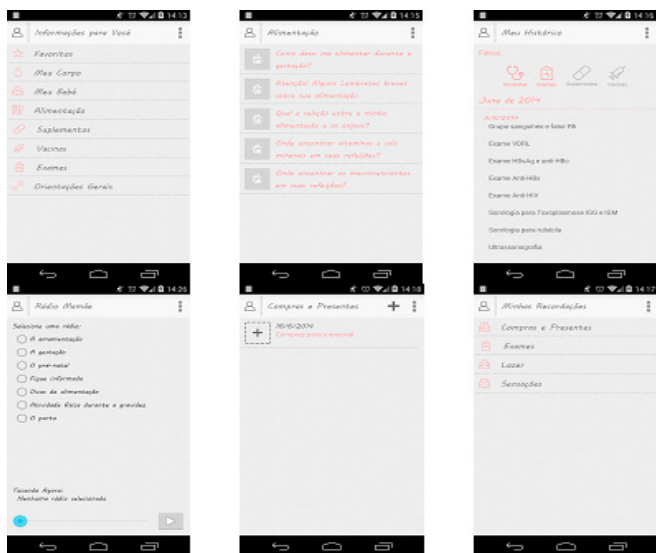


Fonte: Elaboração própria.

Assim, ao término desse inquérito semanal o sistema especialista conclui com uma das três mensagens que norteiam a ação da gestante. No caso de as respostas terem se restringido ao primeiro nível de questões, o sistema informa: “Obrigada por participar! Volte semana que vem!”; se a usuária confirmar um quadro clínico compatível com o

nível dois da árvore, surge a mensagem “Obrigada por participar! Lembre-se de relatar suas queixas ao seu médico!”. E, por fim, se as respostas são positivas para as questões do terceiro nível, sugerem-se situações de alto risco, com a frase: “Atenção! Procure um profissional de saúde e relate suas queixas!”.

Figura 5 – Telas gerais do aplicativo “Mamãe dia a dia”: informações para você, meu histórico, rádio mamãe e minhas recordações.



Fonte: Elaboração própria.

Na figura 5, o leitor visualiza a interface de “informações para você”, constituídas por favoritos, meu corpo, meu bebê, alimentação, suplementos, vacinas, exames e orientações gerais.

Na sequência, após o suporte informativo, a usuária do aplicativo encontra a interface “meu histórico” na qual ela tem um registro automaticamente gerado pelo sistema de consultas, exames, consumo de suplementos e vacinas por data. A gestante também pode registrar a memória das recordações vividas por ela no decorrer de sua gravidez nos campos: compras, exames, lazer e sensações.

Por fim, a usuária encontra o campo “Rádio mamãe”, no qual podem ser ouvidas informações narradas sobre os temas: amamentação, gestação, pré-natal, informações gerais, dicas de alimentação, atividade física durante a gravidez e parto. Este artefato, que recebeu o nome “Rádio mamãe”, dentro do aplicativo segue o propósito de um *podcast*. Este contém uma lista de assuntos que podem ser ouvidos a qualquer momento. Trata-se de uma espécie de rádio virtual.

O roteiro foi elaborado respeitando a linguagem de usuárias da Atenção Primária em Saúde entrevistadas na fase exploratória da pesquisa. O áudio foi gravado no Studio de Publicidade da UNIFOR. As entrevistas com gestantes, enfermeiras e gestores, descritas em capítulos anteriores (fase exploratória), tiveram como objetivo fundamentar empiricamente a tecnologia, personificando-a, uma vez que, com base nelas foram criados os roteiros para o *podcast* com o produto dessas entrevistas.

Em síntese, o desenvolvimento do aplicativo é produto da interface de área de Saúde Coletiva e Ciências da Computação, que integra de forma sinérgica todos os conceitos tecnológicos relacionados ao desenvolvimento de uma solução para suporte informativo em plataforma *Android* na área de atenção básica de saúde no âmbito do pré-natal.

Para Krippendorff (2000), a criação dos artefatos tecnológicos perpassa a conversação/diálogo entre *designers* e usuários, sendo uma condição necessária ao *design* centrado no ser humano. Assim, essa fase de avaliação do aplicativo teve por intuito ensejar adaptações do aplicativo “Mamãe dia a dia”, que viessem a favorecer sua futura reprodutibilidade.

Como resultado, destaca-se que o aplicativo “Mamãe dia a dia” seguiu com fidelidade o preconizado em sua fase de concepção. Poucos ajustes foram sugeridos pelos usuários do sistema, fato que se confirma pelas tabelas (01 e 02) que apontam um retrato em números da avaliação preliminar deste material, por parte de 15 gestantes e 23 profissionais de saúde. As sugestões e comentários deste grupo foram incorporados à versão do aplicativo pós-teste.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento e aplicação de uma tecnologia de inovação para o pré-natal concretizou-se com o aplicativo *android* “Mamãe dia a dia”. Este se mostrou uma ferramenta prática de aprendizagem com informações contextualizadas, fidedignas e acessíveis, a serem incorporadas à rotina da gestante, desde o início do pré-natal.

É reconhecido o fato que este produto tecnológico necessita ser submetido à extensiva validação para ser transferido para os serviços de saúde. Como proposto, entretanto, se procedeu com uma avaliação preliminar do aplicativo, com jovens gestantes alfabetizadas. Nesta, ajudou-se perceber as suas possibilidades de ampliação de uso, que ultrapassa a barreira de usuários da atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S.D.J.; SILVA, B.S. **Interação humano-computador**. São Paulo: Campus - Elsevier, 2010.

BENYON, D. **Interação humano-computador**. 2.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A apreciação normativa. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* (Orgs). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2011.

COSTA, L. S. *et al.* A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.46. s.1, São Paulo, dez. 2012.

ISO. International Organization for Standardization. **ISO 13407: Human-centred design processes for interactive systems**. Genève: International Organization for Standardization, 1999.

KRIPPENDORFF, K. *Design* centrado no ser humano: uma necessidade cultural. **Estudos em design**. Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 87-98, set., 2000.

MERHY, E. E.; FEUEWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. **Leitura de novas tec-**

nologias. Salvador: EDUFBA, 2009.

NUDELMAN, G. **Padrões de projeto para o Android: soluções de projetos de interação para desenvolvedores**. São Paulo: Novatec, 2013.

OPEN HANDSET ALLIANCE. **Android**. 2007. Disponível em: <<http://www.openhandsetalliance.com/>>. Acessado em: 20 ago. 2014.

PREECE, J. *et al.* **Design de interação: além da Interação homem-computador**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

PRESSMAN, R.S. **Engenharia de software**. 6 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

CAPÍTULO 3

DESEMPENHO DO LETRAMENTO NUTRICIONAL POR USUÁRIOS DO SUS NO QUE SE REFERE A PORÇÕES ALIMENTARES, CALORIAS, MACRONUTRIENTES E PESO

Christiane Pineda Zanella

Helena Alves de Carvalho Sampaio

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) *World Health Organization* (WHO) mostram que as DCNT foram responsáveis por 63% de todas as 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008. No Brasil, as DCNT são igualmente importantes, tendo sido responsáveis, em 2007, por 72% do total de mortes (WHO, 2011; BRASIL, 2012a).

Para o combate à obesidade, à hipertensão e à diabete, a *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health of the World Health Organization* (WHO, 2011) propõe condutas que incluem providências focais que aumentem o acesso da população a alimentos saudáveis, como frutas e vegetais, e

desencorajem o consumo de alimentos altamente processados, assim como intervenções que orientem o *design* urbano com o objetivo de promover o hábito da atividade física regular, além de outras ações necessárias para reduzir o teor de sódio dos alimentos.

A alimentação, além de prevenir ou causar doenças, afeta a identidade, o sentimento de pertencimento social, o estado de humor, o prazer, a aptidão, a autonomia e várias outras dimensões centrais do estado de bem-estar das pessoas. Neste sentido, pode-se dizer que a alimentação supre o corpo, mente e espírito (BRASIL, 2014).

Algumas iniciativas estão sendo realizadas pelo Ministério da Saúde na tentativa de educar em saúde (e nutrição) a população ao longo da última década como a elaboração de Guia Alimentar para População Brasileira em 2005, com a proposta de ensinar a população a se alimentar, sua reformulação em 2015, e o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022. Porém, essas iniciativas governamentais são tímidas, ao se observar a alta prevalência das DCNT.

Silva *et al.* (2007) afirmam que a ação educativa em saúde é o desenvolvimento da consciência crítica das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições. No processo de educação, tem que existir uma interação entre o conhecimento técnico dos profissionais de saúde e o da população. Somente assim as propostas terão compatibilidade com a realidade da comunidade.

A educação em saúde e o letramento em saúde têm semelhanças e desafios muito próximos. O termo letramento, derivado da área de educação, foi incorporado ao vocabulá-

rio da saúde recentemente. Desta maneira, letramento em saúde indica o quanto a pessoa é capaz de ser bem sucedida nos diferentes contextos de saúde, a saber: compreender bem os rótulos de medicamento, navegar no sistema de saúde, aplicar as orientações dos guias de saúde em sua vida diária, entre outros (COLBERT, 2007).

De acordo com Sorensen *et al.* (2012), inicialmente a ênfase no letramento em saúde era a capacidade do indivíduo em lidar com palavras e números em um contexto de saúde. Porém, nos últimos anos, o conceito está se ampliando, envolvendo a utilização simultânea de um conjunto mais complexo e interligado de habilidades, como ler e agir sobre informações de saúde por escrito, comunicando necessidades aos profissionais de saúde, e entender as instruções de saúde.

O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do autocuidado. Isso pressupõe, sobretudo, trabalhar com práticas referenciadas na realidade local, problematizadoras e construtivistas, considerando-se os contrastes e as desigualdades sociais que interferem no direito universal à alimentação (BRASIL, 2012b).

O uso de um instrumento de mensuração de letramento nutricional permite ao profissional, especialmente ao nutricionista, conhecer previamente a área da nutrição em que o indivíduo tem menor autoeficácia, possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção mais direcionadas no que tange ao atendimento

nutricional. Tal fato pode, por sua vez, elevar o letramento em nutrição dos indivíduos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Diamond (2007) propõe a NLS para mensurar a compreensão da informação nutricional pelo indivíduo.

O autor tomou como base o S-TOFHLA, desenvolvendo um instrumento com 28 quesitos, cada um em forma de enunciado, no qual uma ou duas palavras são removidas e, em seguida, são apresentadas várias opções para que o entrevistado escolha, na sua opinião, aquela que guarda mais sentido com o texto. Os itens de cada área de conteúdo estão ordenados do mais fácil ao mais difícil (DIAMOND, 2007).

O autor incluiu tópicos variados. O letramento nutricional é assim categorizado: adequado: 15-28 acertos, marginal: 8-14 acertos e inadequado: 0-7 acertos (DIAMOND, 2007).

Dada a importância da nutrição adequada para a saúde da população, bem como a ausência de investigação sobre letramento nutricional, a *Nutritional Literacy Scale* (NLS) tem um potencial para ser adicionada à agenda de investigação nacional nesta área, principalmente considerando a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Desse modo, a presente pesquisa tem por objetivo demonstrar o desempenho de usuários do SUS perante a *Nutritional Literacy Scale* (NLS) no que se refere a porções alimentares, calorias, macronutrientes e peso.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, de abordagem quantitativa, com componente descritivo e analítico. Realizado nos Centros de Saúde da Família (CSF) integrantes da Secretaria Regional (SR) I, II, III, IV, V e VI, da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Fortaleza. Dentre os 92 centros de saúde existentes, foram escolhidos por conveniência de maneira aleatória e numericamente representativos 20 CSFs, contemplando todas as Regionais de Saúde.

A NLS foi elaborada no contexto cultural dos Estados Unidos, sendo realizada sua tradução e adaptação cultural para a realidade brasileira.

Foi adotado o método proposto por Beaton *et al.* (2002), considerado o mais completo e que atende a todas as exigências metodológicas da adaptação cultural do instrumento deste estudo.

Assim, de acordo com esses autores, foram desenvolvidas cinco etapas: 1. Tradução inicial; 2. Síntese da tradução (por comitê de juízes); 3. Tradução de volta ao idioma original (*back translation*); 4. Avaliação por comitê de juízes; e 5. Pré-teste da versão final, a NLS-BR.

A amostra foi estratificada conforme os anos de estudo, chegando-se ao número de 1.200 usuários. Estes foram distribuídos entre os 20 CSF sorteados, totalizando 60 pessoas em cada CSF.

Constituíram critérios de inclusão no estudo: indivíduos adultos (≥ 18 e < 60 anos), alfabetizados e que estivessem sendo atendidos nos respectivos CSF.

Para identificar a questão da alfabetização, o indivíduo era questionado em relação aos anos que tinha frequentado a escola, se sabia ler e se sabia escrever. Foi estipulado tempo mínimo de quatro anos de frequência à escola, para a inclusão no estudo.

No primeiro estrato foram alocados indivíduos com 4 a 6 anos de estudo, no segundo estrato indivíduos com 7 a 9 anos de estudo, no terceiro estrato indivíduos com 10 a 12 anos de estudo e, finalmente, no quarto estrato indivíduos com 13 ou mais anos de estudo. Assim, cada estrato contabilizou 15 sujeitos de cada CSF.

Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente nos diferentes espaços dos CSF, como salas de espera dos atendimentos médicos e odontológicos, vacina, curativo e recepção.

O preenchimento da NLS-BR aconteceu até se atingir o número de sujeitos previstos. O período que compreendeu a coleta de dados foi de janeiro a abril de 2014. Foram contabilizados também os sujeitos abordados que não se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa ($n = 134$).

Os dados coletados (nome, idade, sexo, anos de estudo e respostas aos itens da NLS-BR) foram inseridos em planilha *Microsoft Office Excel 2007*, para posterior categorização das informações.

Posteriormente, procedeu-se à leitura dos dados. Segundo Andrade, Tavares e Valle (2000), a importância desta fase é verificar se a leitura dos dados foi feita corretamente a fim de evitar falhas nos processos subsequentes.

Inicialmente, foi calculada a proporção de respostas corretas de cada item. Em seguida, foi estudada a associação entre as variáveis independentes sexo, idade, anos de escola e a variável dependente proporção adequada, inadequada e marginal de respostas corretas. Tal associação foi verificada por meio do Teste do Qui-quadrado, adotando-se $p < 0,01$ como nível de significância.

Os 28 itens da Escala NLS- BR foram agregados em seis temas, de acordo com a natureza do conhecimento que os itens se propunham a captar e partindo do agrupamento realizado por Sampaio *et al.* (2013), conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos itens que compõem a versão brasileira da *Nutritional Literacy Scale* (NLS-BR) em temas. Fortaleza, 2015.

Temas	Itens da NLS	Conteúdo dos Itens
1	1 a 6	Alimentação saudável.
2	7 a 10	Impacto sobre a saúde de gorduras saturadas e trans.
3	11 a 13	Fontes e recomendação de fibras.
4	14 a 16	Cálcio/vitamina D e ossos.
5	17, 23, 24, 25, 26, 27 e 28	Porções, calorias, macronutrientes e peso.
6	18, 19, 20, 21e 22	Alimentos seguros.

Fonte: Elaboração própria.

Depois, foi calculado o escore de cada tema, somando-se os números de respostas corretas dos itens do respectivo tema. A associação entre as variáveis independentes de sexo, anos de estudo, idade e os escores dos temas foi estimada por meio de ANOVA. Da mesma forma, foi estimada a relação entre as variáveis independentes e o escore total da escala NLS-BR. A variável contínua da idade foi categori-

zada considerando três pontos de cortes, 30, 35 e 40 anos. O ponto de corte de 35 anos foi o que melhor discriminou indivíduos que responderam corretamente dos indivíduos que não responderam corretamente, num maior número de itens. Discriminar significa encontrar duas proporções de respostas corretas que sejam significativamente diferentes (valor- $p < 0,01$).

O estudo foi delineado segundo o que rege a Resolução n.º 466/2012, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

A investigação não apresentou risco físico à saúde dos sujeitos envolvidos no estudo, pois não foram adotadas técnicas invasivas. Foi solicitada permissão da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza, Ceará, para o levantamento dos dados realizados nos Centros de Saúde da Família (CSF) sorteados.

Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e sua participação foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aqui será apresentado um recorte do desempenho dos usuários do SUS frente à NLS-BR referentes aos itens do grupo 5 com tema alusivo ao conhecimento de porções alimentares, calorias, macronutrientes e peso, partindo do agrupamento realizado por Sampaio *et al.* (2013). Dessa maneira, os itens que figuram na NLS-BR como 17, 23, 24, 25, 26, 27 e 28, serão apresentados como 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7.

Para alcançar o número de indivíduos estabelecido para o estudo foram abordadas 1.334 pessoas, sendo excluídos 134 indivíduos em respeito aos critérios de inclusão e ao tamanho dos quatro estratos de anos de estudo pré-definidos com 15 sujeitos em cada um dos 20 CSF que fizeram parte do estudo, totalizando 60 sujeitos por CSF, finalizando com um total de 1.197 indivíduos.

A proporção do sexo feminino foi de 75,6%. Esta alta presença do sexo feminino nos serviços de saúde também foi constatada em outros estudos e na Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD) que apresentou o percentual de 76,6% de mulheres procurando o serviço de saúde na rede que integra o Sistema Único de Saúde (IBGE, 2010; RUIZ, 2012; MORAES; LOPES; FREITAS, 2014).

A média de idade do grupo foi de 36,62 anos ($\pm 11,68$), sendo a masculina 36,84 ($\pm 11,82$) e a feminina 36,56 ($\pm 11,63$) anos.

Diamond (2007) encontrou média de 46,4 ($\pm 15,6$) anos, enquanto Coffman e La-Rocque (2012) encontraram idade média de 35,4 anos ($\pm 8,9$), mais próxima do presente estudo.

Quanto aos anos de estudo, estes foram preestabelecidos em categorias, com mínimo de 4 anos de estudo e máximo de 13 anos ou mais. Evidenciou-se a presença de 18 anos de estudo, como máxima nesta pesquisa. A média foi de 9,82 ($\pm 3,7$) anos de estudo para o grupo pesquisado. Para o sexo masculino a média de anos de estudo foi levemente superior 10,04 ($\pm 3,6$) ao sexo feminino 9,76 ($\pm 3,7$).

Segundo o IBGE (2013), a escolaridade média da população brasileira era de aproximadamente 8,8 anos em 2012. Na faixa etária de 18 a 24 anos de idade 9,6 anos de estudo e, para a população de 25 anos ou mais a média era de 7,6 anos.

Desse modo, como o grupo avaliado foi estratificado segundo os anos de estudo, acabou-se por encontrar média superior à nacional e à nordestina. A estratificação por anos de estudo é importante na investigação de letramento em saúde, pois os estudos de vários autores apontam ser um fator associado ao nível de letramento encontrado (BAKER *et al.*, 2000; HOWARD; GAZMARARIAN; MANCUSO; RINCON, 2006; WOLF *et al.*, 2007; MARAGNO, 2009; COELHO, 2013).

A tabela 1 mostra o percentual de respostas corretas das questões relacionadas ao tema – porções alimentares, calorias e macronutrientes da *Nutritional Literacy Scale* – BR.

Tabela 1 – Percentual de respostas corretas das questões relacionadas ao Tema – Porções alimentares, calorias e macronutrientes da *Nutritional Literacy Scale* - BR (NLS-BR)¹, de uma amostra (n = 1197) de usuários do Sistema Único de Saúde. Fortaleza, 2015.

Item	Conteúdo	Respostas Corretas	
		N	%
1	Açúcar como caloria vazia.	618	51,63
2	Percentual de calorias fornecido por 10g de gordura em uma porção de 180 calorias.	693	57,89
3	Quantidade diária de proteína necessária para uma mulher de 63,5 kg.	558	46,62
4	Uso de maionese sem gordura em sanduíche como forma de reduzir as gorduras totais da preparação.	631	52,72
5	Sem gordura não significa o mesmo que sem calorias.	664	55,47
6	Redução do tamanho das porções.	578	48,29
7	Redução do tamanho das porções reduz o peso corporal.	715	59,73

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: 1. Traduzida, adaptada da NLS e desenvolvida por Diamond (2007).

No desempenho do grupo em estudo, o percentual de acertos do item 1 (Açúcar como caloria vazia) foi 51,63%, seguido do item 2 (Percentual de calorias fornecido por 10g de gordura em uma porção de 180 calorias) com 57,89%, item 3 (quantidade diária de proteína necessária para uma mulher de 63,5 kg) com 46,62%, item 4 (Uso de maionese sem gordura em sanduíche como forma de reduzir as gorduras totais da preparação), item 5 (Sem gordura não significa o mesmo que sem calorias), item 6 (Redução do tamanho das porções), item 7 (Redução do tamanho das porções reduz o peso corporal), respectivamente com percentual de acerto de 52,72%, 55,47%, 48,29%, 59,73%.

Levando-se em conta o ponto de corte acima de 50% para letramento adequado adotado por Diamond (2007), verificou-se proximidade no valor do desempenho dos pesquisados perante os itens, ficando o desempenho inferior a este ponto nos itens 3 (Quantidade diária de proteína necessária para uma mulher de 63,5 kg) com 46,62% e 6 (Redução do tamanho das porções) com 48,29%.

Ao comparar os resultados do estudo de Sampaio *et al.* (2012) com os resultados do presente estudo pode-se observar semelhança na maioria dos itens. A diferença foi no item 3 com desempenho inadequado no presente estudo.

Percebe-se, que estudos como Sampaio *et al.* (2012), Sampaio *et al.* (2013), Coffman e La Roque (2012), realizados com esta escala encontraram alto percentual de letramento adequado entre os participantes. O presente estudo, encontrou percentuais adequados, mas com valores menores. Tal fato pode ser devido à maior heterogeneidade de anos de estudo do que nos estudos citados, mas pode tam-

bém ser devido ao fato do presente estudo ter entrevistado um número bem maior de pessoas em relação aos outros, permitindo, talvez, evidenciar um quadro mais condizente com a realidade. Além disso, os estudos citados entrevistaram pessoas atendidas em serviços especializados ou profissionais de nível superior, enquanto no presente estudo os usuários eram atendidos em âmbito mais geral, talvez com menos acesso à informação mais específica em nutrição.

A NLS é composta por diferentes temas ligados à Nutrição, os quais, em maior ou menor proporção, costumam ser enfocados em atividades educativas promotoras de saúde. Caso não se observe o desempenho específico por questão, o teste pode estar descrevendo uma realidade de bom letramento nutricional, mas pode também estar superestimando o entendimento. Para se ter esta certeza, seria importante conhecer os conteúdos de educação nutricional aos quais o grupo já foi exposto, a fim de se afastar a influência deles no desempenho observado (SAMPAIO *et al.*, 2012).

O que torna importante o resultado desses questionamentos é o quantitativo de indivíduos que desconhece informações ligadas ao reconhecimento de porções, de composição de alimentos.

A tabela 2 mostra a média de acertos das questões relacionadas ao tema - Porções, calorias, macronutrientes e peso com melhor desempenho entre indivíduos com mais anos de estudo ($p < 0,0001$) e mais jovens ($p = 0,0003$), sem diferença entre os sexos (0,2085).

Tabela 2 – Relação entre variáveis independentes e o número de acertos dos itens relacionados com o tema –Porção, calorias, macronutrientes e peso¹ da *Nutritional Literacy Scale* - BR (NLS-BR)², de uma amostra (n = 1197) de usuários do Sistema Único de Saúde. Fortaleza, 2015.

Variável Independente	Média	Desvio Padrão	Anova		
			MSQ ³	F	P
Anos de Estudo					
- 4 a 6	3,01	1,52	143,02	54,47	<0,0001
- 7 a 9	3,32	1,72			
- 10 a 12	3,97	1,58			
- ≥ 13	4,57	1,65			
Sexo					
- Feminino	3,76	1,69	4,71	1,58	0,2085
- Masculino	3,57	1,83			
Faixa Etária (anos)					
- 18 a 25	3,82	1,74	18,77	6,39	0,0003
- 26 a 35	3,96	1,73			
- 36 a 45	3,68	1,73			
- 46 a 60	3,38	1,65			

Fonte: Elaboração própria.

Legenda:

1 Item 17, 23, 24, 25, 26, 27 e 28 da Escala NLS-BR:17 Açúcar como caloria vazia; 23 Percentual de calorias fornecido por 10g de gordura em uma porção de 180 calorias; 24 Quantidade diária de proteína necessária para uma mulher de 63,5 kg; 25 Uso de maionese sem gordura em sanduíche como forma de reduzir as gorduras totais da preparação; 26 Sem gordura não significa o mesmo que sem calorias; 27 Ele também me disse para diminuir o tamanho; 28 Redução do tamanho das porções de alimentos por refeição para reduzir o peso corporal.

²Traduzida e adaptada da NLS desenvolvida por Diamond (2007);

³Média da Soma dos Quadrados.

A relação entre a variável independente (anos de estudo) e o letramento evidenciado neste estudo também foi descrito por Sampaio *et al.* (2013) ao estudar o desempenho do letramento nutricional em dois grupos populacionais brasileiros - usuários do SUS e frequentadores de *shopping centers*.

Coffman e La Roque (2012), na validação da NLS para língua espanhola, encontraram relação significativa entre os anos de escolaridade e o placar de assertivas do instrumento.

O sexo não teve relação com o número de assertivas neste estudo, fato concordante com os estudos de Coffman e La Roque (2012), Sampaio *et al.* (2013) e Sampaio *et al.* (2014).

A faixa etária foi significativamente associada, no presente estudo, ao letramento adequado e marginal, mostrando que indivíduos de menor idade tiveram maiores médias de acertos.

CONCLUSÃO

O letramento nutricional do público-alvo do presente estudo – usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), nos sete itens referentes ao tema porções, calorias, macronutrientes e peso ficou com percentual mínimo de 46,62% e máximo de 57,89%, adequado segundo o ponto de corte estipulado por Diamond (2007) em cinco itens, ficando assim demonstrado que a compreensão da informação nutricional de metade do público-alvo está comprometida e que a disponibilidade de um instrumento de aferição de letramento nutricional é importante.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. Teoria de resposta ao item: conceitos e aplicações. In: SINAPE – Simpó-

sio Nacional de Probabilidade e Estatística, 4., 2000, Caxambu. **Resumos...**Caxambu: Associação Brasileira de Estatística; 2000.

BAKER, F. B. **The basics of item response theory**. 2. ed. Washington: Eric Clearinghouse on Assessment and Evaluation, 2000.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. e FERRAZ, M. B. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons and Institute for Work & Health. Revisada em Março/2002. Disponível em: <<http://www.dash.iwh.on.ca>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Conferência Nacional de Saúde On-Line. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. 2012b. Disponível em: <<http://www.datasus.gov/cns/datasus.htn>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Departamento de atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira (versão para consulta pública)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COELHO, M. A. M. **Guia alimentar para a população brasileira em sua versão de bolso e o usuário do SUS: subsídios para a elaboração de materiais de educação nutricional apoiados nos pressupostos do letramento em saúde**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2013.

COFFMAN, M. J.; LA-ROCQUE, S. Development and testing of the Spanish nutrition literacy scale. **Hispanic Health Care International**, v. 10, n.4, p. 168-174, 2012.

COLBERT, A. M. **Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and hiv medication adherence**. 2007. 289 f. Tese (Doctor of Philosophy) – Nursing Sector, University of Pittsburgh, Pittsburgh. 2007.

DIAMOND, J. J. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. **Nutrition Journal**, London, v. 6, p. 5, fev. 2007.

HOWARD, D.H.; GAZMARARIAN, J.A.; PARKER, R.M. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. **Am J Med**, v.118, n.4, p.371-377, abr. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

MANCUSO, C.A.; RINCON, M. Impacto health literacy on longitudinal asthma outcomes. **J Gen Intern Med**, v.21, n.8, p.813-817, ago. 2006.

MARAGNO, C. A. D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento não medicamentoso**. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MORAES, S. A.; LOPES, D. A.; FREITAS, I. C. Sex-specific differences in prevalence and in the factors associated to the search for health services in a population based epidemiological study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.17, n.2, p. 323-340, abr./jun. 2014.

RUIZ, G. **Quem usa o Sistema Único de Saúde?** Rio de Janeiro: Portal DSS, 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/?p=9534&preview=true>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

SAMPAIO, H.A.C.; CARIOCA, A.A.F.; SABRY, S.D.; SABRY, M.O. D.; PINTO, F.J.M.; ELLERY, T.H.P. Assessment of nutrition literacy by two diagnostic methods in a Brazilian sample. **Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, Madrid, v. 34, n. 1, p.50-55, 2014.

SAMPAIO, H.A. C.; PASSAMAI, M. P. B.; SABRY, M. O. D.; SOARES, N. T.; COELHO, M. A. M.; BEZERRA, J. A. B. *et al.* **Plano Alfanutri**: um novo paradigma, a alfabetização nutricional, para promoção da alimentação saudável e prática regular de atividade física na prevenção e controle de doenças crônicas. Relatório técnico final. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2012.

SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, D. M. A.; SABRY, M. O. D.; CARIOCA, A. A. F.; CHAYB, A.P. V. Letramento nutricional: desempenho de dois grupos populacionais brasileiros. **Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr, São Paulo**, v. 38, n. 2, p. 144-155, ago. 2013. SILVA, S. É. D.; VASCONCELOS, E. V.; PADILHA, M. I. C. S.; MARTINI, J. G.; BACKES, V.M S. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.699-705, dez. 2007.

SORENSEN, K.; BROUCKE, S.V. D.; FULLAM, J.; DOYLE, G. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, London, v.12, n. 80, p. 1-13, 2012.

WOLF, M.S.; DAVIS, T.C.; OSBOM, C.Y.; SKRIPKAUSKAS, S.; BENNETT, C.L.; MAKOUL, G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. **Patient Educ Couns**, v. 65, n. 2, p. 253-260, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Non communicable diseases country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011.

CAPÍTULO 4

OCUPAÇÃO DE FORTALEZA: ONDAS DE EXPANSÃO DEMOGRÁFICA

Edenilo Baltazar Barreira Filho

José Ueleres Braga

Ricardo José Soares Pontes

INTRODUÇÃO

Fortaleza, capital do Estado do Ceará, no Nordeste do Brasil, é do ponto de vista urbano/social uma cidade extremamente desigual, resultante de uma série de intervenções e não intervenções do poder organicamente constituído ao longo de seus 290 anos.

A realidade encontrada na cidade é fruto das relações sociais que se estabeleceram sobre seu território, que foi apropriado e usufruído desigualmente pelos seus moradores. Seu crescimento é a constatação da capacidade de sua sociedade em impor uma cidade que, paulatinamente, oferece vantagens locais para o desenvolvimento de certas atividades (COSTA, 2007).

O crescimento tardio e acelerado, principalmente de sua população, a partir dos anos 50, ocorreu de forma dis-

tinta no mesmo espaço: uma cidade próspera e em franco desenvolvimento, e outra pobre e desprovida de políticas públicas, o que expressa, em nível do espaço urbano, fortes contrastes sociais (COSTA, 2007).

Neste contexto, passa a ser importante desnudar alguns aspectos desta construção coletiva, por entender que são processos que contribuem diretamente para a formação dos “lugares de produção da doença”. Não se nega a importância de todos os demais atores envolvidos no processo de construção da cidade. Ao contrário, reconhece-se que muitas conquistas ocorreram em decorrência do tensionamento causado por estes.

Entretanto, fica evidenciado na atual estrutura urbana encontrada na cidade de Fortaleza, como, por exemplo, o acesso à água potável, aberturas de vias, localização dos serviços de atenção médico-hospitalar, valorização de determinados espaços, o quanto o Estado privilegiou determinadas parcelas da população.

Esta é uma contribuição que a Geografia, ciência que estuda o Território, local de disputa de poder; o Espaço, socialmente produzido e o Lugar, local de afeto e identidade do indivíduo (ALENCAR, 2000), pode trazer para a Saúde Coletiva.

Assim, esse estudo tem como objetivo descrever a evolução da ocupação do território de Fortaleza com base na variação da densidade demográfica e na caracterização sócio-ocupacional dos bairros no período de 1970 a 2010 e nos movimentos (ondas) de ocupação territorial e sua relação com o perfil socioeconômico em 2010.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, realizado com as bases de dados secundários da Base de Informações dos Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010, na cidade de Fortaleza, Ceará, por bairros.

Utilizaram-se os dados do Censo Demográfico de 2010 para a construção dos indicadores socioeconômicos, enquanto as informações dos censos anteriores foram empregadas para a construção do indicador densidade demográfica.

Os indicadores socioeconômicos construídos foram os seguintes:

1 - Densidade Demográfica, calculada pelo número de habitantes por km²;

2 - Taxa de analfabetismo, calculada como a proporção de chefes de domicílios sem instrução. Os resultados obtidos foram divididos em quatro estratos, a partir dos percentuais encontrados, classificando-se em: percentual de chefes de domicílios sem instrução maior que 17% (muito alta taxa de analfabetismo), 11 a 17% (alta taxa de analfabetismo), 7 a 11% (intermediária taxa de analfabetismo) e menor que 11% (baixa taxa de analfabetismo).

3 - Índice de pobreza, calculado como a proporção de chefes de domicílio com rendimento mensal menor do que um salário mínimo. Dividiu-se o indicador em quatro estratos: Baixo (menos de 36% dos chefes de família têm rendimento menor que um salário mínimo); Intermediário (entre 36 e 50% dos chefes de família têm rendimento menor que

um salário mínimo); Alto (entre 50,1 e 60% dos chefes de família têm rendimento menor que um salário mínimo); e Muito Alto (mais de 60% dos chefes de família têm rendimento menor que um salário mínimo).

4 - Renda média, média de renda dos chefes de domicílios. O indicador foi dividido em quatro estratos: Baixa (< R\$ 752,00); Intermediária (entre R\$ 752,00 e R\$ 1.015,00); Alta (entre R\$ 1.015,01 e R\$ 1.709,00) e Muito Alta (> R\$ 1.709,00).

5 - Índice de Gini, uma das medidas mais conhecidas do grau de concentração de renda, varia de 0(zero) a 1(um), sendo que este último valor correspondente à desigualdade máxima. É derivado por meio da Curva de Lorenz, gráfico que representa os percentuais acumulados de renda por *decis* da população.

6 - Razão da renda média entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres, frequentemente utilizada para a comparação internacional de níveis de desigualdade de renda, uma vez que esta medida é sensível às diferenças entre os extremos da distribuição (BARROS; FOGUEL; ULYSSEA, 2006). É calculada dividindo-se a renda total do último *decil* pela renda total dos 40% mais pobres.

7 - Índice de Condições de Vida (ICV) (PAIN; SILVA; COSTA, 2003), para o cálculo do ICV, utilizam-se cinco indicadores relativos às condições de vida da população:

- Proporção de chefes de família em domicílios particulares permanentes com rendimento médio mensal igual ou inferior a dois salários mínimos (RENDA).

- Proporção relativa às pessoas na faixa etária entre 10 e 14 anos alfabetizadas (EDUC).
- Percentagem de unidades domiciliares em “aglomerado subnormal” com relação ao total de domicílios (FAVELA).
- Razão entre o número médio de moradores por domicílio no bairro (MORADIA) e o número médio de cômodos servidos de dormitório (QUARTO) na perspectiva BAIRRO (RM/Q).
- Percentagem de domicílios com canalização interna ligada à rede global de abastecimento de água (SANEA).

Os indicadores RENDA, FAVELA e RM/Q foram dispostos em ordem crescente, e EDUC e SENEIA em ordem decrescente, considerando-se o valor médio de cada um deles no respectivo bairro. Dividiu-se o ICV em quatro estratos, que são conjuntos de dados de intervalos interquartis, os 25% menores valores de ICV formaram o grupo denominado de Baixa Condição de Vida, os 25% maiores valores formaram o estrato denominado Muito Alta, e os valores correspondentes aos estratos de 50% e 75% foram denominados, respectivamente, em Intermediária Condição de Vida e Alta Condição de Vida.

Em um primeiro passo, realizou-se a seleção dos registros constantes no Banco de Informações do Censo, relativos ao município de Fortaleza. Em seguida, agruparam-se as informações por setor censitário em bairros, unidade escolhida para a realização do mapeamento dos indicadores.

Os bancos de dados dos Censos foram exportados para o programa STATA 10.0 e, em função dos indicadores selecionados, realizou-se uma seleção das variáveis que deveriam ser utilizadas para a construção de cada indicador.

A análise de dados foi realizada através de técnicas de análise espacial em aplicativo de SIG (Sistema de Informação Geográfica). Para Aronoff (1995), SIG é definido como sistema de informação baseado em computador para capturar, armazenar, manipular, analisar e exibir dados referenciados espacialmente e associados a atributos, para solução de problemas complexos.

A Classificação por Tipologia Sócio-ocupacional foi utilizada para compreender a lógica de construção e ocupação do território e de como isto influencia no processo de adoecimento da população (PEQUENO, 2009). Para a construção desta classificação, a autora adotou a metodologia comum à rede de pesquisa Observatório das Metrôpoles, fazendo uso de estudos qualitativos, em que buscou espacializar alguns aspectos fundamentais para a compreensão das transformações no espaço de Fortaleza, Ceará. A partir desta metodologia, encontrou sete diferentes tipologias socioespaciais: Superior, Médio Superior, Médio, Popular Operário, Inferior, Popular Periférico, Rural, que foram utilizadas nesta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, a população urbana passou de 45%, em 1960, para, aproximadamente, 84%, em 2010 (IBGE, 2010). Essa transferência intensa para as cidades foi fruto

de uma política desenvolvimentista implementada na década de 1950. Essa transição ocorre em tempos diferenciados. Enquanto no Brasil ocorreu na metade da década de 1960, no Estado do Ceará e no Nordeste brasileiro, somente no final dos anos 70 (SILVA, 2006).

Fortaleza inicia o século XX com uma população de 48.369 habitantes e, em cem anos, vê esta população saltar para 2.138.234 habitantes e, ao final de 2010, a cidade passa a contar com 2.452.185 habitantes. Em 1900, Fortaleza concentrava 5,7% da população do Estado do Ceará; ao final do século, representava 28,8% e, em 2010, a capital abrigava 29% da população cearense (IBGE, 2010).

Dado este processo migratório, Fortaleza possui, de acordo com o censo de 2010, uma densidade demográfica de 7.786,52 hab/km². É a capital com maior densidade, superando inclusive São Paulo (7.387,69 hab/km²) e Rio de Janeiro (5.265,81 hab/km²) (IBGE, 2010).

Esta elevada densidade mostra o quanto a cidade cresceu. Entretanto, este crescimento populacional ocorreu de forma desigual no território da cidade, o processo de ocupação deste espaço ocorreu de forma diferenciada, o que fez com que, ao longo do tempo, ocorresse uma variação da densidade demográfica dos seus bairros. A partir de uma análise dos mapas de densidade demográfica, foi possível a classificação da evolução destes bairros com relação à sua densidade e sua variação no período de 1970 a 2010 (figura 1). Assim, identificou-se que 26 (21,85%) bairros não tiveram incremento populacional, nem elevada densidade demográfica, 15 (12,61%) apresentaram incremento populacional sem elevar a densidade, 48 (40,34%) não obtiveram

incremento, mas elevaram a densidade e 30 (25,20%) elevaram a população e a densidade demográfica.

Ao relacionar a densidade demográfica com os bairros de Fortaleza, percebe-se um decréscimo do número de bairros com menor densidade. Em 1970, tem-se um total de 58 bairros com densidade demográfica entre 0-2.000 hab/km², representando 48,7% do total de bairros da capital. Houve um aumento do número de bairros com densidade demográfica maior, principalmente as faixas 5.000-10.000 hab/km² e 10.000-17.000 hab/km², juntas respondiam por um total de 41 bairros no censo de 1970 (34,5%) e, em 2010, representavam 86 bairros (72,2%) (figura 2).

Tomando-se por base a densidade da cidade de Fortaleza em 2010 (7.786,52 hab/km²), tem-se que 78 bairros apresentam densidade demográfica superior à da cidade. Esta heterogeneidade da distribuição da densidade demográfica no município de Fortaleza é fruto dos processos sociais e econômicos e também das políticas públicas de valorização do espaço urbano. Exemplo claro disto é o bairro do Pirambu, que apresenta a maior densidade demográfica de Fortaleza, com 30.815,25 hab/km². Ao resgatar o processo de construção da cidade, pode-se relacionar esta alta densidade com a ocupação do lugar pelo “campo de concentração” do Urubu, durante a seca de 1932 (RIOS, 2006).

Visualiza-se uma área sufocada e outra em franca expansão imobiliária, a chamada “cidade nova”. Seja por questões ambientais ou políticas, o fato é que se têm duas cidades, levando-se em consideração o olhar da densidade demográfica.

Figura 1 – Densidade demográfica por bairro de Fortaleza, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010.

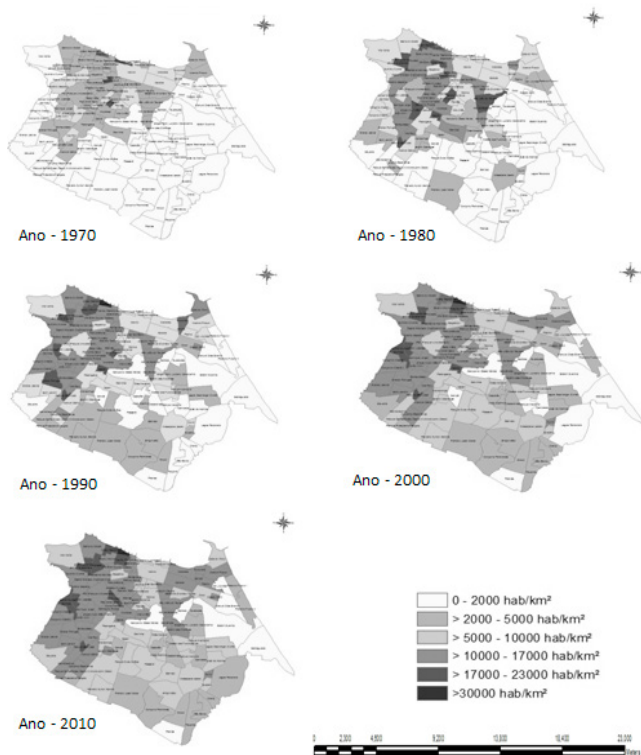
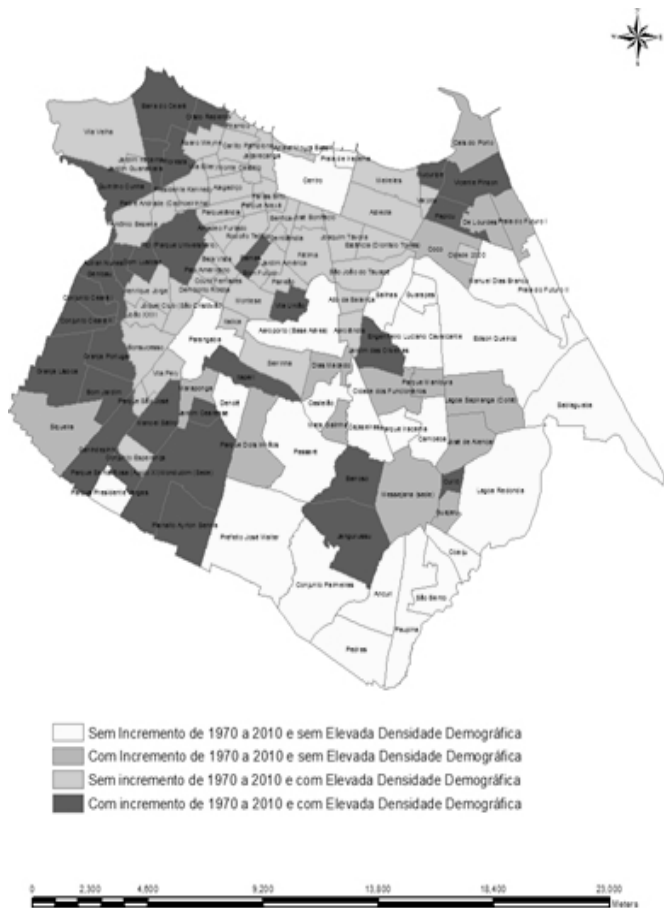


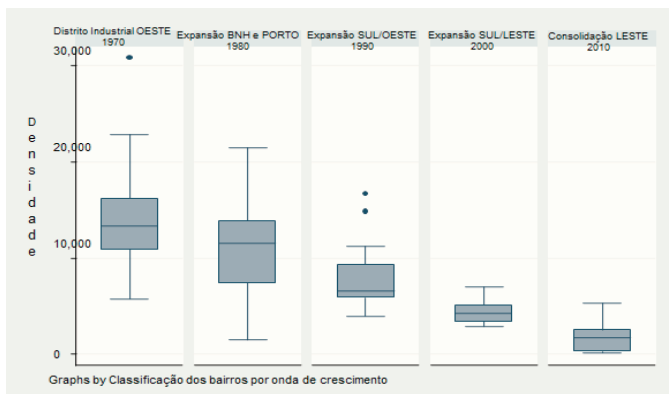
Figura 2 – Classificação da evolução da densidade demográfica por bairro de Fortaleza de 1970 - 2010.



Nesse período de 40 anos analisados, encontraram-se resultados que mostram profundas transformações na ocupação do território da cidade de Fortaleza. Ao analisar o crescimento demográfico entre o período de 1970 a 2010, identificaram-se cinco tendências de expansão urbana em Fortaleza, o que se denominaram de ondas de ocupação urbana.

Essas ondas estabelecem uma relação direta com a densidade demográfica dos bairros de Fortaleza, quanto mais recente a onda menor a densidade (Figura 3). Importante destacar que estas ondas não podem ser visualizadas de forma isolada no contexto urbano da cidade, ou seja, elas são predominantes, e que existiram outros setores da cidade que também cresceram durante o período.

Figura 3 – Classificação dos bairros por ordem de crescimento e a densidade demográfica por bairro de Fortaleza no ano de 2010.



Uma primeira onda (**Distrito Industrial OESTE**), que retrata da década de 1960, identificada no censo de 1970, mostra uma expansão da cidade do centro para o setor oeste e noroeste da cidade.

O crescimento da cidade para estas zonas do município, como destaca Pequeno (2009), tem uma relação direta com os setores produtivos e com as vias que ligam o sertão à capital, vindos principalmente do sertão central e da região norte do Estado do Ceará.

A concentração de fluxos (demográficos, de mercadoria, de informações etc.) na capital possibilitou a emergência de segmento da indústria associado aos ramos tradicionais de beneficiamento de produtos do setor primário. Trata-se da constituição de importante zona industrial nos anos 1950, localizada em artéria denominada de Francisco Sá, no setor Oeste da cidade (DANTAS; COSTA; SILVA, 2009).

A concentração de indústrias neste setor da cidade implicou em gênero de ocupação popular da área, convergindo para o entorno das indústrias, e acompanhando a via férrea, contingente importante de trabalhadores. Tal lógica diverge da reinante no setor central (CENTRO) e leste da cidade (ALDEOTA), nos quais se concentravam os segmentos mais abastados da população fortalezense (DANTAS; COSTA; SILVA, 2009).

O censo realizado em 1970 mostra que 58 bairros, que representam 48,7%, tinham uma densidade demográfica compreendida entre 0-2.000 habitantes por km² e 29 bairros com densidade demográfica entre 10.000-30.000 habitantes por km², representando 24,3% dos bairros. Foram 45 bairros que cresceram durante a primeira onda de expansão, correspondendo a 37,82% do total de bairros da cidade.

A segunda onda (**Expansão BNH e PORTO**) de crescimento populacional e de expansão da ocupação territorial da cidade ocorre nos anos 1970, e é retratada pelo censo de 1980.

Cumprir observar neste período o papel do poder público na definição de políticas de moradia de interesse social nas diferentes esferas, localizando conjuntos habitacionais no espaço periférico ao oeste e sudoeste da cidade, configurando processo de redistribuição de população especialmente concentrado nas décadas de 1970 e 1980 (PEQUENO, 2009).

Ao longo das décadas de 1970 e 1980, prevalecem os grandes conjuntos periféricos, os quais, por ocasião de sua implantação, traziam consigo equipamentos sociais e redes de infraestrutura, atendendo às demandas cadastradas na Companhia Habitacional (COHAB) e utilizando recursos do Banco Nacional da Habitação (BNH), desde a extinção do Sistema Financeiro de Habitação (DANTAS; COSTA; SILVA, 2009).

Em 1970, a população de Fortaleza já atingia os 857.980 habitantes, chegando a 1.308.919, em 1980. Destes, apenas 38.545 pessoas, isto é, 3% dos residentes, habitavam o Centro (DANTAS; COSTA; SILVA, 2009).

O censo de 1980 mostra que já ocorreram mudanças nas densidades demográficas dos bairros, em que 36 bairros, ou seja, 30,3% apresentam densidade demográfica entre 0-2.000 habitantes por km² e 40 bairros com densidade entre 10.000-30.000 habitantes por km², o que representa 33,6% dos bairros.

A terceira onda (**Expansão SUL/OESTE**) de crescimento da cidade é percebida com um crescimento e consolidação da ocupação do setor sul e sudoeste de Fortaleza. Isto ocorre durante a década 1980, e é retratado no censo de 1990.

Neste período, de acordo com Pequeno (2009), predomina a implantação de pequenos conjuntos, ocupando pequenos fragmentos de tecido urbano em Fortaleza e nos demais municípios metropolitanos, atendendo às demandas específicas, notadamente aquelas vinculadas às situações de áreas de favela em processo de urbanização com grande percentual de remoção, assim como às pequenas demandas aglutinadas em torno de lideranças e políticos, contribuindo com a difusão de práticas de coronelismo urbano.

Nos anos 1980, é implantado, em Maracanaú, o Distrito Industrial de Fortaleza, integrando o Estado a um processo mais dinâmico de produção. Para lá converge antigo setor industrial a se modernizar sob os auspícios do Fundo de Investimentos do Nordeste (FINOR), deixando a zona oeste de Fortaleza esvaziada e empobrecida. A presença em Maracanaú do I Distrito Industrial do Ceará contribuiu para uma forte densidade populacional, com a presença de conjuntos habitacionais construídos pelo Sistema Financeiro de Habitação (DANTAS; COSTA; SILVA, 2009).

O censo de 1990 apresenta significativa mudança com relação à densidade demográfica em Fortaleza. Vinte e um (21) bairros apresentam densidade demográfica entre 0-2.000 habitantes por hectare, representando 17,7% dos bairros, e 51 bairros com densidade entre 10.000-30.000 habitantes por km², totalizando 42,9% dos bairros.

A quarta onda (**Expansão SUL/LESTE**) é percebida no censo de 2000, sendo a evolução demográfica da década 1990. Neste período, tem-se expansão para as zonas leste e sul da cidade.

Nesta década, em face da incapacidade do poder público em atender à demanda por novas moradias, decorreu a proliferação de áreas de ocupação como resposta da população excluída à redução da oferta de moradias. Assumindo a condição de verdadeiros corredores de degradação socioambiental, os rios e córregos urbanos passaram a orientar o processo de favelização (PEQUENO, 2009).

Ultrapassando os limites do município de Fortaleza, desde os anos 1990, este processo passou a ser o indutor de uma nova forma de urbanização, contribuindo com o transbordamento de miséria e exclusão social para os municípios vizinhos (PEQUENO, 2009).

Por sua vez, as ações do mercado imobiliário também indicam transformações na sua oferta, mantendo-se concentrado em poucos bairros e atrelado aos grupos que se apropriam das áreas mais bem atendidas pelas redes de infraestrutura e serviços urbanos (PEQUENO, 2009).

Também faz parte da compreensão do processo de reestruturação do espaço metropolitano, a especialização das atividades turísticas e de suas formas, as quais se mostram diretamente associadas ao setor imobiliário, interferindo fortemente no mercado de terras da Região Metropolitana de Fortaleza e contribuindo com os processos de segregação sócio espacial, segmentação e exclusão social (PEQUENO, 2009).

O censo de 2000 apresenta que apenas 11 bairros, ou seja, 9,2% dos bairros, têm densidade demográfica entre 0-2.000 habitantes por km² e 57 bairros, o que corresponde a 47,8% dos bairros, têm densidade demográfica entre 10.000-30.000 habitantes por km².

Como quinta onda (**Consolidação LESTE**), tem-se a consolidação das zonas leste e sul da cidade, e onde se segmenta a divisão da cidade entre leste e oeste. A distribuição espacial da densidade demográfica mostra uma tendência para uma concentração populacional no setor oeste da cidade de Fortaleza.

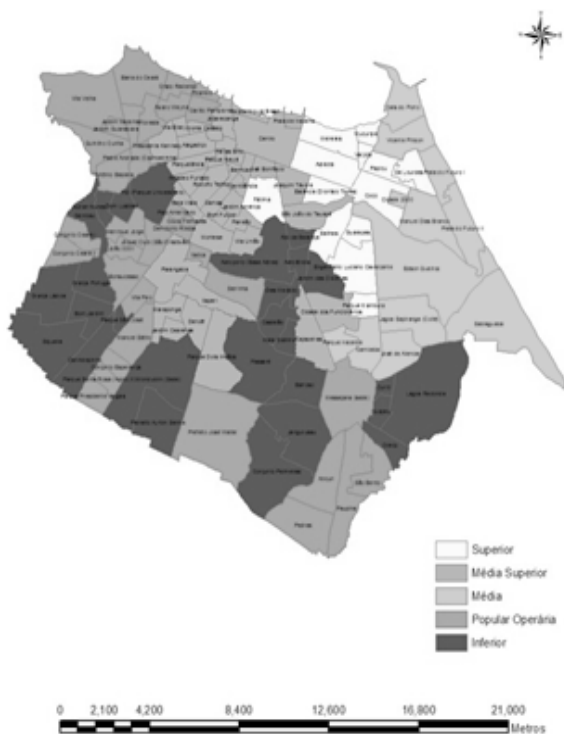
Essa tendência reflete, entre outros motivos, uma valorização do solo urbano e a especulação imobiliária, que afastam para a periferia as populações de baixa renda, gerando lugares que, do ponto de vista da saúde pública, são considerados insalubres.

Neste setor da cidade é visto um grande adensamento urbano, com imóveis de pequeno tamanho em relação ao número de habitantes. Com base no censo de 2010, tem-se que sete bairros da cidade, 5,9%, apresentam densidade demográfica entre 0-2.000 habitantes por km², bem diferente dos 48,7% encontrados no censo de 1970. E na faixa compreendida entre 10.000-30.000 habitantes por km², tem-se 63 bairros, correspondendo a 52,9%, bem distante dos 24,3% do encontrado no censo de 1970.

Aplicando a Classificação por Tipologia Sócio-ocupacional (PEQUENO, 2009) para os bairros de Fortaleza e relacionando com o crescimento populacional (Ondas de Crescimento), identificam-se 13 bairros com a classificação 'superior', 33 'média superior', 12 'média', 34 'popular ope-

rária' e 27 'inferior' (Figura 4). Por esta relação, pode-se perceber em qual estrato a população da onda de crescimento está concentrada. Quanto mais antiga a onda, maior a participação da população em uma classificação inferior da Tipologia Sócio-ocupacional e quanto mais recente, menor é a densidade demográfica dos bairros.

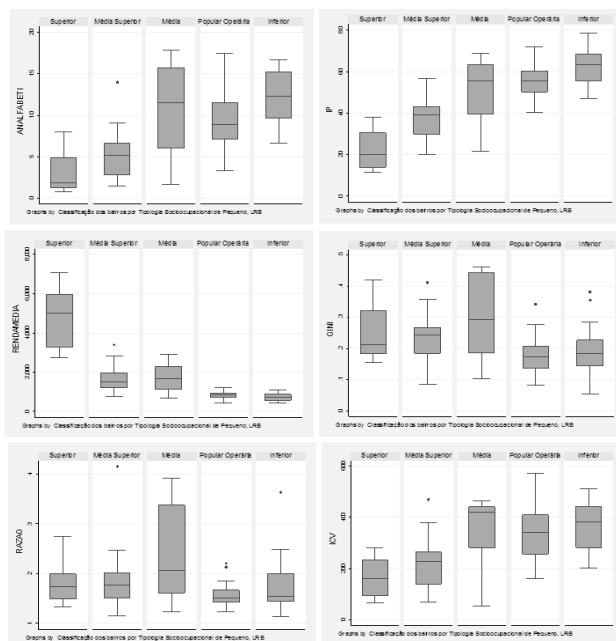
Figura 4 – Mapa de Fortaleza segundo a classificação dos bairros por tipologia sócio-ocupacional.



A Classificação por Tipologia Sócio-ocupacional (PEQUENO, 2009) foi relacionada com os indicadores socioeconômicos, a partir dos dados do IBGE (2010). Assim, percebe-se que quanto maior for a Taxa de Analfabetismo, menor será a estratificação sócio-ocupacional (Figura 5).

Na relação com o Índice de Pobreza (Figura 5), o padrão estabelecido é de quanto maior for o Índice de Pobreza, menor será o estrato de classificação sócio-ocupacional. Populações mais pobres localizam-se em um estrato sócio-ocupacional mais baixo.

Figura 5 – Classificação dos bairros por tipologia sócio-ocupacional e indicadores socioeconômicos.



Na relação com a Renda Média (Figura 5), é visto que quanto maior for a Renda Média, maior será o estrato de classificação sócio-ocupacional. Encontrou-se uma renda média classificada como Muito Alta, por exemplo, no bairro Guararapes (R\$ 7.086,42), contra uma renda média do Conjunto Palmeiras (R\$ 424,16), evidenciando esta dicotomia entre os lugares dentro da Cidade.

O extrato de classificação ‘Média’ de Tipologia Sócio-ocupacional é o que apresenta maior Índice de GINI (Figura 5). Nos estratos ‘Superior’ e ‘Média Superior’ também se encontram os maiores valores para GINI; e nos estratos menores ‘Popular Operária’ e ‘Inferior’ encontram-se os valores de GINI mais baixos.

O Índice de GINI é um indicador que reflete ainda mais o forte contraste socioeconômico desses lugares. Especialmente foi visualizado que as menores desigualdades, com relação à concentração de renda, encontram-se na periferia da cidade, uma igualdade traçada por baixo, pois ao relacionar este indicador com o de Renda Média, vê-se que a periferia possui as menores rendas.

Semelhante à relação com GINI, encontrou-se o seguinte padrão: nos estratos sócio-ocupacionais ‘popular operária’ e ‘inferior’, é onde se localizam os menores valores para a Razão da Renda Média, assim como para os estratos superiores não foram encontrados valores tão elevados. Os maiores valores estão localizados no estrato ‘média’ (Figura 5).

Para o ICV, é importante lembrar que quanto maiores os valores piores são as condições de vida. Com base nisto, e a partir da relação entre ICV e classificação sócio-ocupacional (Figura 5), tem-se que quanto maior o

ICV menor será a estratificação. Apenas para a ‘média’ é que este padrão não é estabelecido. É nela que se encontram os maiores valores de ICV.

O ICV retrata a existência de uma tendência de concentração dos bairros com Alta Condição de Vida na parte Central da Cidade de Fortaleza. Estas, que se configuram como as áreas mais antigas e consolidadas da cidade, denominam-se aqui de núcleo central e formador.

Já o estrato de muito baixas condições de vida pode ser encontrado na zona oeste da cidade, como também no litoral leste de Fortaleza. Importante destacar que não existe uma homogeneidade na distribuição espacial do ICV para Fortaleza. Podem ser encontrados, por exemplo, alguns bairros na periferia da cidade que são classificados como de alta condição de vida: Conjunto Ceará, Conjunto Ceará II, Prefeito José Walter, Dendê, Maraponga, Mata Galinha, Parque Iracema e Itaóca, apresentando, também, em relação aos demais bairros periféricos, boas condições para os demais indicadores.

O olhar sobre o gradiente socioeconômico em saúde, abrangendo todos os segmentos da sociedade, não é recente. Na mesma perspectiva, no decorrer dos dois últimos séculos, acumularam-se evidências de que tanto o nível de pobreza quanto o contexto social em que ela se desenvolve têm importância na determinação do estado de saúde, ou seja, indivíduos pobres vivendo em condições degradantes tendem a apresentar pior estado de saúde do que indivíduos pobres vivendo em ambientes melhores (KRIEGER, 2001).

Diversos estudos tentam analisar esta relação, com destaque especial para o realizado por Wilkinson e Mar-

mot (2011), que buscaram provas nas relações entre os determinantes sociais de saúde e as condições de saúde das populações e listaram dez determinantes sociais de saúde: hierarquia social, estresse, primeiros anos de vida, exclusão social, trabalho, desemprego, apoio social, vícios, alimentação e transporte. Este trabalho influenciou a formulação de política sanitária de vários países, especialmente o Reino Unido (GALVÃO; FINKELMAN; HENAO, 2011).

Essas desigualdades dos indicadores socioeconômicos acabam por influenciar diretamente as taxas de morbimortalidade, sejam elas para homens ou para mulheres (BARREIRA FILHO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento urbano fortalezense foi marcado pela ação e/ou omissão de diversos agentes, e o poder público teve um papel fundamental. A Fortaleza que se tem hoje é fruto da relação da sociedade com o espaço, sendo esta marcada por grandes iniquidades sociais. Têm-se espaços diferenciados de apropriação do capital e dos serviços oferecidos, e uma população ainda confinada a “campos de concentração” na periferia da cidade e nas áreas de risco.

Ficou evidenciado que o setor oeste/litoral é o setor com a maior densidade demográfica da cidade, muito em função das ações do poder público e do processo de ocupação da cidade. Esses altos valores da densidade demográfica guardam relação com dois fatores importantes no processo de construção do território de Fortaleza: o primeiro foi com a migração dos sertanejos e o segundo com as ondas de Ex-

pansão Urbana da cidade. Quanto mais recente for a onda, menor será a Densidade; quanto mais antiga a onda, maior será a Densidade.

Neste trabalho foi visto que o Território da cidade é fruto das relações sociais que se estabeleceram sobre seu Espaço e que acabaram por produzir Lugares diferenciados, o que fica evidenciado a partir dos resultados encontrados.

Com relação à espacialização dos indicadores socioeconômicos, percebeu-se uma área centro/litoral da cidade que apresenta os melhores indicadores, principalmente com relação ao Índice de Condição de Vida, Renda Média e Taxa de Analfabetismo. Observaram-se, também, lugares periféricos que representam um contraste com este núcleo central, por apresentarem os piores resultados para os indicadores socioeconômicos.

A cidade parece desprovida totalmente de meios capazes de resistir a estes graves problemas sociais. Por sua vez, a administração municipal não consegue desenvolver, ou não opta por desenvolver atividades que atendam às necessidades da população como um todo, especialmente à sua grande maioria constituída de trabalhadores empregados e desempregados.

Os gestores públicos têm responsabilidade redobrada na produção de territórios diferenciados no interior da cidade. A ausência de um planejamento comprometido com a distribuição social de oportunidades de acesso à cidade resulta em um território dividido e fragmentado.

Isto acaba por produzir os lugares (des) iguais de produção da doença, lugares estes ocupados pela população com os piores indicadores socioeconômicos encontrados. É

dever do Estado assumir o compromisso ético e moral com esta população. Este estudo apontou lugares que devem ser privilegiados com ação, cuja intervenção deve ser imediata.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, F. A. G. **Segredos íntimos: a gestão nos assentamentos de reforma agrária.** Fortaleza: Edições UFC, 2000. 162 p.

ARONOFF, S. **Geographic Information Systems.** Amanagement perspective. Ottawa: WDL Publications, 1995.

BARREIRA FILHO, E. B. **Territórios da saúde: espaços de vulnerabilidade e lugares (dês) iguais de produção da doença.** 2014. 213f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

BARROS, R. P.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente.** IPEA, Brasília, 2006.

COSTA, M. C. L. Fortaleza: expansão urbana e organização do espaço. In: SILVA, J. B. **Ceará: um novo olhar geográfico.** Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2007. p. 51-100.

GALVÃO, L.A. C.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. **Determinantes ambientais e sociais da saúde.** Organização Pan-Americana de Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

KRIEGER, N. **Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis.** International Journal of Epidemiology, v. 30, p. 899-903. 2001.

PAIN, J. S.; SILVA, L. M. V.; COSTA, M. C. N. Desigualdades na situação de saúde do município de Salvador e relações com as condições de vida. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 30-39, jan/jun. 2003.

PEQUENO, L. R. B. (Org.). **Como anda Fortaleza**. 2. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2009. 226 p.

RIOS, K. S. **Campos de concentração no Ceará**. 2. ed. Fortaleza: Expressão, 2006. 115 p.

DANTAS, E.; COSTA, C. L.; SILVA, J. B. **De cidade a metrópole**: (trans)formações urbanas em Fortaleza, Edições UFC. Fortaleza, 2009. 238 p.

SILVA, J. B. **Litoral e sertão**: natureza e sociedade no nordeste brasileiro. Fortaleza: Expressão Gráfica, Fortaleza, 2006. 446 p.

WILKINSON, R., MARMOT, R. **Social determinants of health**: the solid facts. Second Edition. Internacional Centre for Health and Society, 2011.

CAPÍTULO 5

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO CUESTIONARIO DEL CAPITAL HUMANO PARA AVALIAÇÃO DE GESTÃO DE PESSOAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O CONTEXTO BRASILEIRO

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

Uma tendência atual, que busca a quebra de paradigmas tradicionais de administração, é a ênfase no capital humano das organizações. O embasamento cultural das pessoas de como conduzir os grupos são valores difíceis de serem medidos, mas são os que trazem resultado duradouro para as organizações. Esses valores intangíveis, ao contrário dos tangíveis (financeiros e físicos), são os que impedem a imitação, fazem a diferença imperceptível, e nos levam a buscar determinada organização, e não outra.

O fator humano tem sido considerado o grande diferencial em qualquer organização. Para que essas organizações consigam conquistar bons resultados faz-se necessário compreender as percepções e perspectivas do capital huma-

no para investir em atividades que busquem o aperfeiçoamento do ambiente de trabalho e que visem à melhoria de qualidade de vida dos profissionais que fazem a organização.

O objetivo das organizações deve se concentrar na atração, no desenvolvimento, na motivação e na retenção dos profissionais que se destacam, cujas capacidades e competências singulares os diferenciam dos demais (PREHEIM, ARMSTRONG, 2009).

O capital humano das organizações são as habilidades, talento e conhecimento de seus funcionários traduzidos em ações e que devem estar alinhados para atingir a estratégia da instituição. Porém, essas estratégias devem fazer parte da vida de todos (BERGUE, 2010, YEPES-BALDO, ROMEU, BERGER, 2013).

Para que essas organizações consigam conquistar bons resultados faz-se necessário compreender as percepções e perspectivas do capital humano para investir em atividades que busquem o aperfeiçoamento do ambiente de trabalho e que visem à melhoria de qualidade de vida dos profissionais que fazem a organização. Para isso é importante a utilização de instrumentos que analise a percepção dos profissionais no ambiente de trabalho, assim como toda a dinâmica de organização, relações e conflitos destes.

Considerando o conjunto de métodos e técnicas adotados para o conhecimento do comportamento organizacional do capital humano, as escalas psicométricas são um dos instrumentos mais empregados atualmente para o estudo de tal atributo, devido seu rigor metodológico e por serem subsidiadas por procedimentos estatísticos que conferem grande poder de análise e inferência das informações prestadas.

A tradução e adaptação de instrumentos psicológicos é uma prática em que vem ganhando espaço nos estudos e pesquisas realizadas no Brasil. Adaptar um instrumento já validado em outro país facilita o intercâmbio de informações científicas, possibilitando estudos transculturais e oferece menores custos em comparação ao desenvolvimento de um novo instrumento. Essa prática requer procedimentos rigorosos a fim de garantir o *status* científico e, conseqüentemente, as inferências que tais procedimentos podem proporcionar (ARGOLLO E COLS, 2009).

Na área da saúde, os métodos atuais de avaliação do capital humano são baseados em comparativos com padrões ideais e não levam em conta o estudo das percepções que os trabalhadores constroem acerca de diferentes aspectos do seu trabalho e que são responsáveis por guiá-los em linhas consistentes de efetivação de seu processo de trabalho, talvez pela escassez de instrumentos padronizados e atualizados no campo da gestão de pessoas, sobretudo na área de saúde. Também se observa a inexistência de instrumentos específicos que avaliem o capital humano no Brasil.

No caso brasileiro, os estudos de validação de medidas de avaliação do capital humano ainda não contemplam um instrumento que avalie os constructos satisfação com o trabalho, satisfação com sua participação, motivação, desenvolvimento de carreira e oportunidades, identificação e comprometimento e bem-estar pessoal.

Assim, emergiu a necessidade de buscar na literatura internacional instrumentos de medidas com essas características e já validados.

Haja vista a pequena quantidade de medidas brasileiras desenvolvidas e validadas para avaliar o capital humano

na saúde, principalmente no que diz respeito à padronização de medidas de avaliação da qualidade do capital humano nos processos de acreditação dos serviços de saúde.

Para o desenvolvimento do *Cuestionario del Capital Humano*, Yepes-Baldo, Romeu e Berger (2013) utilizaram o referencial da Psicologia do Trabalho, para conceitualização e operacionalização da componente capital humano, buscando a homogeneidade e para torná-lo o mais compreensível. Foi aplicado em diferentes países europeus e testado os seus indicadores e analisando a sua estrutura, a qual foi considerada estável (YEPES-BALDO, 2010). A versão original do questionário HCQ foi em espanhol (HCQ-S). Os itens foram traduzidos e voltam traduzidos e adaptados para Catalão (HCQ-C), Inglês (HCQ-E), Polonês (HCQ-PL) e Português (HCQ-PT) e aplicados em unidades hospitalares. O objetivo do processo de tradução era a manter o instrumento, seja tão próximo quanto possível do original, mantendo o sentido de cada pergunta e da mesma estrutura apresentada pelos autores. Embora o *Cuestionario del Capital Humano* tenha atingido grande representatividade na Espanha, na Inglaterra, na Polônia, ainda não foi utilizado em países em desenvolvimento e na área de Atenção Primária de Saúde.

Diante disso, percebendo a necessidade de intensificar os estudos sobre gestão de pessoas e ir além de análise de um processo contínuo que relaciona comprometimento, competências pessoais internas e externas, vem-se investigar de forma mais ampliada acerca do capital humano no contexto do cuidado à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção primária, buscando adaptar transcultu-

ralmente um instrumento de medida que realize um diagnóstico do potencial de inovação e identifique a força da produção de conhecimento do capital humano na saúde, fornecendo condições para melhorar a tomada de decisão quanto à formação de estoque de conhecimento

Nesse contexto investigativo configura-se como objetivo deste estudo: adaptar, traduzir e validar transculturalmente para o contexto brasileiro o *Cuestionario del Capital Humano*.

MÉTODOS

Este estudo é de caráter metodológico e se refere à adaptação e à validação de instrumentos e técnicas para a pesquisa e/ou para a prática (POLIT; BECKER, 2011). Trata-se de estudo de adaptação transcultural e validação de instrumento.

A adequação de instrumentos engloba adequação cultural, ou seja, o preparo deste para uso em outro contexto (BEATON, BOMBARDIER, GUILLEMIN & FERRAZ, 2000; HAMBLETON, 2005; SIRECI, YANG, HARTER & EHRLICH, 2006).

A adaptação transcultural obedeceu, em linhas gerais, a preconizada por Guillemin, Bombardier e Beaton (2000), em seu *Guidelines for the cross-cultural adaptation process*, apoiado pela *Academy of orthopaedic Surgeons e Institute for Work & Health*, o qual tem por base o refinamento da proposta do mesmo autor (1993) conforme figura apresentada a seguir: tradução, síntese, retrotradução, avaliação por um comitê de especialistas e avaliação externa (pré-teste).

Foi realizado durante os seguintes períodos: período de revisão da evidência científica, período do processo de adaptação transcultural e validação e período de análise dos dados e elaboração da versão final adaptada.

O instrumento

Questionário ou escala de medida é um instrumento constituído por uma série de itens relacionados que são pontuados. As pontuações das respostas a esses itens são somadas para gerar um escore composto. Este escore composto permite uma discriminação quantitativa entre os sujeitos em termos do atributo que estão sendo medidos ((YEPES-BALDÓ, ROMEO, BERGER, 2013; VALLEJO *et al.*, 2006).

Para o desenvolvimento do *Cuestionario del Capital Humano*, Yepes-Baldo, Romeu e Berger (2013) utilizaram o referencial da Psicologia do Trabalho, para conceitualização e operacionalização da componente capital humano para que ele seja mais homogêneo e compreensível. Para fazer isso, foram testados os seus indicadores e analisados como a sua estrutura é estável em diferentes países europeus (YEPES-BALDO, 2010).

A primeira aproximação para o desenvolvimento deste instrumento veio com o desenvolvimento do estudo “*La Calidad de los Procesos y Recursos Humanos como parte de La Calidad del Sistema Humano de La Organización: conceptualización y medida*” (QUIJANO, CORNEJO, YEPES Y FLORES, 2005) em que foi desenvolvido um sistema de auditoria do capital humano. Contudo, este instrumento

optou por medir dimensões voltadas para o monitoramento das pessoas em relação, principalmente, à produtividade *versus* qualidade.

Todos os componentes do *Cuestionario del Capital Humano* foram testados e se encontraram psicometricamente medidos e avaliados dentro do campo de estudo da Psicologia Organizacional (YEPES-BALDO, ROMEO, BERGER, 2010). Trata-se, no essencial, de uma ferramenta de gestão do capital humano que poderá ajudar na procura de soluções para a medição de ativos estratégicos, podendo ser definido como o conjunto de medições das práticas coletivas que farão com que as tomadas de decisão da gestão de pessoas sejam consistentes entre si e alinhadas e com impacto nos objetivos estratégicos organizacionais. O instrumento tem como objetivo a avaliação organizacional e o coletivo, pois considera que o comportamento individual permite identificar as áreas de melhora, monitorizando, simultaneamente, o progresso da organização na criação e desenvolvimento das competências e alocação de profissionais que se necessita para o alcance dos objetivos.

O *Cuestionario del Capital Humano* é um instrumento utilizado para mostrar a percepção dos profissionais sobre a gestão de pessoas no trabalho e sobre suas relações laborais, revelando, assim, diagnósticos organizacionais. Ele é composto por 37 questões, divididas em seis dimensões analíticas: identidade e comprometimento, motivação, satisfação com sua participação, desenvolvimento e oportunidades de carreira, bem-estar no trabalho e satisfação com a chefia. O questionário se utiliza da Escala de Likert, graduada em cinco níveis para os 42 itens, desde “discordo

totalmente”(1) até “concordo totalmente”(5). As variáveis categóricas com cinco escalas de respostas, como os itens, foram recodificadas em categóricas de três escalas (problemas, neutra e não problemas).

Procedimento de coleta de dados:

No primeiro momento prévio ao estudo, foi realizado um contato com a autora do questionário original (versão original - espanhol). Depois deste primeiro contato, foi detectada a necessidade da realização do Convênio Interuniversitário entre a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Universidade de Barcelona. Antes de começar oficialmente o estudo metodológico de adaptação transcultural do instrumento, foi realizada uma visita à Universidade de Barcelona com a autora do questionário para explicar a proposta do estudo, entregar os documentos solicitados através de *e-mail* e assinar o convênio.

No segundo momento, realizou-se contato com o painel de tradutores (espanhol e brasileiro) que cumpriam com os requisitos. Os tradutores que aceitaram participar do estudo, foram contratados através do Convênio Interuniversitário com a Universidade Católica de Múrcia (UCAM). Através de um vídeo reunião foram explicados os objetivos do estudo e foi confirmado a participação de cada um deles.

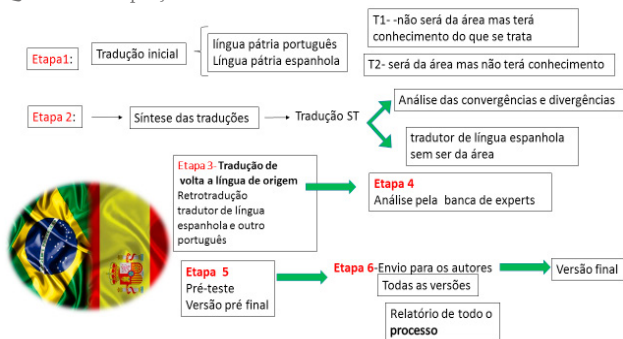
No terceiro momento, foi formada uma banca de examinadores que avaliaram a escala após a tradução e foram convidados a participar do estudo mediante contato oral e por *e-mail*, onde receberam uma carta-convite, que após confirmação de aceite foi encaminhado por meio de *e-mail*,

o Termo de Esclarecimento sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a cópia do questionário já traduzido e o instrumento de avaliação.

No quarto momento, foi realizado contato direto com os gestores e os profissionais das Regionais participantes do estudo, para formar a amostra necessária para a fase do pré-teste cognitivo. Assim, foi feita uma reunião explicando os objetivos do estudo e solicitando a participação de todos; aproveitando a oportunidade, também foi esclarecido que eles iriam participar de dois estudos: processo de adaptação e validação e da aplicação do questionário já validado.

O quadro a seguir traz o demonstrativo dos passos de todo o processo.

Quadro 1: Adaptação transcultural de instrumentos de medida.



Fonte: Baseado em: GUILLEMIN, BOMBARDIER E BEATON, 1998; BEATON DE, BOMBARDIER C, GUILLEMIN F, FERRAZ MB., 2002.

Etapa 1 Tradução inicial

Para o processo de tradução e retrotradução do *Cuestionario del Capital Humano* (YEPES-BALDO, BERGER, ROMEU, 2013), contou-se com a participação de 2 tradutores para cada fase que seguiram os critérios estandardizados de domínio idiomático e cultural, além de cumprir com os seguintes requisitos: 2 tradutores de idioma nativo espanhol e possuir domínio da língua portuguesa; dois tradutores de língua nativa portuguesa-brasileira e possuir domínio da língua espanhola; e possuir domínio da língua espanhola; ter produção científica na área de gestão ou de estudos metodológicos; aceitar participar da pesquisa; assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Na etapa 1 efetivou-se a tradução para a língua portuguesa-Brasil do ponto de vista semântico, cultural e conceitual, por duas tradutoras bilíngues cujo idioma de origem era o português, uma ciente da pesquisa e outra não. As traduções (T1 e T2) foram realizadas de forma independente, para obter uma versão mais apropriada do material original. O tradutor 1 não foi da área de gestão de pessoas, administração e nem da saúde e foi informado do objetivo da tradução. O segundo tradutor tinha experiência na área de gestão de pessoas e/ou da área de saúde e não foi informado do objetivo da tradução (BEATON et. al., 2002).

Os dois tradutores distintos dominavam o idioma original do instrumento (espanhol) e aquele para o qual foi traduzido (português). Por meio de reunião com a pesquisadora, cada tradutor recebeu um guia específico para cada um, já que o conhecimento do instrumento não será comum, com as instruções do trabalho a ser realizado, sen-

do destacada a importância da equivalência semântica dos termos, em detrimento de apenas uma tradução literal.

Foi elaborado um instrumento específico, autoperceivível para a tradução e comentários pertinentes, sendo solicitado que cada tradutor atribuísse uma nota, variando de 0 (nenhuma dificuldade) a 10 (dificuldade máxima) que expressasse o grau de dificuldade na tradução de cada item e opção de resposta.

Etapa 2 Síntese das traduções

Nesta etapa, foi trabalhado com o instrumento original e as duas traduções (T1 e T2) para a elaboração da síntese das traduções realizada por um terceiro tradutor de língua pátria espanhola sem conhecimento prévio dos objetivos do instrumento. Esta síntese é rigorosamente registrada quanto a cada item do instrumento e como as divergências foram resolvidas. Ao final, as três versões foram comparadas, discutidas as diferenças e, então, as discrepâncias solucionadas e ajustes realizados por consenso entre os tradutores foi formulada uma versão síntese, que foi denominado de VS (BEATON et. al., 2002).

Tradução de volta a língua de origem (*back translation*)

O procedimento adotado nesta etapa, consiste no envio do instrumento traduzido (VS) para a língua oficial, por dois tradutores (um de língua pátria espanhola e outro de língua pátria português-Brasil) nas formas coloquiais da

língua de origem do instrumento a ser traduzido, que é o espanhol e que não tiveram nenhum conhecimento prévio da intenção e conceitos do material e realizaram este processo de forma independente.

Antes de encaminhar para a autora, as três traduções também foram avaliadas por intermédio de reunião com a pesquisadora e os dois orientadores do estudo, gerando, assim, a primeira versão de consenso. Foram analisados a redação, o uso da linguagem coloquial e a equivalência do sentido (semântica) das perguntas e respostas pelos tradutores. Posteriormente, a versão traduzida para a língua portuguesa brasileira foi analisada por cinco profissionais da área de gerenciamento de pessoas, para avaliação da equivalência cultural (comitê de especialistas).

A versão final em português, adaptada do espanhol original, foi traduzida para o espanhol novamente, e reenviada para a autora do questionário original para que essa pudesse avaliar a versão, (BEHLING, 2000) em que foi seguido o seguinte protocolo: após a tradução, a pesquisadora junto com seus orientadores, realizou-se a síntese, trabalhando com as versões traduzidas e a original, organizando todas as versões em um único documento para apreciação das autoras. Todos os documentos gerados em todas as fases do processo de tradução do instrumento, bem como as alterações sugeridas para a adaptação cultural, foram encaminhados para as autoras do instrumento, para a sua aprovação final. A autora aceitou a proposta sem nenhuma alteração.

Todas as versões geradas, juntamente com o questionário original, foram encaminhadas ao painel de juízes com o objetivo de produzir uma versão final mais próxima e fidedigna da versão original.

Revisão por especialistas

A busca pelos juízes se deu através do levantamento dos Programas de Doutorado das Universidades localizadas em Fortaleza, local onde foi aplicado o questionário, com busca no LATTES dos juízes com *expertise* na temática, que pertenciam às três universidades a qual o Doutorado de Saúde Coletiva Associação Ampla encontra-se inserido.

Os critérios de seleção dos examinadores seguiram os seguintes aspectos, tendo este que pontuar no mínimo sete para serem convidados à banca, conforme quadro abaixo:

Quadro 2: Critérios de escolha da Banca de especialistas. 2015.

CRITÉRIOS
Ter no mínimo três anos na área de gestão.
Ter conhecimento do idioma espanhol.
Ter pós-graduação <i>strictu sensu</i>.
Ter produção científica.
Ter especialização em sua área de atuação.
Aceitar participar da pesquisa.
Ter participado anteriormente de pesquisa envolvendo a tradução e validação de escalas.
Assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Fonte; elaborado pela autora. 2015.

Todas as versões produzidas anteriormente foram comparadas pela banca de juízes composta por professores com formação de médico (um), dois enfermeiros, um admi-

nistrador e três psicólogos. Neste momento foi verificado se havia equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre as versões.

Para avaliação do instrumento realizada pelos sete juízes responsáveis pela avaliação semântica, idiomática de conteúdo e cultural, foi utilizada uma escala somente de três valores: -1 equivalente, 0 indeciso e +1 equivalente.

Foram considerados válidos as assertivas que apresentaram índice maior ou igual a 0,8. O Coeficiente de Kappa (k) foi utilizado para avaliar medidas de concordância interjuízes. O Coeficiente de Kappa faz análise de confiabilidade e corresponde a uma medida de concordância e o valor varia de 0 a 1. O valor 1 indica total concordância (HULLEY et. al., 2008)

Pré-teste cognitivo

Para avaliar a compreensão verbal do instrumento, a clareza das questões e contribuir na avaliação de sua equivalência operacional, um pré-teste do instrumento foi realizado com uma amostra não aleatória de 15 gestores que trabalham nas Regionais de Saúde IV e V na cidade de Fortaleza. A aplicação do pré-teste teve como objetivo a avaliação do instrumento a ser utilizado na coleta de dados no que diz respeito à adequação das questões, sua forma, compreensão e clareza, para os profissionais de saúde das unidades de Atenção Primária de Saúde (APS).

A versão do questionário revisada pelos especialistas foi aplicada a uma amostra de 15 profissionais: enfermeiros (6), médicos (2), nutricionista (1), odontólogos (3) farmacêuti-

co/bioquímico (2), administrador (1), com média de dois anos na função, idade entre 34- 42 anos. Oito eram do sexo feminino (53%) do âmbito do estudo, para observar tempo de resposta, grau de dificuldade para entender as perguntas, identificar perguntas confusas ou ambíguas. Foi elaborado um relatório de todas as informações do pré-teste cognitivo.

Os profissionais foram previamente convidados a participar da pesquisa como voluntários e foi-lhes solicitado que indicassem o quanto compreenderam de cada item do instrumento, por meio de uma Escala Likert: 0 (não entendi nada); 1 (entendi só um pouco); 2 (entendi mais ou menos); 3 (entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas); 4 (entendi quase tudo) e 5 (entendi perfeitamente e não tive dúvidas). As respostas 0, 1, 2 e 3 foram indicativas de compreensão insuficiente.

Os profissionais foram ainda orientados a descrever qualquer tipo de incompreensão das questões e sugerir alterações, justificando as razões para as mesmas. O público-alvo avaliou o conteúdo do questionário quanto à sua organização, estilo da escrita, aparência e relevância.

O pré-teste teve como objetivo identificar, por um lado, más interpretações das questões e, por outro, dificuldades em responder, para que o questionário possa ser utilizado em diferentes cenários de saúde: um primeiro aplicado em uma regional de forma aleatória e o outro numa regional intencionalmente que possuía características socioprofissionais diferentes da primeira opção de aplicação (KROSNICK, 1999).

A execução do pré-teste, segundo Yin (1989), ajuda o investigador a refinar os seus procedimentos de coleta e

registro de dados e propicia a oportunidade para testar os procedimentos previstos.

Para análise de confiabilidade do instrumento foi realizado por meio do coeficiente de Alfa de Cronbach para todas as dimensões e para cada dimensão individualmente. Esse indicador reflete o grau de covariância dos itens entre si. Seus valores variam de 0 a 1; quanto maior o valor maior a consistência interna e maior a de concordância entre os itens (PASQUALI, 2009).

A validade testada foram: de conteúdo, (a qual avalia a capacidade dos itens de representar adequadamente as dimensões do conteúdo do instrumento.), incluindo seis aspectos de equivalência: conceitual (busca a existência de um conceito comum nas duas populações, aquela em que a escala foi desenvolvida e aquela em que vai ser aplicada), de itens (em que os conceitos são investigados, geralmente, por meio de perguntas ou itens que sejam correspondentes nos dois idiomas), semântica (envolve a transferência de significado das palavras contidas no instrumento original para a versão), operacional (refere-se ao formato do instrumento, métodos de medida, forma de aplicação), de mensuração (refere-se às propriedades psicométricas do instrumento) e funcional (ambos os instrumentos, original e nova versão devem medir os mesmos conceitos em culturas diferentes).

Entende-se por validade um importante critério para a avaliação de instrumentos no qual se avalia o grau em que o instrumento mede o que se propõe a medir (POLIT; BECK, 2011; HULLEY *et al.*, 2008).

A validade de conteúdo é obtida por meio de julgamento do comitê de especialistas, durante o processo de

adaptação e tradução, quando conferem, igualmente, ao instrumento equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual (NAVARRO, *et al.*, 2011).

“A validação é um processo contínuo, que inclui vários procedimentos para verificar se o questionário efetivamente mede realmente o que disse medir.” (ABADE *et al.*, 2006, 61)

Finalmente, foi elaborada a versão final português do Brasil no questionário. Após a construção da primeira versão, o material foi submetido ao processo de validação onde foi avaliado a sua adequação antes da aplicação com os profissionais. A validação aumenta a confiabilidade do produto e possibilita a utilização do mesmo em larga escala. A apreciação e análise pelos especialistas visava analisar a adequabilidade do questionário para os objetivos propostos na tese.

Em relação à validade de constructo, esta foi realizada pelo grupo de pesquisadores da Espanha, para onde foram encaminhados todos os dados coletados no Brasil. Foi efetivada a análise fatorial exploratória (EFA) para estabelecer a estrutura interna do instrumento na Espanha e demais países, achando as autoras do instrumento desnecessário passar pelo mesmo processo no Brasil. No que se refere à validade de constructo, o Questionário do Capital Humano mostrou-se correlacionada com conceitos de comprometimento, de bem-estar e de comportamentos no âmbito da organização relevantes na literatura sobre o temática capital humano. Apresentou correlação direta e significativa com motivação, satisfação com o trabalho e apoio social.

A pesquisa respeitou a condição humana e cumpriu todos os requisitos de autonomia, não maleficência, justiça

e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que emitiu o parecer favorável a pesquisa sob o número 1.039.255/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A adaptação transcultural do instrumento de avaliação do Capital Humano

Após a revisão realizada pela equipe multidisciplinar e a totalidade dos tradutores no processo e de tradução e retrotradução, foi obtido uma boa correspondência com um índice de concordância de 95%.

O Comitê de Juízes considerou que não era necessário excluir nenhum item, porém alguns foram reformulados (SP 2,3,4, e WB 4). Salienta-se que não houve a inclusão de outros itens. O instrumento, após a avaliação dos juízes, constou ainda de 37 assertivas tendo Índice de Validação de Conteúdo (IVC) 0,9 e Kappa com valor de 0,8.

Quadro 1 – Assertivas modificadas após avaliação da banca de especialistas. Fortaleza, 2015.

	Original	Síntese das Traduções	Proposta da banca
SP2	Creo que el nivel de participación que existe es eficaz.	Creio que o nível de participação que existe é eficaz.	Considero o nível de participação que existe eficaz.
SP3	Cuando hay que tomar decisiones que requieren una gran cantidad de información en esta organización, se facilita la participación de las personas que pueden disponer de información relevante.	Quando há que tomar decisões que requerem uma grande quantidade de informação nesta organização, se facilita a participação das pessoas que podem dispor de informação relevante.	Quando preciso tomar decisões que requerem uma grande quantidade de informação nesta organização, se valoriza a participação das pessoas que podem dispor de informação relevante.
SP4	Cuando se necesita el compromiso de las personas para que se tome una decisión, en esta organización se potencia la participación de las personas implicadas.	Quando se necessita o compromisso das pessoas para que se tome uma decisão, nesta organização se estimula a participação das pessoas implicadas.	Quando se necessita o compromisso das pessoas para que se tome uma decisão, nesta organização é estimulada a participação das pessoas implicadas.
WB4	Generalmente en esta organización unos y otros tenemos buena disposición para buscar soluciones a los conflictos que se plantean.	Geralmente, nesta organização uns e outros temos boa disposição para buscar soluções aos conflitos que aparecem.	Geralmente, nesta organização uns e outros temos boa disposição em buscar soluções para os conflitos que aparecem.

Fonte: pesquisa direta. 2015.

Em relação aos resultados da fase do pré-teste no qual estava composto por uma amostra heterogênea de profissionais: enfermeiros (6), médicos (2), nutricionista (1), odontólogos (3) farmacêutico/bioquímico (2), administrador (1) que possuíam, em média, uma antiguidade de dois anos na função de coordenação de programas e/ou gestores de unidade, idade entre 34-42 anos e a maioria era do sexo feminino (53%). Os mesmos necessitaram de um tempo médio de preenchimento do instrumento de 18 minutos, com preenchimento mínimo de 11 minutos e máximo de 25 minutos, apresentando-se como um instrumento com um bom tempo de aplicação.

Elogiaram a apresentação do instrumento e a maioria dos profissionais classificou o instrumento como de fácil compreensão (86%), de preenchimento rápido (95%), relevante (92%) e aplicável (100%).

Do conjunto de 15 instrumentos respondidos, 10 participantes atenderam à solicitação de registrar suas opiniões acerca da clareza, facilidade de entendimento, adequação e compreensão de cada questão, no item intitulado observações gerais.

Para análise dos registros dos profissionais nesta fase, foi realizada uma leitura do instrumento de avaliação do questionário para o pré-teste, feito uma classificação temática em que foi identificado três categorias após análise: sugestões para a melhoria do instrumento; dúvidas nas assertivas e contribuições de crítica ao instrumento.

A primeira categoria foi definida pelas sugestões para a melhoria do instrumento:

[...]. Acho algumas questões muito repetitivas ICI6 e ICI7 [...] (Participante 12);

[...]. Trocaria a palavra implicados na assertiva SP4, por envolvidos [...] (Participante 9);

[...]. Na assertiva “Geralmente, nesta organização, uns e outros temos boa disposição em buscar soluções para os conflitos que aparece WB4, sugiro trocar organização por unidade de saúde [...] (Participante 3).

Algumas palavras mais conhecidas pelos participantes foram incluídas para facilitar a compreensão das frases âncoras das respostas dos itens.

Numa segunda categoria, foram concentradas as respostas cujo enunciado atém-se às dúvidas:

[...]. Não fica claro na assertiva SM8 “Apresenta as coisas com um enfoque que me estimula”; seria interessante explicar no decorrer da aplicação do instrumento [...] (Participante 8);

[...]. O que quis dizer na SM 2 com “cria formas para nos motivar”? Quer dizer tentando estimular na prática? [...] (Participante 6);

Finalmente, na terceira categoria foram arroladas as contribuições de crítica ao instrumento.

[...]. A forma de apresentação traz o instrumento dividido em tabelas, que o deixa com aspecto de longo sem, no entanto, ser [...] (Participante 5).

[...]. A gente fica sem entender o que significa as siglas diante de cada assertiva. Se puder explicar na aplicação seria melhor [...] (Participante 1).

De modo geral, pode-se afirmar que o pré-teste cumpriu a função para a qual foi proposto, qual seja, indicar a falta de clareza que porventura existissem nos enunciados das 37 assertivas e que, com certeza, poderiam ser causadoras de dificuldades de entendimento e compreensão para os participantes da pesquisa.

Portanto, o questionário foi reformulado levando-se em consideração as contribuições recebidas dos participantes. Optou-se por manter o tempo verbal no presente em todo o questionário, como no original em espanhol, uma vez que o instrumento não determina um período ao qual o participante deve se referir ao responder às questões.

Atendendo a orientação de Anastasi e Urbina (2000) segundo a qual a validade de face de um teste, apesar de não se confundir com a validade de conteúdo, também é importante e refere-se ao teste “parecer válido” para os participantes, realizou-se um trabalho de arte final e impressão a *laser*, o que deixou o instrumento reduzido de oito para

seis páginas, além de mais inteligível e mais atraente em sua versão final.

Em relação à consistência interna mediante Coeficiente de Alfa de Cronbach todas as dimensões obtiveram valores entre aceitável ou bom, e duas delas com valor de moderado a alto: “satisfação com os gerentes (0,95) e “satisfação com a participação (0,92)”. A de menor valor foi a dimensão “motivação”. (Tabela I). Mesmo não existindo um consenso em relação ao valor mínimo do Alfa de Cronbach para considerar uma dimensão questionável, a grande maioria dos autores consideraram aceitável maior de 0.6. (NUNNALLY (1967); KAPLAN & SACCUZZO, 1982; HUH, DELORME & REID, 2006).

Tabela 1 – Consistência interna das dimensões por Alfa Cronbach .

DIMENSÃO	ITENS QUE SE AGRUPAM		Alpha de Cronbach
	Nº Total	Itens incluídos	
Identidade e comprometimento	10	ICI1,ICI1, ICI3, ICI4, ICI5, ICI6, ICI7,ICI8,I-CI9,ICI10	0,84
Satisfação com os gerentes	10	SM1, SM2, SM3, SM4, SM5, SM6 SM7, SM8, SM9, SM10	0,95
Satisfação com a participação	5	SP1, SP2, SP3, SP4, SP5	0,92
Bem-estar profissional	5	WB1, WB2, WB3, WB4, WB5	0,87
Desenvolvimento e oportunidade de carreira	4	CD1, CD2, CD3, CD4	0,87
Motivação	5	M1, M2, M3	0,64

Fonte: pesquisa direta, 2015.

A correlação de cada dimensão com o total variou de 0,64 a 0,95, demonstrando valores de moderado a forte, o que indica uma confiabilidade aceitável.

Em comparação com outro estudo (está faltando alguma coisa aqui??), a fidelidade da escala foi estimada segundo a consistência interna por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, sendo que o valor foi de 0,92. Faz-se uma reflexão, sobre as evidências científicas no que diz respeito às adaptações transculturais, onde se tem procurado instrumentos confiáveis, compreensíveis e de fácil aplicabilidade em diferentes culturas, com o objetivo de instrumentalizar a prática assistencial (GIL-MONTE; ROJAS; OCANA, (2009).

CONCLUSÃO

O Questionário do Capital Humano (QCH) mostrou-se um instrumento de fácil leitura e compreensão e, conseqüentemente, de fácil aplicação. Essas características se devem, principalmente, ao fato de possuir itens claros, objetivos, sem a utilização de coloquialismos, expressões idiomáticas ou fazer referências a experiências do cotidiano da cultura original.

As sugestões da banca de juízes e dos participantes de melhorias propostas ao instrumento foram acatadas. O Questionário do Capital Humano entre seus pontos positivos, encontra-se o fato de ser um questionário de fácil compreensão, de rápida aplicação e de fácil preenchimento, com possibilidades de reapplicabilidade da metodologia. Podem-

do ser aplicado rotineiramente como prática dos processos de trabalho nas unidades de saúde, demonstrando assim utilidade no cotidiano da gestão de pessoas da atenção primária à saúde, favorecendo processos avaliativos de natureza interna (autoavaliação) e externa e configurando-se como um instrumento de institucionalização da avaliação para implantação de programas de melhorias de qualidade.

Ressalta-se aqui que a adaptação do questionário foi realizada com aplicação na atenção primária, o que complementou as validações realizadas em outros países e em outras línguas, que foi feito em contextos hospitalares de médio e grande porte. Isso confirma que o modelo é aplicável em diferentes organizações de saúde, e garante a sua robustez conceitual.

Nesse contexto, a disponibilidade do QCH, adaptado para a língua portuguesa do Brasil, poderá auxiliar os profissionais da saúde envolvidos tanto na elaboração quanto na utilização de diretrizes para a avaliação da gestão de pessoas, contribuindo, assim, no processo de qualificação da gestão em saúde.

REFERÊNCIAS

ABAD, F.J.; GARRIDO, J.; OLEA, J.; POSONDA, V. **Introducción a la psicometría: teoría clásica de los tests y teoría de la respuesta al ítem.** Madrid: Universidad Autónoma de Madrid (UAM), 2006.

ANASTASI A & URBINA S **Testagem psicológica.** 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 575 p. ISBN 85-7307-615-1.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. e FER-
RAZ, M. B. **Recommendations for the cross-cultural adapta-
tion of health status measures.** American Academy of Ortho-
paedic Surgeons and Institute for Work & Health. Revisada
em Março/2002. Disponível em:<<http://www.dash.iwh.on.ca>>.
Acesso em: 25 jan. 2016.

BEHLING O, Law KS. **Translating questionnaires and other
research instruments: problems and solutions.** Thousand Oaks:
Sage; 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/96.De-
creto nº 93.333 de janeiro de 2012.** Estabelece critérios sobre
pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. 4 supl. 2: 15-25,
2012.

GIL-MONTE, P. R., ROJAS, S. U. E OCANA, J. I. S. Validez
factorial del Cuestionario para la evaluación del Síndrome de
Quemarse por el Trabajo. (CESQT) en una muestra de maestros
mexicanos. *SaludMental*; Vol. 32, No 3. 31:205-214.2009.

HUH J, DELORME DE Y REID LN. Perceived third-person
effects and consumer attitudes on preventing and banning DTC
advertising. *Journal of Consumer Affairs*, 40, 90, 2006

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abor-
dagem epidemiológica.** [Tradução Michael Shumidt Ducan e
Ana Rita Peres]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NAVARRO J, YEPES M, AYALA Y, QUIJANO S. An integrated
model of work motivation applied in a multicultural sample.
*Rev Psicol Trab Organ.*2011; 27: 177-190

NUNNALLY, J. **Psychometric methods.** New York:McGraw
-Hill Book Co., 1967

KAPLAN, R. M. & SACCUZZO, D. P. **Psychological testing:
Principles, applications and issues.** Monterey (CA): Brooks/
Cole.1982.

KROSNICK, J. A. Survey research. **Annual Reviews Psychology**, n. 50, p. 537-567, 1999.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP 2009; 43(Esp):992-9 Disponível em: <www.ee.usp.br/reecusp/>. Acesso em: 24 mar. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUIJANO S, NAVARRO J, CORNEJO J. M. Un modelo integrado de compromiso e identificación con la organización: análisis del cuestionario ASH-ICI [An integrated model of commitment and identification with the organization: analysis of the questionnaire ASH-ICI]. **Rev Psicol Soc Apl**. 2000; 10, 27-61. (in Spanish)

VALLEJO P, SAURA RM, SUNOL R, KAZANDJIAN V, UREÑA V, MAURI J. A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework. **Int J Qual Health Care**. 18: 327-335. 2006

YEPES-BALDO, M. **El constructo psicosocial de calidad de los procesos y recursos humanos. Desarrollo teórico y validación empírica**. [The psychosocial construct of quality of processes and human resources. Theoretical development and empirical validation]. Department of Social Psychology, University of Barcelona, Doctorate Thesis 2010 (in Spanish). Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10803/77653>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

YEPES-BALDO, M.; ROMEO, M.; BERGER, R. Human Capital Questionnaire: assessment of European nurses' perceptions as indicators of human capital quality. **Nursing and Health Sciences** (2013), 15, 229-234

YIN, RT K. **Case study research: design and methods** sage publications. Thousand Oaks, 4th ed. 2009, p. 240

TEMA 2

HISTÓRIA, FLUXO E REDE



... toda sociedade, mas também todo indivíduo, são pois atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra molecular. Se elas se distinguem, é porque não têm os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas se são inseparáveis, é porque coexistem, passam uma para a outra...

Deleuze & Guattari, 1996

CAPÍTULO 6

DISTINTAS TRAJETÓRIAS NO FAZER-SE PSIQUIATRA REFORMISTA

Taís Bleicher

José Jackson Coelho Sampaio

INTRODUÇÃO

O Campo da Saúde Mental, no Brasil, viveu experiências diversas que não apresentam um processo de evolução linear. Sampaio (1988), ao realizar a periodização sobre a assistência psiquiátrica brasileira, aponta para momentos em que os loucos viviam nas ruas, nas cadeias, posteriormente destinados aos porões das Santas Casas, aos asilos, às colônias agrícolas, aos hospitais públicos e privados. O que é importante ressaltar é que esses momentos históricos marcam predomínio de forças, discursos legitimados pela ordem social, mas não modelos exclusivos.

Assim, ainda hoje, existem loucos vagando pelas ruas das pequenas e grandes cidades brasileiras; em instituições filantrópicas religiosas; em instituições herdeiras da filosofia manicomial; e nos hospitais públicos e privados. Cada um desses lugares é acompanhado por um discurso sobre o louco: aquele que não tem condições de viver em socieda-

de, que deve ser objeto de caridade, que deve se afastar do convívio do lugar que gerou o adoecimento. As instituições de cuidado aos loucos são disputadas por religiosos; pela assistência pública e pelas instituições particulares. Nesta disputa, misturam-se questões políticas, econômicas, ideológicas, éticas e técnicas.

O Campo da Saúde precisou se posicionar a partir da tensão entre os objetos específicos e os critérios organizacionais das distintas profissões que o constituem. Desde o século XIX, severas críticas foram realizadas às instituições que cuidavam de loucos. Primeiro, às Santas Casas, onde eles se encontravam sem asseio e tratados de forma desumana (MOREIRA, 2011 [1905]). Em resposta às pressões populares, foi construído o Hospício Pedro II, que prestaria atendimento especializado, em condições de saúde adequadas. O Hospício Pedro II marca o início da era de ouro dos asilos. É importante salientar, portanto, que no Brasil, os hospícios nascem respaldados pelo discurso técnico, alinhado com as últimas correntes europeias em Psiquiatria.

Entretanto, a ordem médica psiquiátrica da época, como bem disse Foucault (2006), funcionou como poder, antes de funcionar com saber. A Psiquiatria se afastava do restante da Medicina. Enquanto a primeira construía discursos de cunho moral sobre o paciente, sem se preocupar sobre os fundamentos da doença mental, o restante da Medicina avançava a partir de um modelo positivista, com técnicas cada vez mais avançadas, que possibilitaram descobrir a origem de diversas doenças.

Esse estado de coisas perdurou ao longo do século XX. Hospitais e colônias agrícolas de cunho fortemente moral

ainda existiam, mesmo com os avanços da Psiquiatria no que tange à biologização da doença mental e tentativa de construção de um discurso positivista a seu respeito. Enquanto, no mundo, várias críticas eram feitas às instituições asilares (FOUCAULT, 2006; GOFFMAN, 2001), no Brasil, os internos eram vítimas de maus tratos, negligência e mortificações próprias a este tipo de vivência. Técnicas de eficácia terapêutica duvidosas, como o eletrochoque, eram utilizadas em massa, em detrimento das questões éticas subjacentes.

Desde a década de 1950, foram ensaiadas tentativas de reforma psiquiátrica. Entretanto, uma reforma psiquiátrica não tinha condições de acontecer, de fato, sem um sistema de saúde com o qual se articulasse. As tentativas de reforma, nas três décadas seguintes, portanto, fracassaram.

Foi somente após a Ditadura Militar (1964-1985), com a ebulição de diversos movimentos sociais que buscavam assegurar os direitos e garantias do cidadão na nova Constituição Federal, e com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que uma reforma psiquiátrica pôde acontecer. O SUS propõe-se a ser universal, integral, resolutivo, descentralizado, municipalizado, e contar com o controle social por parte da população.

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi balizada por quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental - CNSM. A primeira, ocorrida em 1987, tinha caráter doutrinador e criou as bases para uma nova política em saúde mental. Nesta conferência, várias críticas e sugestões foram direcionadas ao tema da formação dos recursos humanos em saúde mental. Neste período, a assistência em saúde mental era

marcada pela psiquiatrização do social; alienação das ações; centralidade da figura do médico, em detrimento das outras profissões; predomínio do discurso técnico, em detrimento do ético; prioridade para o tratamento, ao invés da prevenção; isolamento do doente, com consequente associação de morbidades relacionadas às longas internações e fortalecimento de estigmas.

Para que a Reforma Psiquiátrica se efetivasse, seria necessário, pois, uma mudança na formação dos seus trabalhadores. As universidades deveriam realizar uma transformação curricular que se articulasse com os princípios da reforma, segundo uma visão complexa e crítica do processo saúde-doença, em que se destacassem os determinantes sociais do mesmo, exigindo vasta articulação de saberes. Estas reivindicações aparecem textualmente no relatório desta primeira conferência (BRASIL, 1988). Passadas quase três décadas deste momento inaugural, como a universidade tem contribuído para a formação do psiquiatra? Que cenários os psiquiatras têm encontrado? Que motivações tiveram que os levaram a escolher esta profissão?

MÉTODO

Os dados apresentados neste trabalho são fruto da pesquisa da tese intitulada: “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde” (BLEICHER, 2015). Quixadá é uma cidade de, aproximadamente, oitenta mil habitantes que se localiza no Nordeste do Brasil e foi escolhida como sujeito histórico desta pesquisa devido às bem-su-

cedidas experiências no campo da saúde mental. Em 1993, seu prefeito, José Ilário Gonçalves Marques, deu início a uma série de transformações sociais de caráter democrático, com ênfase na modificação do sistema de saúde, por meio da implementação e efetivação do Sistema Único de Saúde. Para tanto, foram convidados especialistas de diversos campos de saber e vindos de distintos municípios para agirem como assessores nesta experiência. Neste cenário, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, que se propunha a ser um equipamento em Saúde Mental, em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Realizou-se estudo histórico sobre o período de 1993 a 2012, que engloba o nascimento do CAPS Geral de Quixadá e as quatro gestões municipais que se sucederam. A pesquisa adotou as perspectivas da História Social e da História Oral como referenciais teórico-metodológicos.

A História Social parte da noção de sujeito como agente do processo histórico e principal foco da abordagem historiográfica. Não abandona a perspectiva das estruturas e condicionantes históricos, mas a ela soma o interesse pela cultura e o cotidiano dos indivíduos, entendendo que são eles as bases materiais e simbólicas sobre as quais os sujeitos agem.

A História Oral pode ser compreendida dentro da multiplicidade epistemológica e técnica da História Social. Aproxima-se de um tempo presente, uma vez que busca o acesso direto aos personagens que fizeram parte do fenômeno estudado. Seus depoimentos não são tomados como relatos de verdade, mas contribuem para uma composição (THOMSON, 1997), no sentido de um processo dinâmi-

co, em contínua transformação, em que os sujeitos buscam compor suas reminiscências de forma a dar sentido ao passado, ao presente e articular sua trajetória pessoal à memória coletiva.

Para essa construção histórica, os trabalhadores que participaram da execução da política foram convidados a dar entrevistas. Um dos eixos norteadores da coleta de dados foi a trajetória profissional de cada um.

Com o objetivo de fazer uma reflexão sobre a formação e cenário da Psiquiatria no Estado do Ceará, foram selecionados três depoimentos: do primeiro supervisor da política de saúde mental de Quixadá, José Jackson Coelho Sampaio, psiquiatra formado na década de 1970; de um dos primeiros psiquiatras do serviço, Carlos Magno Cordeiro Barroso, formado na década de 1990, e de uma das atuais psiquiatras, Tatiana Pinho Carvalho, formada na década 2000. Todos se graduaram na Universidade Federal do Ceará-UFC e estiveram vinculados à experiência reformista de Quixadá.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das entrevistas indica pequena relação entre o desempenho crítico na prática psiquiátrica reformista e a experiência da formação acadêmica. Na verdade, para esses psiquiatras, a especialização foi escolhida pelo seu contrário: todos os três escolheram a carreira por eliminação daquilo que não queriam ser. O que pode apontar para questões da trajetória de vida dos entrevistados, anteriores ao curso de Medicina e a maneira como elas se articulam com o fazer

médico, ainda polarizado, lembrando o século XIX: de um lado, as especialidades mais ligadas ao positivismo biológico, e, de outro, a Psiquiatria, fronteira com o desconhecido.

Jackson Sampaio viveu em cidades pequenas do Nordeste brasileiro e teve a oportunidade de conviver com a loucura que se encontrava pelas ruas: “Eu tinha uma boa relação com os loucos da cidade (...). Havia uma atração (...). Os loucos gostavam de mim” (SAMPAIO, 2013, p. 01). Posteriormente, vinculou-se ao Partido Comunista, o que o levou a uma nova experiência com os loucos, desta vez, em um contexto e numa posição completamente diferentes: nos manicômios judiciários, como estudante de Medicina. Sobre sua trajetória na Medicina, relatou:

Na época, eu não tinha muita clareza sobre o quê que eu faria como especialização em Medicina. Eu tinha uma dificuldade muito grande de encarar o campo cirúrgico. Nem habilidade, nem gosto, nem filia emocional pela questão das cirurgias. Então achei que seria clínica, a princípio. Mas qual clínica? Então, apareceu a oportunidade de uma vaga de monitor da Psicologia Médica. (...). A outra oportunidade veio por intermédio do Partido, que queria que seus estudantes de Medicina fossem trabalhar no manicômio

judiciário (...) para identificar internos que, na verdade, fossem presos políticos. A proposta era, se existissem, recuperar os vínculos deles com as famílias e com o Partido (SAMPAIO, 2013, p. 01).

A época de graduação de Jackson Sampaio é a década de 1970, marcada, no Brasil, pelo regime militar e a luta de resistência democrática. Enquanto estudante, ele teve a oportunidade de conhecer os dois únicos hospitais psiquiátricos públicos do Ceará: Hospital de Saúde Mental de Messejana, com fins terapêuticos, e o Manicômio Judiciário, que era um Instituto Penal. A formação recebida na Faculdade de Medicina parece não ter exercido uma influência que se compare à vivida nesses dois ambientes.

Mas eu fui trabalhar no mundo psiquiátrico pela porta dos fundos, pelo pior lugar. O manicômio judiciário era uma coisa aterrorizadora. Ainda hoje deve ser, imagina naquele tempo? (...). Os anos eram de chumbo, o local deveria ter condições de abrigar umas noventa pessoas, mas abrigava 150. Distante 17 km de Fortaleza, pela BR 116, ficava em sítio isolado, ermo, não tinha ambulância, não tinha medicamento clínico, não

tinha telefone, a luz elétrica funcionava até às 22h. Ficávamos lá, de noite, entregues a nós mesmos. Cliente morreu nos meus braços, de problema hipertensivo, e eu não tinha um Isordil para uso sublingual. Outro morreu porque não tinha ambulância para poder deslocá-lo para a emergência de um hospital geral. (...). Havia clientes que não dormiam nem com 500mg de Clorpromazina (...). Eu, então, ficava na vigília (SAMPAIO, 2013, p. 02).

Sintetiza as suas impressões sobre o Manicômio Judiciário da seguinte maneira: “O manicômio judiciário era uma lixeira, uma lata de lixo inútil, abandonado. Quando o lixo não era nem reconhecido como insumo, com condição de reuso e reciclagem”(SAMPAIO, 2013, p. 2).

A situação do Hospital de Saúde Mental de Messejana – HSMM – não era um extremo melhor. Embora com o seu alegado fim terapêutico e em consonância com as terapias da época, a imagem do terror continuava:

Nesse hospital, logo no 1º plantão, o que vejo? Vejo umas 30 pessoas deitadas em camas vizinhas, grudadas umas nas outras. Ao lado de uma mesa e de um aparelho de eletrochoque, havia

um auxiliar de enfermagem, que pega o aparelho e, em série, vai aplicando os choques. Todos estavam amarrados e sem proteção nas bocas. Não percebi cuidado clínico prévio, nem especificidade de prescrição. Chamar aquilo de linha taylorista de montagem é pouco, o meu sentimento era de ver a aplicação do taylorismo ao terrorismo e à tortura. (SAMPAIO, 2013, p. 4-5).

Essas experiências profissionais, ao invés de afastá-lo da Psiquiatria, exerceram efeito contrário. A convivência, na juventude, com os loucos, com os presos políticos, com partido ilegal, tudo é sintetizado no gosto por “tudo que era socialmente marginal”(SAMPAIO, 2013, p. 1). Assim, na composição que realiza a respeito de sua trajetória, Jackson Sampaio hoje acredita que, primeiramente, a sua tentativa de humanizar os hospitais psiquiátricos, e, posteriormente, sua participação no movimento de reforma psiquiátrica brasileira, deram-se como resposta a estas experiências vividas, boas e terríficas, com as formas clássicas de enfrentar o fantasma da loucura.

Posteriormente, Jackson iniciou uma tentativa de humanização do próprio HSMM, no período de 1979-1983, que resultou em tema de sua futura dissertação de mestrado: *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis* (SAMPAIO, 1988). No

Brasil, participou ativamente das conferências nacionais de saúde e de saúde mental, da reforma psiquiátrica brasileira e de toda a movimentação política da Constituinte, da aprovação da Lei Orgânica da Saúde e da Lei de Reforma Psiquiátrica. Retornando ao Ceará, depois do Doutorado, foi supervisor de diversos serviços de saúde mental – inclusive o da cidade de Quixadá, no período 1993-2003, e teve a oportunidade de liderar experiências reformistas ao longo do território nacional. É professor universitário desde 1993, na Universidade Estadual do Ceará, e participou ativamente da criação do curso de Mestrado em Saúde Pública desta instituição e do curso de Doutorado em Saúde Coletiva, que se associa a outras duas universidades cearenses.

Um dos primeiros médicos do CAPS de Quixadá, Carlos Magno Cordeiro Barroso, apresenta uma trajetória profissional que, em diversos pontos, alinha-se com a de Jackson Sampaio. Sobre a sua motivação para escolher o curso de Medicina, falou que, na verdade, gostaria de ser psicoterapeuta. Mas, pela pressão familiar, escolheu o curso de Medicina. Entretanto, manteve o desejo de aliar a psicoterapia à prática Médica, “Eu nem tinha clara a possibilidade de ser psiquiatra e aí ser psicoterapeuta. A ideia era ser médico e psicoterapeuta. A psicoterapia, na realidade, era a grande meta” (BARROSO, 2013, p. 1).

Por isso, boa parte de sua formação profissional não se deu no curso de Medicina. Frequentou cursos e grupos de estudos relacionados à Psicologia, e também se dedicou, em aprofundadas leituras, de viés humanista, na formação em Biodança. Sobre a sua experiência no curso de Medicina, relatou:

A Faculdade de Medicina era uma mediocridade só. Fora alguns re-dutos de grandes intelectuais. (...). Mas assim, no geral, não era que os professores eram ruins, mas a estrutura da faculdade era muito teórica, muito sem direcionamento. Aliás, esta estrutura de graduação de todas as faculdades mata a possibilidade de formação filosófica, como antigamente eram as formações. Eu chamo até graduação de “gradeação”. Todas são “gradeações”. Foi muito terrível para mim a Faculdade de Medicina [Risos]. Então eu fiz essa promessa: não me submeto mais à mediocridade do diploma que não seja necessário. Jamais. Nem Pós-graduação, Mestrado, essas coisas... Só se for uma necessidade minha, pessoal, mas só para ter mais um título, não (BARROSO, 2013, p. 03).

A queixa que Carlos Magno faz à formação em Medicina aponta para uma estrutura acadêmica que não permitia a formação filosófica, com uma diminuta possibilidade intelectual. A formação em Medicina nos anos 1990 na UFC, segundo este relato, parece se aproximar de uma concepção de ciência médica positiva que a afasta das Humanidades, o que o levou a participar de diversos movimentos para transformar o currículo médico.

Assim como Jackson Sampaio, logo cedo, Carlos Magno se engajou politicamente. Participou do Centro Acadêmico de Medicina. Eram tempos em que a Ditadura Militar já tinha acabado e havia fortes ventos democráticos e cheios de esperança a insuflar os movimentos sociais. O movimento político estudantil de então se constituiu de outra forma. Segundo ele, pela primeira vez, as palavras de ordem de uma chapa para o Centro Acadêmico de Medicina não falavam de luta e de guerra. Eram letras de músicas populares. “Eu lembro que os colegas ficavam [dizendo]: “O movimento estudantil sempre foi feito com palavras de ordem!!! [Risos]. E a gente, fazendo poesia, ganhou a eleição do CA de Medicina” (BARROSO, 2013, p. 3).

A escolha pela Psiquiatria se deu a partir do internato no Hospital Saúde Mental de Messejana (HSMM). Neste período, o que encontrou lá foi bem diferente do que Jackson Sampaio encontrou, quando estudante, que participara da primeira elaboração de uma Residência Médica nos moldes do Ministério da Educação e Cultura, no início da década de 1980. Nesta mesma década, iniciativas de “modernização” do hospital psiquiátrico foram realizadas no que dizia respeito ao tratamento do paciente, aos processos de trabalho e à vinculação da prática com a pesquisa. Começava-se a discutir a necessidade de uma integração com uma rede assistencial e com a comunidade e de democratização institucional. Não se pensava ainda em acabar com os hospitais psiquiátricos, mas em humanizá-los (SAMPAIO, 1988). Não foi a experiência de terror que marcou Carlos, mas sim, as pessoas que encontrou:

(...) eu me lembro que fiquei muito marcado pelos olhares dos psicóticos. Eu não conseguia ver mentira. Eu pensei: pronto, encontrei gente honesta, sincera (...) Eu não tinha tido uma experiência dessa ainda. Fora isso, encontrei um professor no qual também percebi, além do médico psiquiatra, um profissional profundo, estudioso, curioso e intelectualizado. Foi o Dr. Eugênio Moura Campos, e sua prática, sua forma de atender, de atuar no ensino da Residência (...). Fiquei meio que deslumbrado com essa experiência e ela me abriu a possibilidade da psicoterapia. Então eu decidi. Bom, não ia mais ser médico e psicoterapeuta, iria ser psiquiatra (BARROSO, 2013, p. 01).

Carlos Magno decidiu cursar a Residência Médica em Psiquiatria, motivado, tanto pela experiência com os próprios psicóticos quanto como por profissionais do campo que conheceu. Ao entrar na residência, encontrou uma equipe de médicos brasileiros reformistas e antimanicomiais e foi bem reconhecido nas suas intervenções, o que o motivou ainda mais. “Bom, depois de certo tempo, uns três, quatro meses na Residência, o Governo do Estado expulsou todos os meus mestres [Risos] e colocou outros profes-

sores que vinham da Europa (...). A partir daí, não deu nada certo pra mim na Residência” (BARROSO, 2013, p. 2).

Estes outros professores, por sua vez, “ensimesmados ali dentro, na clínica - na chamada clínica” (BARROSO, 2013, p. 08), não reconheciam as intervenções que não fossem meramente “clínicas”. Carlos fez o relato de uma paciente grave que estava há dez anos internada no hospital. Ele e um professor haviam decidido tratá-la, e ela, rapidamente, apresentou melhoras e foi bem acolhida pela família. Já passava mais tempo em casa do que no hospital. Ele escolheu o caso para apresentar em seminário da Residência:

Aí nós preparamos tudo, as transparências bonitinhas, e a mulher foi para casa. Ficou meses em casa, e depois da apresentação, o coordenador olhou pra mim [Risos], pegou as transparências e disse: “Olha, doutor Carlos, isso aqui não vale nada”. Quer dizer, foi uma revolução, todo mundo achou o máximo, a mulher estava em casa (...). [A entrevistadora pergunta, sobre a fala do coordenador: ‘Mas, alegando o quê?’. Que não estava metodologicamente, cientificamente, dentro dos conformes. Aí, eu comecei a me desencantar (...). (BARROSO, 2013, p. 2008).

Essa experiência foi radical para que Carlos destituísse o discurso sobre a Academia e fizesse a sua trajetória, na medida do possível, afastada dela. A Academia encarnava a mediocridade, o metodologicamente construído que, muitas vezes, não apresenta uma resposta para a vida prática, especialmente no que diz respeito à complexidade da Saúde Mental. Abandonou a Residência Médica em Psiquiatria e, para poder obter o título de psiquiatra, atendeu às exigências da Associação Brasileira de Psiquiatria de passar cinco anos no exercício da atividade e se submeter a uma prova. Carlos Magno, ainda no mesmo evento em que se submeteu à prova de obtenção de título de Psiquiatria, já estava dando curso na área, junto a Jackson Sampaio. Manteve seus estudos, independente da Academia, acompanhando outros colegas ou por meio de supervisões clínicas. Participou de diversos eventos a convite do Ministério da Saúde ou dos Congressos Brasileiros de Psiquiatria a convite da organização do Congresso. Foi supervisor de treze CAPS de municípios cearenses, mesmo sem mestre ou doutor. Através de um instituto que criou, exerce atividades de formação em todo o Brasil. Publicou trabalhos em edições diversas, junto a Jackson Sampaio.

Mais de vinte anos após os primeiros marcos da reforma psiquiátrica no Brasil, era de se esperar que os estudantes do curso de Medicina já tivessem outra experiência organizacional-curricular, além de ética e técnica do curso. Tatiana Pinho Carvalho, que foi médica psiquiatra em Quixadá nos anos de 2012 e 2013, formou-se em Medicina na década de 2000. O Sistema Único de Saúde (SUS) já existia há duas décadas, as primeiras experiências de ser-

viços substitutivos aos manicômios já tinham uma década de existência. A democracia parecia uma conquista sólida, irreversível. Políticas públicas em diversos âmbitos foram criadas: na Educação, na Assistência Social, além, obviamente, da Saúde. As conferências nacionais de Saúde continuavam a acontecer. Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde. Neste contexto histórico, Tatiana ingressou na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Desde bem jovem, eu já tive essa vontade de ser médica. Eu entrei na faculdade, cursei a Universidade Federal do Ceará e, ao longo da faculdade, (...) eu me deparei com essa postura biomédica. Uma Medicina que muitas vezes não era humanizada (...). Durante muitos anos da faculdade, eu me sentia deslocada. Eu falei: “Não, eu não quero ser assim”. Até surgir a oportunidade de frequentar as cadeiras de Psiquiatria. Foi aí que eu me encontrei. Falei: “É essa Medicina que eu quero fazer”. Eu me identifiquei muito com os meus professores das cadeiras de Psiquiatria. Eu falei: “Pra mim, Medicina é isso” (CARVALHO, 2013, p. 01).

“Isso”, para Tatiana, “era um atendimento humanizado. Isso era ver o todo (...). Com o emocional, o físico e também o social. (...). Então veio daí a vontade de fazer Psiquiatria”(CARVALHO, 2013, p. 1).

Observe-se que, ainda no século XXI, a formação em Medicina da Universidade Federal do Ceará, segundo a entrevistada, permanece segmentada. De um lado, estaria a Psiquiatria, campo do cuidado, do atendimento humanizado, atento às questões emocionais, físicas e sociais. Do outro, especialidades que permanecem como áreas do conhecimento, portanto segmentadas das outras áreas, ao invés de se constituírem como campo de saber. A Psiquiatria não é mais o campo da moral e do não científico, como dois séculos atrás. Ao contrário: se insere no discurso biomédico, mas o ultrapassa e se permite o necessário diálogo com as Humanidades. Esta mudança já era sentida no corpo docente da instituição: “Pessoas que eram extremamente capacitadas do ponto de vista biomédico, então sabiam fazer exame físico, sabiam prescrever, mas que não deixavam de dar importância e de valorizar os aspectos emocionais dos pacientes. O que, para mim, era o fundamental” (CARVALHO, 2013, p. 1).

Tatiana se formou e, em seguida, entrou na residência médica em Psiquiatria, também no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Para o Jackson estudante, ela sequer existia; para Carlos, ela existiu, a mercê dos grupos e interesses políticos daqueles que estavam no poder. Tatiana já a encontrou dentro do contexto de uma política nacional de Saúde Mental, portanto, com linearidade e consistência maior, dentro da organização, em relação à Humanização, à

integração com as outras políticas públicas, aos serviços de atenção psicossocial.

Logo que terminei a faculdade, fiz a minha residência no Hospital de Saúde Mental de Messejana e foi uma residência muito boa, (...) que contribuiu muito pra minha formação de médica. Assim, a médica que eu saí da faculdade, com uma visão biomédica... Por mais que eu tivesse essa vontade de ser diferente, mas eu saí com essa visão biomédica. (...) Principalmente, porque eu tive a oportunidade de aprender muito sobre psicoterapia, porque na residência, a gente tem várias cadeiras. (...) E esses conhecimentos foram importantíssimos pra mim, para ter essa postura humanizada (CARVALHO, 2013, p. 2).

Lá, a Residência, apesar de ser num hospital... Pelo menos os meus professores da Residência não tinham essa visão hospitalocêntrica. Eles já tinham essa visão da reforma psiquiátrica. (...). E tinham essa consciência de que o internamento era só para casos extremos. (...). E, inclusive, a maioria dos professores lá do hospital, além de trabalhar no

hospital, também trabalhava em CAPS. Então, tinham uma visão dos dois lados. E a gente, também, além de trabalhar no hospital, durante a Residência, fazia parte da nossa grade também passar pelos CAPS. Então a gente saía, sim, com uma visão do todo (CARVALHO, 2013, p. 2).

Tatiana terminou sua residência em 2012 e sua primeira experiência profissional foi no município de Quixadá. Neste momento, Quixadá já contava com dois equipamentos CAPS – o Geral, de onde Jackson foi supervisor; e, Carlos, supervisor e médico clínico e psiquiatra – e o Álcool e Drogas. Tatiana trabalhou nos dois.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três psiquiatras que participaram deste estudo engajaram-se em experiências reformistas, mas os dois primeiros não aprenderam sobre isso nem no curso de Medicina, nem em uma Residência em Psiquiatria e nem nas instituições nas quais trabalharam. Jackson carrega as boas experiências da convivência com os loucos na juventude e as questões éticas, técnicas e políticas concernentes ao “terror” praticado nos manicômios brasileiros da década de 1970. Para ele, a discussão sobre Psiquiatria se situava em um contexto maior, político, que se relacionava às questões de democracia e autoridade do período. Carlos carrega a

motivação anterior à entrada na universidade, relacionada à Psicoterapia. Certamente, isso o leva a aproximar o fazer médico às Humanidades, a uma visão de mundo maior do que a meramente técnica e organo-positivista. A participação política também se alia ao fazer médico e cria uma concepção de Atenção Psicossocial – vertente na qual é ativista.

Tatiana encontrou na Psiquiatria um campo que articula e integra diversos saberes e competências técnicas, narrativas e relacionais que carregam o signo da Humanização.

Jackson, Carlos e Tatiana são personagens representativos da evolução psiquiátrica no Estado do Ceará. Os três se formaram na mesma universidade e atuaram no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Seus depoimentos apontam para um evoluir histórico-político no campo da assistência em Saúde Mental no Estado e, ao mesmo tempo, para o cenário nacional. A análise de suas falas parece sugerir que a evolução disciplinar pregada na reforma psiquiátrica brasileira, ocorreu, mas apenas no âmbito da Psiquiatria, que evoluiu para uma percepção mais ampla sobre o objeto e o sujeito, enquanto as demais especialidades da Medicina teriam permanecidas biomédicas. No discurso dos três, destaca-se a não concordância com o modo clássico, organo-positivista, liberal, de fazer Medicina. Os três são psiquiatras por oposição. No que concerne à motivação que leva ao fazer psiquiátrico, é importante observar que existem tanto experiências que atraem pelo terror e pela necessidade de transformar o terror, como pelas boas vivências, sejam em relação ao louco, sejam em relação a um novo modo de fazer Psiquiatria.

Voltando ao cenário nacional, entende-se que se faz necessário efetivar as propostas estabelecidas na I Congresso Nacional de Saúde Mental (CNSM) há quase três décadas. O Ceará ainda apresentaria um currículo predominantemente biomédico, não atento aos condicionantes históricos, sociais e psicológicos do processo saúde-doença, além de não desenvolver as habilidades necessárias para o cuidado em saúde, com discreta exceção para a Psiquiatria. Com a efetivação das propostas das CNSM não haveria necessidade de serem criadas novas profissões, criar-se-ia uma nova forma de praticar a profissão.

REFERÊNCIAS

BARROSO, C.M.C.: **Depoimento**. [22 mar. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Quixadá: CAPS Geral de Quixadá. 6 arquivos digitais mpg (1h17min27s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

BLEICHER, T. **A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo**. 2015. 395 f. [Tese Doutorado em Saúde Coletiva], Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, Fortaleza. 2015.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

CARVALHO, T. P.: **Depoimento** [06 abr. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de Tatiana Pinho Carvalho. 1 arquivo digital mpg. (37min10s). Depoimento concedido ao pro-

jeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

MOREIRA, J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). **Rev LatinoAmPsicopatFund**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dez. 2011.

SAMPAIO, J.J. C. **Hospital psiquiátrico público no Brasil**: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. 1988. 211f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

_____. **Depoimento** [23 fev. 2013]. Entrevistadora: Taís Bleicher. Fortaleza: Residência de José Jackson Coelho Sampaio. 3 arquivos digitais mpg (1h51min59s). Depoimento concedido ao projeto: A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo, 2013.

THOMSON, A. Reconstituo a memória: questões sobre a relação entre a história oral e as memórias. **Proj História**, São Paulo, v. 15, abr. 1997.

CAPÍTULO 7

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PESSOAS COM DENGUE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Kilma Wanderley Lopes Gomes

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

Conhecer como se dá o percurso trilhado pelas pessoas com dengue nos serviços de saúde e as potencialidades que as redes e territórios têm, é mais uma possibilidade para compreendermos as situações-limite e os desafios que interferem no acesso e na continuidade do cuidado da pessoa com dengue na rede de atenção à saúde.

Mesmo sendo uma doença antiga (re)emergente e com muitas estratégias envolvendo diversos países na busca de sua cura ou de minimizar o impacto produzido na vida das pessoas, ainda há limitações para reduzir tanto a taxa de infestação do seu vetor, o *Aedes aegypti*, única forma de prevenção, como a morbimortalidade por dengue (MARTÍNEZ-TORRES, 2008; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O fato é que apesar dos esforços aplicados para controlar a dengue, a mesma continua acometendo vários países. Incide em pessoas de todas as faixas etárias e níveis socioeconômicos. Este aumento é decorrente da urbanização não planejada, ineficiência dos serviços de atenção básica nas comunidades e mudanças no clima que favorecem a sobrevivência do mosquito. Existem mais de 2,5 bilhões de pessoas vivendo em países considerados endêmicos e susceptíveis para dengue (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No mundo, em média, são 50 a 100 milhões de pessoas que passam por este agravo. Em 2013, foram notificados casos de dengue clássica, febre hemorrágica e morte em várias partes do mundo. Sua incidência aumentou nos últimos 50 anos. O ano de 2013 foi marcado pela maior epidemia das Américas, incluindo 2,3 milhões de casos, dos que 37.898 foram de dengue de natureza grave e 1.318 representou óbito. Apenas Canadá, Chile continental e Uruguai não registraram casos (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, 2014).

É grande o desafio para ser acolhido pelas políticas de saúde no intuito de propor soluções em relação à prevenção e o tratamento. Em relação ao componente da assistência, incluído nas diretrizes de prevenção e controle da dengue no Brasil, a organização dos serviços de saúde, qualificação dos profissionais e a garantia do acesso são aspectos fundamentais assinalados para evitar que óbitos aconteçam (BRASIL, 2009).

Por ser a dengue uma doença viral febril com evolução de até 7 dias, apresentando sintomas de mialgia, artralgia, mal-estar, cefaleia, dor retro-orbitária, exantema, prostração, sintomas que se apresentam de forma diferenciada, variando de poucos sintomas e sem gravidade, a vários sintomas e com gravidade, e com desfecho de morte. Situação que induz o conhecimento de como se dá o percurso trilhado pelas pessoas com dengue nos serviços de saúde, e o que faz essas pessoas procurarem assistência e seguirem as orientações.

Nesta perspectiva, este trabalho tem como objetivo descrever itinerários terapêuticos de pessoas com dengue no sistema de saúde de Fortaleza.

MÉTODOS

Este capítulo faz parte da tese de doutorado intitulada “*Em busca da cura: o itinerário terapêutico das pessoas com dengue e a resposta do sistema de saúde no município de Fortaleza-Ceará*”.

A pesquisa teve uma abordagem qualitativa e seguiu o desenho metodológico do *estudo de caso*, visto que este desenho é uma das modalidades que possibilita analisar as experiências e práticas vivenciadas nos serviços de saúde de um caso em particular ou múltiplos casos (YIN, 2005). O estudo foi desenvolvido no território de duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e dois hospitais; um de referência para atendimento de urgência adulto/infantil e um hospital infantil. Teve como atores participantes profissionais e pacientes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê

de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Parecer nº 633.848. Os instrumentos utilizados foram questionários, diário de campo e documentos de domínio público. Os participantes receberam nomes fictícios. Os resultados foram organizados em eixos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Motivos para retornar aos serviços de saúde

A decisão de procurar um ou outro serviço segundo Alves e Sousa (1999) e Conill *et al.* (2008) é influenciada pela pluralidade médica no ato do paciente tomar uma decisão de buscar cuidado em um subsistema de saúde. Nestas vivências o subsistema procurado pelos pacientes foi tanto a unidade de atenção primária, como o hospital, como apresentado nos registros abaixo:

[...]. No Hospital tem dificuldade para pessoa com dengue que precisa tomar soro na veia, pois chega lá a fila é muito grande e não tem uma preferência como aqui na unidade, a gente chega aqui e o doutor já pede pra procurar e encaminha para tomar soro [...] (ISIS, UAPS).

[...]. A gente veio saber que era dengue na terça-feira, eu não achava que era dengue não, eu nunca tinha tido, pois eu nunca

tinha sentido nada, pois o médico do hospital disse para nós que era virose. O doutor foi que disse pra gente que era dengue [...] (ZÉ ALFREDO, UAPS).

[...]. A gente ficava indo e voltando pra fazer o sistema natural o exame de sangue, o soro e depois ia... Até que continuou baixando muito as plaquetas e a gente ficou internada, por conta dela não aceitar nada [...] (MÃE DE YASMIN, HOSPITAL).

[...]. Aí como as plaquetas estavam baixas eu passava o dia tomando soro, aí depois como ela baixou muito o doutor achou melhor internar, pra poder ficar tomando soro direto [...] (ROSA, HOSPITAL).

[...]. Todo dia eu ia, segunda e terça e quarta. Fazia o exame e tomava o soro. Quando foi quinta que eu fui, tava baixa demais, eu fiquei lá tomando soro e depois me botaram pro quarto de lá e eu fiquei [...] (MARIA, HOSPITAL).

O uso do serviço de saúde retrata a acessibilidade e o funcionamento que este serviço disponibiliza para responder às necessidades de saúde da população. O paciente pode acessar o serviço na sua forma direta, buscando por atendimento, exames e internamentos. A escolha por buscar assistência no serviço de saúde, contudo, resulta da interação da pessoa com o serviço e/ou com o profissional que o atende (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Franco e Junior (2004) dizem que a resolubilidade na rede de atenção básica depende da disponibilidade instrumental, do conhecimento técnico dos profissionais e do vínculo que se estabelece entre o profissional e o usuário, permeado pelo sentido que é dado para esta relação na ideia do cuidado.

Desafios e potencialidades do serviço de saúde que influenciam no manejo e atenção aos pacientes com suspeita de dengue

O monitoramento do paciente pode ser realizado em qualquer nível de atenção, seja ele primário ou secundário, encontros oportunos para detectar sinais de alarme e atuar com perspectiva de se ter resultados positivos (BARRETO; TEIXEIRA, 2008). O acompanhamento diário clínico-epidemiológico favoreceu a detecção precoce dos sinais de alarme e para produzir atenção aos pacientes em tempo adequado, o objetivo central da assistência é intervir a tempo de evitar a letalidade por dengue. A taxa de letalidade vem caindo na maior parte dos locais afetados em virtude do melhor manejo clínico (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os pacientes retornam ao serviço diversas vezes quando têm segurança no serviço, garantia de atendimento, de exames e de resolubilidade. O vínculo é estabelecido tanto com o serviço como com o profissional.

[...]. Assim que eu comecei no domingo, aí quando foi na segunda eu fui, não deu nada, aí tive que vir, quando foi terça e quarta já deu as plaquetas baixas, quando foi quinta que voltei, aí, já fiquei internada, fiquei em observação e da observação se internou. Porque estavam muito baixas minhas plaquetas 21 ou 22, muito baixa. E eu tive que ficar lá, né?! [...] (MARIA).

[...]. Eu procurei o hospital já estava com três dias de febre, dor de cabeça e no corpo todo doído. Fui atendida, tomei soro na veia e o médico me mandou voltar no dia seguinte para acompanhamento da dengue, tinha que fazer exames. Eu estava com febre, passei no acolhimento, mostrei os exames e foi mais fácil entrar aqui, ele passou soro na veia e me mandaram voltar à tarde para pegar os exames, mais aí a equipe do laboratório ligou pra mim e disse que as plaquetas tinham baixado e era pra eu voltar urgente. Aí quando cheguei, eles mim internaram (GEORGIA).

Os pacientes, quando estão informados que estão com dengue, e se sentem doentes, buscam assistência. Assim, podemos observar nos serviços tanto de atenção primária quanto nos hospitais. O serviço organizado para dar seguimento ao paciente é um meio de apoio para o paciente retornar. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a, 2013), recomenda que os serviços de saúde em cada nível de atenção tenham um papel definido.

Atenção primária – por meio da Unidade de Atenção Primária à Saúde ou Unidade de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde ou Centro de Saúde ou Posto de Saúde, de forma que sejam organizados para acompanhar:

- a) Pacientes classificados como no Grupo A (Azul) ou B (Verde);
- b) Identificar e estadar os casos suspeitos de dengue;
- c) Iniciar hidratação oral, imediatamente, a todos os pacientes com suspeita de dengue assim que haja suspeição, na comunidade ou na sala de espera da unidade, enquanto aguardando atendimento;
- d) Realizar manejo clínico de pacientes classificados no Grupo A ou Grupo B, de acordo com o fluxograma de orientação ao paciente de dengue, no componente da assistência;
- e) Encaminhar os demais casos do Grupo C e Grupo D para os serviços de saúde de referência;
- f) Acompanhar todos os pacientes, após melhora clínica satisfatória ou alta de qualquer outro serviço de saúde, para realização de consulta de retorno e acompanhamento;

- g) Realizar ações de educação em saúde e mobilização social, focando a prevenção dos focos do *Aedes aegypti* e controle da dengue;
- h) Realizar notificação dos casos;
- i) Realizar visita domiciliar pelos ACS.

Atenção Secundária considerada como Unidade de Saúde que apresente suporte para observação ou realização de pronto atendimento (UPA) ou hospital de pequeno porte.

- a) Atender todos os casos que cheguem ao serviço com suspeita de dengue;
- b) Identificar e estadar os casos suspeitos de dengue;
- c) Realizar manejo clínico de pacientes classificados no Grupo B e/ou Grupo Especial de acordo com o fluxograma de orientação ao paciente de dengue no componente da assistência;
- d) Encaminhar, quando necessário, os demais casos para os serviços de saúde de referência;
- e) Realizar notificação dos casos;
- f) Assegurar consulta de retorno, preferencialmente na APS, para todos os pacientes atendidos na unidade.

As competências propostas em cada nível de atenção, quando efetivas mostram que são impactantes para influenciar na queda da taxa de letalidade (MARTINEZ, 2009; TAUIL, 2002).

Esta organização é a proposta idealizada e possível para qualificar a assistência e assegurar o controle da letalidade, mas há um distanciamento entre teoria e prática. No respeito à dimensão que aproxima a integralidade como modo de organizar as práticas dos serviços (MATTOS, 2001), observamos alguns entraves para consecução desta ação. Na fala dos agentes que fazem e que recebem a atenção à saúde.

[...] sobre a problemática da dengue, mas acho que no último ano também houve uma queda da atenção, do olhar voltado para o suspeito da doença, acho que tem alguns outros fatores, como por exemplo, a inauguração de várias UPAS próximo à unidade de saúde, eu acho que a demanda de procura é uma oferta de um serviço mais elaborado, onde você tem tudo mais próximo de você, você faz o exame e recebe de mais imediato, onde você tem uma sala de observação mais elaborada, onde você tem tudo mais fácil. Ter um intercâmbio entre a unidade primária e os níveis posteriores, secundário, terciário que também não funciona leva em consideração você ter, é como se você tivesse o equipamento perfeito e a realidade das unidades

que estão cheias de problemas que têm que ser resolvidos dentro do plano e que não dependem só do plano de ação da dengue [...] (P. GESTOR, 1).

[...]. É, né, se caso o posto tivesse o mesmo, pelo menos a metade do preparo que tinha no hospital, porque a pessoa fazia o exame e recebia no mesmo dia, né? E lá no posto não. Lá passou 3 dias úteis pra saber, se realmente era dengue, acho que foi 3 ou 4 dias úteis, pra saber o resultado [...] (E-16 ROSA).

Em relação ao quesito estrutura dos serviços, recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a) nos surpreende quando a recomendação de condições básicas para assegurar o atendimento ao paciente com dengue na atenção primária sugere:

- a) Garantir a coleta oportuna de exames específicos e inespecíficos, conforme descrito nas orientações básicas para o atendimento do caso suspeito de dengue;
- b) Garantir a agilidade na execução e liberação do resultado do hemograma completo, de acordo com prazo estabelecido no protocolo de conduta do paciente com suspeita de dengue, pois esse exame orienta o diagnóstico e o manejo clínico do

paciente; No município que não dispõe de laboratório próprio e onde esse serviço é terceirizado, recomenda-se estabelecer, em edital de aquisição do serviço, especificações referentes à logística para coleta do material e prazos oportunos para entrega dos resultados;

- c) Prover a unidade de saúde de equipamentos básicos, em condições de uso e aferidos periodicamente (bebedouros, esfigmomanômetros adulto e infantil, estetoscópio, termômetro, balança, suporte para hidratação venosa, leitos ou poltronas para hidratação);
- d) Prover a unidade de saúde de jaleco adulto e infantil, agulhas de vários calibres, seringas, algodão, álcool, fita hipoalérgica, luvas, máscaras, toucas e outros materiais adequados ao elenco de ações propostas para funcionamento da unidade, de forma a garantir a qualidade do atendimento e resolutividade da Atenção Primária;
- e) Prover as unidades de saúde de medicamentos básicos para atendimento do paciente com suspeita de dengue, tais como: sais para reidratação oral, dipirona, paracetamol, soro fisiológico a 0,9%, Ringer Lactato e soro glicosado a 5%.

E a prática não é condizente com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde. Os profissionais que reconhecem o plano de ação para dengue, não atuam, pois a unidade tem problemas na dimensão estrutural, pois vai além do plano de contingência da dengue. As condições de trabalho

referidas pelos profissionais têm um distanciamento do recomendado pelo Ministério da Saúde.

[...]. Então os pacientes que vêm para cá são aqueles que não sabem que estão com dengue, ou ainda têm poucos sintomas e ainda estão bem, ou aqueles que já foram para o hospital, já foram detectados e fizeram o exame e vêm para cá para continuar o atendimento, mas na emergência mesmo, a gente orienta ir para o hospital [...] (P. 10- ACS).

Mesmo apresentando deficiência estrutural, como já observado na narrativa dos pacientes e nas falas dos profissionais e gestores, encontramos concepções que ressaltam o quanto a resolubilidade global superpõe às deficiências estruturais, quando estas não interferem decisivamente no êxito do plano terapêutico, surgindo como uma representação de um serviço bem avaliado em relação à assistência recebida. Jesus e outros pacientes consideraram a assistência ótima no hospital, apesar do atraso e falta de médico no hospital para visitá-lo, exame marcado, mas não realizado nem comunicado sobre a não realização, a falta de atenção e comunicação dos auxiliares de Enfermagem; a responsabilidade em não liberar o paciente enquanto não houvesse melhora clínica, o acompanhamento diário, a realização dos exames, a acolhida.

[...]. Eu fui muito bem recebida lá, até agradei a menina lá, Ave Maria gostei de vocês todos aqui. Todos os dias vocês estão nas minhas orações, não é porque seja na sua frente, mas todos os dias eu digo a menina; fui muito bem recebida, meu filho também, todos os dias eu agradeço a Deus [...]
(P-18 MARIA).

Essas são situações que demonstram a potencialidade dos serviços quando se organizam para responder à demanda do paciente com dengue. Por outro lado, apontam para situações-limite importantes a serem resgatadas e planejadas pelas políticas de saúde municipal, quando observamos e identificamos nas experiências dos pacientes com dengue e dos produtores de saúde que fazem o sistema de saúde a necessidade de garantia de recursos material e humano para fortalecer os três níveis de atenção e atenção para APS por ser responsável pelo filtro da dengue, no que tange ao primeiro contato do paciente no sistema, monitoramento e coordenação do cuidado.

Aplicamos uma pergunta sobre qual era a opinião sobre assistência profissional para os pacientes, profissionais e gestores. Observamos como as opiniões divergem. Gerhardt (2006) refere que as pessoas formam suas concepções e modelagens com suporte do vivido pelo indivíduo, familiares, amigos, vizinhos.

A figura do profissional médico e a atenção prestada por ele, ainda são muito fortes como centro do cuidado,

[...]. Mais atenção né, porque a gente pensa assim, que a pessoa tá com dengue e praticamente bem, mas por dentro qualquer coisa pode acontecer de repente o organismo da pessoa não corresponder a certo remédio, tem que ter atenção porque dengue hoje em dia é uma coisa mais séria [...] (E 1 LEONARDO).

[...]. Eles disseram que vão dar atenção à pessoa, mas quando chega lá faz só mandar medicamento para tomar em casa que é melhor, vá tomar em casa, repousar em casa. Se a gente procura um médico é porque estamos doentes e procurando uma solução para ver se você fica bom [...] (E 10 ANDRE).

[...]. Os médicos da UPA deveriam ser mais preparados, não sabem atender dengue [...] (E 4 LINDA).

O vínculo formado entre o paciente-profissional-serviço é um potencial motivador para o paciente decidir a retornar ou não ao serviço de saúde “A” ou “B”. Na fala dos pacientes, o fato é o profissional ter conhecimento de que o paciente acompanhado ter dengue e lhe conferir vínculo estabelecido entre paciente e profissional e, desta forma,

facilitar seu acesso no serviço, garantindo-lhe a porta de entrada sem burocracias.(essas mudanças conferem?)

Os homens aparentam ser menos tolerantes a esperar na fila, há gastar um tempo para usar o serviço, e a seguir normas estabelecidas. Jesus, nosso paciente do estudo, em relação ao tempo gasto para atendimento, relatava que esperar era um incômodo, em virtude de não estar produzindo como carpinteiro, mas, ao mesmo tempo referia indisposição para qualquer atividade, o que nos leva a refletir que para implantação de modelos de sistema de saúde, a elaboração de estratégias de inclusão voltadas para o acesso aos homens no intuito de não perdê-los se faz necessária. Isto foi revelado também por Figueiró (2011) como aspecto negativo na organização do serviço, embora a percepção tenha sido dos familiares e não dos homens.

Merino e Marcon (2007) identificaram em seus estudos que os homens apresentavam uma postura de inquietação e perda de tempo, quando não se sentiam doentes. O sistema de saúde formal foi considerado como “uma perda de tempo”, o qual deveria ser procurado nos casos de adoecimento por doenças graves.

No hospital, o vínculo com o profissional médico não parece ter sido fator definidor, visto que a jornada de trabalho é por plantão. Logo, o retorno do paciente com dengue, ocorre em sua maioria por vários profissionais. O vínculo estabelecido se dá, dentre outras razões, por acreditar na resolubilidade do serviço.

A percepção sobre a resolubilidade do serviço passa por condições que incluem a garantia do atendimento médico, a realização do exame e a aplicação de soro na veia. A

credibilidade no soro injetável e no exame remete à cultura hospitalocêntrica, à crença constituída socialmente de que a medicação injetável é que cura. A realização do exame e o “soro na veia” parecem fortalecer a ideia de que a dengue ou o estado de saúde do doente com dengue requer uma “medicação mais forte”, repassando ao paciente a ideia de gravidade, associada ao valor prestabelecido de que, o “soro fortifica”, e essas características, geralmente, são buscadas em nível hospitalar.

[...]. O soro oral é muito bom, tá com desidratação e melhora, mas este aqui que ela tomou, 6 litros, foi que mudou [...] (E-11-ISIS).

[...]. Quando é problema de urgência o primeiro lugar que agente procura é aqui o Gonzaguinha [...] (E-3-JAIRO).

[...] poderia ter uma orientação melhor, acho que o posto poderia fazer mais, mas a gente já acostumou, todo mundo manda para o hospital [...] (P-10-ACS).

[...] e assim que a cura dela mesmo é a hidratação né, tem que dá bastante líquido, observar bastante a questão da alimentação também. Mas que assim, se a gente começar a cuidar do início, tem cura né? Mesmo que seja dengue

hemorrágica, doutora me explicou que seria o mesmo tratamento, no soro [...] (E-17-MÃE DE YASMIM).

Essa situação revela que o modelo assistencial médico hegemônico pautado na doença, no hospital e no saber médico, ainda continua vigente na prática clínica (CAMPOS *et al.*, 2014; FRANCO; JUNIOR, 2004) e mesmo os profissionais que atuam na atenção primária e pacientes reúnem valores no seu imaginário segundo os quais que a boa assistência é produto do apoio de exames e medicamentos; e este cenário encontra-se no hospital.

Em algumas observações realizadas nos hospitais, notamos que muitos pacientes retornavam não somente para realizar o hemograma e outros exames de acompanhamento diário, mas também para sorologia. Em alguns casos em que eles não retornavam ou quando eram observadas alterações importantes nos exames, eles eram contatados para serem acompanhados. Isto revela a continuidade do cuidado como prática possível de ser realizada em todos os serviços de saúde.

A qualidade da organização do serviço e das práticas de saúde são condições de destaque para diminuir a taxa de letalidade. Com base na avaliação envolvendo as dimensões da organização dos serviços, qualidade técnico-científica no manejo clínico da dengue, levando em conta estrutura e processo, verificamos que, quanto melhor o escore, menor a taxa de letalidade (FIGUEIRÓ *et al.*, 2011).

A forma como os profissionais de saúde vivenciam e visualizam a organização do serviço em que atuam como

agente social é importante para produção de saúde, é em parte transmitida para os pacientes, de modo a ser um referencial para alimentar no cotidiano as concepções das pessoas sobre o sistema de saúde que lhes atende. ACS, durante o seu trabalho no território junto à população nas visitas domiciliares, ou como referência da equipe para acessar os serviços; o gestor como mediador dos encontros para organização do processo de trabalho ou como referência para acolhimento e resolubilidade de demandas que surgem no dia a dia, e não resolvidas por outros profissionais do serviço; o enfermeiro ou médico que no encontro com o paciente relata sua credibilidade na resolubilidade da atenção primária ou secundária. A vista desses estímulos positivos ou negativos constitui-se um componente a ser considerado para a elaboração do paciente acerca do serviço de saúde.

Não desconsiderando a potencialidade que se tem das diversas portas de entrada no sistema de saúde para atender dengue, o fato é que, a principal porta de entrada para o acesso ao paciente com dengue no sistema de saúde, a Atenção Primária, não está atuando como coordenadora do cuidado, logo, se não há esta determinação, todo fluxo do paciente na rede fica distante da integralidade como ideia central do cuidado do paciente na rede assistencial, desde a busca ativa pelo ACS no território, visita diária de monitoramento; vigilância, orientação-prevenção realizada pelos Agentes Comunitários de Endemia; acolhimento no serviço, notificação, monitoramento, encaminhamentos, redes sociais de apoio; orientação quanto à evolução da doença, pelo enfermeiro e médico.

[...]. Quando o paciente está com febre e sintomas da dengue, orientamos para procurar o hospital [...]. (P-ACS.10).

[...]. Olhe, o que acontece é que as pessoas buscam a UPA porque acham que ela tem mais agilidade nesse processo... Assim é muito complicado você pra entender o porquê do paciente ir pra UPA, ele não entende, por mais que a gente converse sobre a questão da unidade [...] (P-COOR 4).

[...]. Não é nem não acreditar, é não suprir essa rotina, não ter essa rotina. São acompanhados aqui mesmo. Daria para eles serem acompanhados na Unidade, mas fica vindo, concluindo aqui [...] (P-MED-18).

Para implantar uma atenção integral à saúde operacionalizada pela óptica da atenção voltada ao cuidado se faz necessário investir na reorganização da Atenção Primária, partindo dos processos de trabalhos (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; FRANCO; JUNIOR, 2004), e com garantia de uma estrutura capaz de suprir as necessidades das ações propostas para serem desenvolvidas neste âmbito.

A continuidade de um paciente com dengue no serviço de saúde requer uma base de insumos mínima funcio-

nando; os exames laboratoriais realizados na unidade onde o paciente é atendido e com resultado em tempo oportuno; a garantia da realização do hemograma que faz parte do protocolo de acompanhamento como exame obrigatório para o paciente classificado como do Grupo B, C, D e a critério clínico do Grupo A. Tudo isto se faz necessário nas unidades de Atenção Primária. São indispensáveis os insumos como cartão, prontuário, fichas de notificação e medicação (BRASIL, 2013).

A não realização do exame na unidade de Atenção Primária é divulgada entre os profissionais, dentre eles os agentes comunitários de saúde que realizam o elo serviço-comunidade, de forma a não acreditarem no serviço e fortalecendo a crença que a resolubilidade ocorre em nível hospitalar.

[...]. Eu só oriento a pessoa, se perceber qualquer sintoma suspeito, eu oriento para ir ao hospital. Nossa área é a que tem mais dengue, é a mais carente do posto, todo ano é a mesma coisa, muitos casos de dengue e inclusive teve 3 óbitos em 2011 em um quarteirão que visitamos [...] (P-10-ACS).

A dengue já faz parte das doenças frequentes, tanto dos pacientes como da comunidade. Os pacientes já denotam certa familiaridade, o que provoca para os gestores da saúde um grande desafio no que tange a organizar o sistema

de saúde em rede de atenção “[...] O médico e a enfermeira devem olhar melhor o problema, como é época de dengue, tem que examinar ou encaminhar pra onde tem condições [...]” (MÃE DE LIA, 17/06/2014)

Outra elaboração percebida foi um profissional perguntando ao paciente “Trouxe a garrafinha do soro?”, o mesmo referia que era rotina prescrever o SORO e checar seu uso.

O descrédito da Atenção Primária na perspectiva de não se ver um serviço resolutivo para o caso de dengue, a exemplo do ACS, elo da comunidade com o serviço, e que suas ideias propagadas no território a cada encontro pode ser armazenada pela população ao longo do tempo, é uma realidade desvelada como uma situação-limite a ser ressignificada pelo trabalho em equipe, de forma a (re)constituir signos e significados de uma prática efetiva em parceria com a comunidade. Por outro lado, também nos instiga a cogitar o desafio instalado para almejar concretamente um modelo de atenção que propõe o paciente como centro do cuidado e a Atenção Primária como um dos pilares para o sistema de saúde.

A falta de comunicação da equipe e a desorganização na forma do acolhimento também são percebidas pelos ACS como barreiras para o acolhimento.

[...]. No caso do, assim, às vezes falta comunicação em relação a quem tá no acolhimento essa coisa toda e questão de exame demora um pouco, 72 horas, acho que é

mais a questão do retorno. O médico não veio, qual equipe que vai tá lá, volta pra casa (P-ACS.13).

Aí eu também acho que tá faltando isso, mobilizar a equipe toda. É tipo um caso isolado, na minha área tinha um caso de dengue, na área da A. tem outro caso, eu acho que não tem aquela mobilização da equipe toda, eu acho que tá faltando isso também [...] (P-ACS.14).

Paralelamente notamos um movimento produtor de saúde que se dá no trabalho em equipe, como proposta de integralidade do cuidado desde a comunicação, troca de experiência e informação, questões relacionadas aos problemas no território de atuação da equipe, o que é possível no cotidiano de quem sabe fazer.

[...]. Apesar da demanda ser gigantesca, eu acho que era bem mais controlado o fluxo, entendeu? Por exemplo: a gente chegou a dispor umas fichas que onde era visto para a enfermeira, quando chegasse aqui estava registrado, a gente ia visitar esse paciente por 5 vezes e só parava de visitar quando tivesse certeza que essa pessoa recebeu alta que não tinha mais perigo de voltar a dengue. De lá

pra cá a gente não tem mais visto isso [...] (P-ACS-15).

[...]. Então assim, com essa equipe que estamos trabalhando hoje né, e aí assim, há a sensibilidade do próprio profissional né, principalmente, de quem está fazendo a recepção, logo de entrada, de ter um olhar especial e, quando a gente não notifica o paciente no nosso território, então já faz esse *link*, manda um bilhete, faz uma ligação para coordenação comunicando da situação do paciente, né, quando ele chega à unidade, ele já vai ter um direcionamento do atendimento, passando já pela enfermeira, da enfermeira que é o acolhimento à parte essencial né, então ele é encaminhado para o médico, onde o médico vai fazer todas as solicitações e o diagnóstico onde faz esse *link* também [...] (P-MOBILIZADOR SOCIAL-20).

Os encontros dos ACS com os pacientes transcorrem no caminho da integralidade do cuidado, favorecendo a produção de saúde com os outros profissionais e o vínculo com serviço. Este entendimento estabelece o diferente, mesmo quando o serviço não está organizado para acolher

o paciente. Integralidade, como boa prática clínica (MATOS, 2001; PINHEIRO, 2009) é “concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção em saúde”.

Uma das dificuldades encontradas pelos pacientes no acesso ao serviço de saúde ainda é o atendimento por números de fichas e não por demanda ou problema da população.

[...] Com as agentes de saúde. Liguei para elas e me indicaram para ir ao posto, para procurar a médica lá que elas iam encaminhar para falar com ela para ela dar um diagnóstico melhor né? [...] (E-10 ANDRÉ).

[...]. Cheguei ao posto era 7 horas. Cheguei e perguntei se tinha ficha para a Dra., aí encontrei outra agente de saúde lá, a ACS, perguntei se já tinha sido marcado para médica, ela disse que não tinha, tinha sido marcado somente os hipertensos e diabéticos. Aí as meninas pediram para eu esperar mais ainda, então fizeram a prova do laço e tiraram a pressão, altura. Houve lá uma desistência aí me encaixaram. Fui atendido, a médica solicitou o exame de dengue, fui

fazer no hospital e, retornei para ela 1 hora. Ela diagnosticou e disse que era dengue mesmo, que eu repousasse bastante e bebesse bastante líquido, e passou outro exame, um hemograma completo para fazer. Eu fiz ontem, Recebi ontem 5 horas da tarde e ela me pediu para ir hoje [...] (E-1-ANDRÉ).

[...]. Quatro foram em visita domiciliar e seis me ligaram, elas têm contato meu e me ligaram. Porque dessas 10, quatro foram hemorrágicas. Aí, a princípio, quando me ligaram eu comuniquei à Enfermeira. A gente passou a fazer uma visita sistemática [...] (P-ACS.15).

O deslocamento e a distância pareceram não influenciar na decisão do paciente voltar ao serviço. A média de retorno dos pacientes acompanhados ao serviço era de quatro vezes e 6km. Não parece tão distante para quem busca melhoras para a saúde, mas, para quem está com dengue, artralgia, febre, indisposição, cefaleia, pode ser mais demorado, além do modo de transporte da população, a pé, motocicleta, ônibus e, em pequena minoria, o carro. O acesso geográfico para a rede de serviços de saúde, na percepção dos familiares dos pacientes que foram a óbito, não foi considerado uma barreira para acesso ao serviço (FIGUEIRÓ *et al.*, 2011).

A gestante percorria 8km por dia com seu marido para fazer o percurso domicílio-UAPS-Laboratório do hospital, andando no seu transporte, que era uma moto, para realizar o exame e apresentar na unidade na consulta do dia seguinte; pois a unidade onde era acompanhada não disponibilizava de exame laboratorial diário, mas havia um sentimento aflorado pela gravidez. Quando indagada sobre o que a fez retornar várias vezes, visto que realizou este percurso durante seis dias, até a alta, referiu que era para “apresentar os exames”, “tomar soro”, “O médico tinha pedido” mas, principalmente, “medo de perder o filho”.

A implementação de um fluxo que orientasse as trilhas do paciente dentro e fora do serviço, aplicado como rotina e não somente como contingência, surge nas falas dos profissionais como uma possibilidade de “linhas de fuga” constituída desde o movimento e necessidade dos próprios pacientes (SILVA, 2012).

Embora reconheçam como importante a articulação entre todos os setores e profissionais, a força desejante que move os trabalhadores (SILVA, 2012) parece estar estagnada. As ações, atitudes do grupo local de profissionais, parecem sem movimento, sem liderança, dependentes de um estado inerte para mudança.

Produzindo reações e caminhos que não orientam a integralidade do cuidado, nem em equipe, nem no serviço, o ACS não acredita na Atenção Primária. Os gestores, médicos e enfermeiros não têm, claro, para onde enviar os encaminhamentos do paciente na rede, dificultando o caminhar das pessoas por desconhecimento ou falta de integralidade junto ao serviço secundário ou terciário, por não estar instituído o fluxo externo para o paciente trilhar em rede de atenção.

“[...] Encaminha pra onde, qual o hospital de referência quando tiver necessidade, é pro Gonzaguinha, é para o São José, para onde encaminhar”? Vai ter algum transporte que leve o paciente ou tem que chamar o SAMU? A gente, eu, pelo menos, não sei nada disso, não tem nenhuma organização nesse sentido.

Não tem. Quem era a coordenação que tinha um mapa diário, que todo dia os pacientes que a gente atendia a gente notificava, fazia o registro e colocava na coordenação, mas agora sei não [...] (P-ENF. 12).

Relativamente à notificação do paciente, ação importante para monitorar os casos do Município, os profissionais têm conhecimento desta organização, mas não realizam. Existe uma desconexão no trabalho, onde se percebem o desconhecimento do papel de cada um, assim como a falta de iniciativa, de transformar essa realidade da unidade.

[...]. Passa pelo enfermeiro, depois passa pelo médico. Só que aí eu não sei, se eles estão solicitando sorologia, como é que tá sendo. Porque eu fico só no acolhimento.

Tem um prontuário que a gente tá utilizando agora, tem o sistema de notificação, tem o cartãozinho. O prontuário volta pra mim ou não[...] (P-ENF-17).

Os desafios para efetivação do plano de controle da dengue são percebidos na dimensão organizacional, quando não existe uma rotina implantada para o acompanhamento do paciente. Há experiências exitosas de estratégias que deram certo em período epidêmico, mas que não emplacaram como prática cotidiana do serviço. O olhar sobre o perfil epidemiológico de cada serviço, bem como discussão sobre os dados locais, poderiam ser estratégias de reorganização do processo de trabalho. A deficiência na notificação não transmite somente o fato de não notificar, mas também de não intervir em tempo hábil, não monitorar a área e o paciente.

Observamos que há subnotificação, além de existir casos de pacientes que são adscritos a uma unidade de saúde, e que estão sendo notificados no hospital, ou na UPA, gerando um estado de silenciamento ou baixa incidência de casos para a unidade de Atenção Primária; na prática, as pessoas acessam outro serviço que tomaram como referência, e, por não haver comunicação em rede das informações, o paciente não tem seguimento pela equipe de Atenção Primária, e ações estratégicas são perdidas oportunamente.

A subnotificação produz consequência para a dimensão macro, porque inviabiliza o mapeamento de onde os casos estão ocorrendo, além de dificultar o planejamento de

estratégias de controle, avaliação e planejamento; também limita o monitoramento do paciente no serviço e a busca ativa dos casos por parte dos ACS/ACE na área.

Para Franco (2009), a organização da assistência à saúde transita no campo do trabalho morto para o trabalho vivo, tendo como núcleo central a produção do cuidado, o qual pode ser ressignificado por meio de inclusão de tecnologias que movimentem o modo de operar o processo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo não teve ideia de generalizações, mas é possível que experiências e vivências significantes para os pacientes, profissionais e gestores, no que se refere a medidas de controle da dengue observadas nestes cenários, sejam semelhantes para outras pessoas, serviços e lugares. Que este estudo possa contribuir com novas visões sobre estratégias de organização e práticas de serviços no campo da micropolítica, focando o modo como priorizar o cuidado e a atenção ao paciente com suspeita de dengue que busca atendimento nos acolhimentos dos serviços de saúde. Neste sentido, que possa fortalecer políticas de gerenciamento e cuidado para este grupo de pessoas que em sua maioria já vive em condições de adoecimento, por sobreviverem em situações subnormais de habitação e acesso à água.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília, 2009. 160 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://goo.gl/J0JvZH>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 4. ed. Brasília, 2013. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Brasília, 2009a. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, F. I.; XIMENES, R. A. A.; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. In: BARRETO, M. L. **Saúde no Brasil**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, maio 2011. p. 47-60. (3ª Série). Disponível em: <<http://goo.gl/0UeQfd>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CONILL, Eleonor Minho *et al.* O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro.

Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, Oct. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500015>>. Acesso em: 9 maio 2015.

FIGUEIRÓ, A. C.; HARTZ, Z. M. de A.; BRITO, C. A. A. de; SAMICO, I.; SIQUEIRA FILHA, N. T. de; CAZARIN, G.; BRAGA, C.; CESSE, E. Â. P. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2373-2385, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n12/09.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

FRANCO, T.B. JUNIOR, H,M,M. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; HUCITEC, 2004-2a. edição; São Paulo, SP.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2013.

MARTINEZ, E. Medical careorganizationto face dengue epidemics. **Rev. Cubana Med. Trop.**, v. 16, n. 2, p. 1-12, 2009.

MARTÍNEZ TORRES, E. **Dengue. Estud. av.**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 33-52, Dic. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v22n64/a04v2264.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Feira de Santana: Polo de Educação Permanente em Saúde/UEFS, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/KHeCGU>>. Acesso em: 13 maio 2015.

MERINO, M. de F. G. L.; MARCON, S. S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.60, n. 6, p. 651-658, Nov./Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60_n6/06.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2013.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue state of the art in the prevention and control of dengue in the americas**. 2014. Washington DC, USA, 28 – 29. May, 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue**. Washington, DC, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/BJwZtr>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

PINHEIRO, **Integralidade em saúde**. Integralidade como princípio em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/0EUA8m>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

SILVA, M. R. F da. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da estratégia saúde da família**: uma cartografia da micropolítica. 2012. 199 f. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

TAUIL, P. L. Críticos aspectos fazer o controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 867-871, maio/jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n3/9314.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

CAPÍTULO 8

PERFIL CLÍNICO E LABORATORIAL DA DENGUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Bruno Souza Benevides

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

No Brasil, há uma convivência constrangedora entre as doenças encontradas num ambiente social fruto da modernidade e outras moléstias fruto da miséria (FRENK *et al.*, 1991; POSSAS, 1989). Doenças crônico-degenerativas, acidentes, patologias relacionadas ao *stress* e ao trabalho, típicas de regiões desenvolvidas e industrializadas, convivem com doenças facilmente evitáveis, comuns em regiões de economia atrasada, dependente, onde se falha em garantir à população o mínimo acesso à prevenção e ao cuidado médico.

O que se vê diante das epidemias, diante das contínuas declarações que são feitas a seu respeito, é uma progressiva assimilação de uma “realidade inevitável”, que tem como aliados a opinião pública e de técnicos. Passou-se para o conformismo da “endemização” das doenças nos focos de pobreza. Situações endêmicas têm como definição a ocor-

rência de doenças consideradas “normais”, “esperadas”, “habituais”, como está escrito nos manuais de epidemiologia (FORATTINI, 1996; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Segundo Halstead (2000), um problema de saúde do âmbito da dengue deveria ser considerado como de alta prioridade e deveria ter atraído amplo financiamento por parte dos doadores e autoridades nacionais. Mas não é esse o caso. Uma breve revisão histórica feita por este autor revela que houve um maior número de laboratórios e uma maior alocação de recursos para a pesquisa em dengue há entre 30 e 50 anos do que há hoje. Ele ressalta o papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) em liderar a promoção da pesquisa em dengue. Cada país endêmico para dengue deve perceber que a capacidade de pesquisa sustentada é fundamental para resolver o problema de controle da dengue em longo prazo.

Nos primeiros anos do século XXI, estamos falhando coletivamente para enfrentar a ameaça representada pela dengue como a doença que inabalável continua se espalhando e quase 40% da população do mundo vive agora em risco de contraí-la. Assim, a dengue foi incorporada em 1999 na carteira do Programa Especial para Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais da Organização Mundial da Saúde (TDR – *Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases*), levando a novas pesquisas, lideradas por países endêmicos, da doença. A descoberta e o desenvolvimento de vacinas foram incorporados pela Iniciativa para Pesquisa de Vacinas (IVR – *Initiative for Vaccine Research*), outro departamento da OMS (FARRAR *et al.*, 2007).

A partir da liderança da OMS, surgiram alguns estudos. A Iniciativa para Vacina Pediátrica de Dengue (PDVI – *Pediatric Dengue Vaccine Initiative*) e o Consórcio Inovador para Controle Vetorial (IVCC – *Innovative Vector Control Consortium*), ambos financiados pela Fundação Bill e Melinda Gates e a Fundação Rockefeller. DENCO e DENFRAME, consórcios internacionais apoiados pela Comissão Europeia, foram criados para estudar a patogenia da dengue, manejo clínico e descoberta de novos métodos de diagnóstico e controle de vetores. Ao mesmo tempo, uma rede internacional de laboratórios do TDR/PDVI está avaliando os novos métodos diagnósticos disponíveis para dengue, ao passo que os estudos multicêntricos apoiados pelo TDR sobre intervenções focadas no vetor estão explorando maneiras para que haja mais estratégias de controle de vetores de custo efetivas (FOCKS; ALEXANDER; VILLEGAS, 2007; TDR, 2005).

A Comissão Europeia (CE) lançou uma chamada sob o 7º Programa-Quadro com o título “Abrangente controle da febre da dengue sob condições climáticas variáveis”. Dentro deste quadro, em 2011 a CE concedeu um total de, aproximadamente, 18 milhões de Euros para três consórcios (IDAMS, DENFREE e Dengue Tools). As instituições sede são o Hospital Universitário de Heidelberg, Alemanha (IDAMS), o Instituto Pasteur, França (DENFREE) e Universidade de Umeå, Suécia (DengueTools). O financiamento de um programa de pesquisa tão grande e complexo reflete a ênfase que a Comissão Europeia colocou na dengue e seu potencial de ameaça à Europa (JAENISCH *et al.*, 2013).

O projeto IDAMS tem parceiros em países com dengue endêmica e epidêmica, especialmente na Ásia e América Latina, atualmente os locais onde há maior presença da endemicidade da doença. É por pertencer a esta região e por ter trabalhos consolidados em dengue que a Universidade Estadual do Ceará foi convidada a participar deste consórcio.

No estudo IDAMS, um grande estudo prospectivo clínico multicêntrico foi desenhado focando na melhoria da habilidade para distinguir dengue das outras doenças febris na fase precoce da doença e também desenvolver melhores marcadores de prognóstico ou sinais de alerta que prevejam a necessidade de monitoramento mais atento e/ou hospitalização ou estejam associados com o desenvolvimento de doença severa. Adicionalmente, os dados clínicos serão usados para avaliar na prática o desempenho da classificação de dengue da OMS do ano 2009 e informar o desenvolvimento de uma abordagem mais efetiva da dengue dentro das diretrizes da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (OMS, 2005). O estudo prospectivo multicêntrico foi conduzido no Vietnã, Camboja, Malásia, Indonésia, Venezuela, El Salvador e Brasil, sendo este o papel da UECE no projeto IDAMS, onde se desenvolveu essa tese.

As hipóteses que norteiam os objetivos do projeto IDAMS são: 1) Parâmetros clínicos e laboratoriais de fácil acesso podem ser úteis na definição de caso de dengue e diferenciação de outras doenças febris; e 2) A estrutura do sistema de saúde e a capacitação da equipe são fundamentais para a correta classificação e o adequado manejo dos

casos, em especial da Atenção Primária à Saúde, que é o cenário onde se pode evitar ou reduzir ao mínimo a letalidade durante uma epidemia.

Melhorias no diagnóstico clínico da dengue e na predição do risco para doença grave são necessárias, urgentemente para melhorar o cuidado clínico global, especialmente em áreas com grande número de casos, onde a alocação apropriada de recursos limitados é crucial para o resultado. Bem como contribuir para o desenvolvimento de algoritmos de diagnóstico e de prognóstico, a coorte clínica do conjunto de todos os países do projeto IDAMS tem potencial considerável para a padronização dos procedimentos de manejo e notificação da dengue e transformação destes em políticas de aplicação global.

Tendo como base as hipóteses e objetivos do projeto IDAMS, esta pesquisa tem como objetivos: analisar o diagnóstico e o manejo clínico da dengue através de abordagens destinadas a diferenciar a dengue de outras doenças febris comuns, discutindo sua aplicabilidade no manejo de casos de dengue na Atenção Primária à Saúde. Na busca de alcançar este objetivo elaborou-se objetivos específicos: descrever o perfil clínico e laboratorial dos pacientes que procuram atendimento por doença febril em unidades de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza; identificar os parâmetros clínicos e laboratoriais mais apresentados pelos sujeitos que possam diferenciar a dengue de outras doenças febris não dengue nas primeiras 72 horas de febre.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa clínica no âmbito da atenção primária, com características de “conhecimento para a ação” (*knowledge-to-action*), quantitativo, analítico-descritivo, prospectivo e observacional.

O local da pesquisa é uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que compõe a Atenção Primária à Saúde (APS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em dados de 2007, Fortaleza apresentava-se com 2.431.215 habitantes (BRASIL, 2007).

A UAPS José Paracampos é a principal participante do IDAMS. Dessa forma, o estudo foi realizado nesta unidade. Possui cinco equipes de saúde da família para atender à população formada em sua maioria de usuários de baixo poder aquisitivo, que moram no bairro do Mondubim e região circunvizinha. No ano de 2012, esta unidade funcionou como referência para dengue e foi a unidade que mais notificou casos (1018) de dengue da SER V (FORTALEZA, 2014). O estudo foi conduzido de 11 de junho de 2012 a 22 de setembro de 2014.

Trata-se de um estudo prospectivo observacional de pessoas apresentando uma consistente doença febril com diagnóstico de dengue em serviços da Atenção Primária à Saúde (UAPS - José Paracampos), como parte do projeto IDAMS.

Tanto adultos quanto crianças maiores de cinco anos foram eleitos para registro. Depois de apropriado consentimento informado (próprio do projeto IDAMS, com versões para adulto, criança e assentimento, os indivíduos que

se apresentaram no serviço de APS com febre por menos que 72 horas sem fatores localizados, compatível com possível diagnóstico de dengue, foram registrados. História clínica detalhada e achados no exame físico foram registrados em formulários de relato de caso (FRC) padrão e amostras de sangue foram coletadas, para avaliar o padrão hematológico e parâmetros bioquímicos.

Critérios de inclusão: febre ou história de febre por menos de 72 horas; sintomas clínicos compatíveis com dengue (p. ex. suspeita de dengue e/ou febre indiferenciada); idade maior que cinco anos; consentimento informado assinado.

Critérios de exclusão: características localizadas sugestivas de diagnósticos alternativos, como pneumonia, otite etc.; julgamento pelo profissional de que o paciente não irá participar de um acompanhamento diário.

A amostra foi definida pelo número total de pacientes que preencheram esses critérios e que seguiram o acompanhamento preconizado durante o período da pesquisa, no total de 113.

Um questionário clínico estruturado foi preenchido diariamente por todos os pacientes cadastrados no estudo. Esse formulário de relato de caso (FRC) inclui sinais e sintomas clínicos detalhados, assim como resultados laboratoriais.

A coleta de dados foi feita em até sete momentos, ao longo da evolução clínica da infecção. Os dados foram colhidos desde o primeiro dia de chegada ao paciente à unidade até o primeiro dia sem febre, ou no máximo até o sexto dia após a chegada à UAPS mesmo que o paciente ainda apresentasse febre. Há ainda um momento adicional,

a visita de convalescença até 30 dias após o início da febre, com intuito de monitorar os parâmetros hematológicos e clínicos destes 113 pacientes com suspeita de dengue.

Também hemograma completo foi colhido em todos os momentos em que os pacientes compareceram. Exames de bioquímica albumina, aspartatoaminotransferase (AST), alanina aminotransferase (ALT), creatinina e creatinofosfoquinase (CPK) foram colhidos apenas em dois momentos, sendo estes no primeiro dia do estudo e no primeiro dia sem febre (ou sexto dia de acompanhamento).

Para posterior definição dos casos positivos e negativos para dengue, amostras foram colhidas em três momentos: primeiro dia, primeiro dia sem febre e visita de convalescença. Estas amostras de soro foram separadas e congeladas a -80°C no Laboratório Central (LACEN) de Fortaleza para posterior análise.

Para prosseguir com a análise estatística dos parâmetros clínicos e laboratoriais coletados, estabelecemos quais dos pacientes estudados com doença febril apresentavam infecção por vírus da dengue e quais pacientes não apresentavam infecção por dengue. Para este fim, utilizamos as técnicas de NS1, IgM e RT-PCR nas amostras de sangue que foram congeladas.

Todos os pacientes foram testados para a presença da proteína NS1 e do anticorpo IgM. Para a proteína NS1 foi utilizada a amostra mais precoce colhida dos pacientes (primeiro dia de estudo), enquanto para o anticorpo IgM foi analisada a amostra mais tardia colhida de cada paciente (dia de convalescença, última visita aguda [fim da febre] ou primeiro dia de estudo, quando não há outra amostra disponível).

Os pacientes que tiveram NS1 positivo foram considerados positivos para dengue, pois este teste apresenta sensibilidade de 93,4% e especificidade de 100% (KUMARASAMY *et al.*, 2007).

Da mesma forma, os pacientes que tiveram IgM positivo foram considerados casos confirmados de dengue. Embora a sensibilidade do teste seja 29,9%, a especificidade é de 99,1%, com valor preditivo positivo de 96,2%, e valor preditivo negativo de 65,6%. Por causa de sua alta especificidade e alto valor preditivo positivo, um resultado positivo corrobora um diagnóstico de dengue em áreas endêmicas com alto grau de certeza, mas um resultado negativo requer estudos complementares (DIAZ-QUIJANO *et al.*, 2006).

Os pacientes que foram negativos para ambos NS1 e IgM foram submetidos ao teste padrão-ouro que é o RT-PCR, para conclusão diagnóstica (LANCIOTTI *et al.*, 1992; MORITA; TANAKA; IGARASHI, 1991).

A partir da definição dos casos confirmados positivos e negativos para dengue através da análise laboratorial (NS1, IgM e RT-PCR), procedeu-se então ao cruzamento dos parâmetros clínicos e laboratoriais registrados para estabelecer aqueles estatisticamente mais presentes nos pacientes com dengue confirmada, estabelecendo assim um perfil clínico do paciente com dengue.

Os dados foram coletados de forma prospectiva, mas uma proporção considerável de pacientes não foi examinada em todos os sete momentos. Com o intuito de maximizar o aproveitamento das informações coletadas, decidiu-se fazer a análise como uma sequência de dados transversais. A análise foi feita tomando como referência o dia de evolu-

ção da doença, tomando como primeiro dia, o dia do aparecimento da febre.

Os dados foram tabulados usando o programa Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, EUA). Os achados clínicos e as alterações hematológicas foram avaliados estatisticamente usando métodos descritivos e inferenciais. Para visualizar os dados experimentais de forma mais clara, as variáveis quantitativas contínuas, como as análises bioquímicas, foram expressas pelos valores mínimos, máximos e pela mediana. Já as variáveis dicotômicas foram expressas por frequência relativa (proporção) ao número amostral total (HONG; SHYR, 2007).

As variáveis quantitativas contínuas foram testadas para sua aderência à distribuição normal usando o teste de Shapiro-Wilk (SHAPIRO; WILK, 1965). A partir da observação de que as variáveis de resposta não apresentaram distribuição normal ($p < 0,05$), estatística inferencial não paramétrica foi utilizada para comparação dos grupos (com dengue *versus* sem dengue). Para isso, o teste da soma dos postos de Wilcoxon (WILCOXON, 1945) foi empregado para comparar os valores quantitativos e o teste exato de Fisher (LYDERSEN; FAGERLAND; LAAKE, 2009) foi utilizado para comparar as proporções das variáveis qualitativas. Para os testes inferenciais, um valor $\alpha = 5\%$ foi empregado para rejeitar a hipótese de nulidade. P-valores entre 0,05 e 0,10 foram considerados marginalmente significativos.

Dos dados coletados, conforme o Formulário de Relato de Caso (FRC) utilizado na pesquisa, identificamos seis sintomas e sinais clínicos que teriam possibilidade de realização de análises estatísticas. Os sintomas e sinais clínicos são

eritema cutâneo, cefaleia, tonturas, vômitos, dor abdominal e dor articular. Em relação aos dados laboratoriais, identificamos dez parâmetros laboratoriais que teriam possibilidade de realização de análises estatísticas. Esses foram hematócrito, hemoglobina, plaquetas, leucócitos, monócitos, albumina, alanina aminotransferase (ALT), aspartatoaminotransferase (AST), creatinofosfoquinase (CPK) e creatinina.

Com o intuito de avaliar os parâmetros laboratoriais de forma mais aprofundada, os mesmos foram também categorizados, sendo analisados de forma contínua e categórica. As categorias foram estabelecidas a partir dos valores normais do laboratório de referência e criadas com base em achados na literatura que apontam alterações nos padrões desses exames nos casos de infecção por dengue. As categorias laboratoriais criadas foram hematócrito alto, hemoglobina alta, plaquetopenia, leucopenia, monocitose, hipoalbuminemia, alanina aminotransferase alta, aspartatoaminotransferase alta, creatinofosfoquinase alta e creatinina alta.

O projeto IDAMS, parte do qual é este estudo, foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará em 22 de dezembro de 2011, de acordo com o processo 11222372-9. Posteriormente, foi introduzido na Plataforma Brasil e, por se tratar de estudo multicêntrico internacional, foi apreciado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através do processo 15580013.5.1001.5534 e parecer 689.792 de 06 de julho de 2014, de forma a atender às recomendações da Resolução 466/2012, referente às pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012b).

Também foi aprovado pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES) e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de Fortaleza, fornecendo anuência e autorização conforme processo 1104100715912/2012.

O projeto IDAMS conta com todas as regulações devidas, sendo todos os profissionais envolvidos treinados em Boas Práticas Clínicas (BPC).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na amostra, 55 indivíduos (49%) eram do sexo feminino e 58 (51%) eram do sexo masculino. A idade apresentava uma média de 25 anos (± 13 anos), sendo a menor idade seis anos e a maior 67 anos.

Dos 113 pacientes observados, todos foram submetidos à detecção da proteína NS1 na primeira amostra (coletada no primeiro dia de estudo). Destes, 42 (37%) foram positivos.

Todos também foram submetidos à análise do anticorpo IgM na amostra mais tardia disponível (convalescença, primeiro dia sem febre ou primeiro dia do estudo, nesta ordem de preferência). Tivemos, desta forma, 54 pacientes (48%) positivos para dengue pelo IgM. O diagnóstico foi coincidente NS1 positivo e IgM positivo em 35 casos (31%). Houve também sete casos em que o diagnóstico foi positivo para NS1 e negativo para IgM, valendo ressaltar que em todos esses casos o IgM foi analisado na primeira amostra (primeiro dia do estudo), sendo esperado que nesses casos o IgM ainda não estivesse positivo.

Tivemos 20 casos em que o paciente foi diagnosticado apenas pelo método IgM, com NS1 negativo. Juntando os 42 diagnosticados pela técnica NS1, somamos então 62 casos positivos por essas duas técnicas isoladamente ou em conjunto, deixando 51 pacientes com resultados negativos para ambas.

Esses 51 casos foram submetidos então à técnica de RT-PCR para confirmação diagnóstica. Deles, tivemos ainda 19 casos positivos. Destes 19 casos positivos pelo RT-PCR, 18 foram identificados como DENV4, havendo sido observados entre os anos 2012 e 2013, enquanto apenas um foi diagnosticado como DENV1, no ano 2014.

Somando os 19 casos positivos aos 62 obtidos pelo NS1 e IgM, obtivemos a amostra final com 81 casos positivos (72%) e 32 casos negativos (28%) na conclusão das análises.

O estudo foi conduzido de forma inteiramente ambulatorial na atenção primária. Todos os 113 casos estudados foram notificados para dengue, sendo 102 notificados como dengue sem sinais de alarme e 11 notificados como dengue com sinais de alarme. Os sinais de alarme que apareceram no momento da notificação (suspeita de dengue, ainda não confirmada) foram dor abdominal (05 casos) e vômitos (06 casos). Nenhum dos casos evoluiu para forma grave.

Com relação ao quadro clínico dos pacientes avaliados, os principais sintomas apresentados foram eritema cutâneo, hemorragia, dor articular abdominal, cefaleia e tontura, os quais representam os sintomas clássicos de dengue. Com relação à presença de eritema cutâneo, verificou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre

pacientes (com dengue *versus* sem dengue) com 4 dias de infecção ($p=0,034$), e marginalmente significativo no 5º dia ($p=0,056$). Diferença levemente significativa ($p=0,058$) foi encontrada para tontura nos pacientes acompanhados no 2º dia, caracterizando esse parâmetro de baixo poder discriminatório entre os pacientes com e sem infecção pelo dengue.

Ressalta-se que esse resultado deve ser interpretado com cautela devido ao baixo número de indivíduos nos grupos. A dor abdominal ($p\geq 0,274$) e dor articular ($p\geq 0,249$) juntamente com a cefaleia ($p\geq 0,234$) não mostraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pacientes não infectados e infectados por dengue. Em um estudo de coorte com 8559 pacientes mexicanos, Ramos-De La Medina *et al.* (2011) verificaram que a náusea (52%), seguida da dor abdominal (36%), vômito (29%) e diarreia (17%) foram os sintomas básicos da infecção aguda pela dengue.

Juntamente com a anamnese, exames hematológicos foram realizados com o intuito de correlacionar os achados com a infecção aguda e os sintomas durante os sete momentos de avaliação dos pacientes. Assim como o observado para a presença de eritema cutâneo, a quantidade de hematócrito no 4º ($p=0,024$) e 5º dias ($p=0,033$) de análise e evolução clínica se mostrou significativamente maior nos pacientes com dengue.

Discrepância estatisticamente significativa também foi observada entre os grupos 'infectados' e 'não infectados' para a quantidade de hemoglobina no 4º ($p=0,007$) e 5º dias ($p=0,032$) de análise. A contagem de plaquetas dos indivíduos infectados com o vírus do dengue mostrou-se superior ($p\leq 0,031$) ao grupo não infectado por dengue en-

tre o 3º e 5º dias, estabilizando ($p>0,05$) a partir do 6º dia, apesar de contagens superiores serem observadas no grupo dos infectados.

Nossos dados corroboram os dados obtidos por Oliveira *et al.* (2009), onde uma amostra de 453 prontuários de atendimentos referentes à epidemia de dengue, ocorrida no ano de 2007 em Mato Grosso do Sul. Naquele estudo, 66,5% dos infectados apresentaram diminuição da contagem das plaquetas, com contagem mediana de 135,000/mm³ nos pacientes sem sangramento, em comparação com 131,000/mm³ observado no presente estudo.

A série de células brancas de defesa também foi quantificada e os resultados mostraram que não houve monocitose nos indivíduos infectados por dengue e a contagem de monócitos apresentou semelhança ($p\geq 0,121$) entre os grupos durante os 7 momentos de acompanhamento clínico. Oliveira *et al.* (2012) verificaram que houve monocitose em apenas 18,10% e 12,50% em indivíduos com dengue nos biênios 2005-2006 (n=706) e 2009-2010 (n=68) em Uberaba (MG).

Em contraste, a contagem de leucócitos mostrou-se diferente entre os grupos desde o 1º até o 3º dia ($p<0,001$ e $p=0,017$, respectivamente) de acompanhamento clínico. A partir do 4º até o 7º (convalescença) momentos de análise, não houve diferença significativa ($p>0,05$) entre os grupos em relação à contagem de leucócitos. Palet *al.* (2014) analisaram a contagem viral e interferon-gama (INF- γ) em pacientes (n=127) infectados com dengue na Índia e observaram que a leucopenia estava associada a pacientes com alta contagem viral e INF- γ . Oliveira *et al.* (2012) obser-

varam que a leucopenia estava significativamente presente ($p < 0,0001$) em pacientes infectados por dengue (66,54% em 2005-2006 e 32,69% em 2009-2010). Da mesma maneira, quando parametrizada, a variável leucopenia foi significativamente mais presente nos pacientes infectados por dengue nos dois primeiros dias de evolução clínica da doença ($p = 0,000$ e $p = 0,012$, respectivamente).

Verificou-se que as distribuições da creatinofosfoquinase ($p \geq 0,159$) e da creatinina ($p \geq 0,500$) não se mostraram estatisticamente significativas durante os sete momentos de análise entre os indivíduos infectados por dengue e os portadores de outra enfermidade febril. A dosagem de albumina apresentou-se marginalmente significativa no quarto dia de acompanhamento ($p = 0,080$).

Da mesma forma, as medições de alterações hepáticas, medidas formalmente através dos valores de alanina aminotransferase (ALT) e aspartatoaminotransferase (AST) também começaram a se diferenciar nos pacientes infectados com dengue a partir do terceiro dia ($p = 0,074$ e $p = 0,007$, respectivamente), permanecendo com valores estatisticamente mais elevados ($p < 0,05$) até o sexto dia para ALT e até o sexto dia para AST. Apesar de não significativo ($p = 0,105$), os valores de AST em pacientes infectados com dengue, no quinto dia de acompanhamento, se mostrou quantitativamente maior do que nos pacientes sem infecção. A parametrização das aminotransferases por seus valores normais superiores também mostrou resultados significativos, sendo ALT elevada mais encontrada nos pacientes com dengue no quarto dia ($p = 0,018$) e no dia de convalescença ($p = 0,036$), e resultados marginalmente sig-

nificativos para ALT elevada no sexto dia ($p=0,090$) e AST elevada no quarto dia ($p=0,076$). Resultados semelhantes foram obtidos por Ramos-De La Medina *et al.* (2011), em que verificaram que 70% do total de pacientes ($n=8559$) apresentaram alterações significativas ($p<0,05$) nas provas de função hepática.

O fato de não havermos obtido pacientes que evoluíram para formas graves não nos permitiu avaliar parâmetros que sinalizem a evolução para complicações da dengue, inclusive parâmetros como plaquetopenia e hematócrito alto não mostraram ocorrência significativa nessa pesquisa, mas pudemos avaliar os demais parâmetros para diferenciação de dengue entre outras patologias febris, conforme proposto nos objetivos.

Através dos resultados, podemos observar que parâmetros clínicos e laboratoriais universalmente reconhecidos como marcadores de saída da fase febril e entrada na fase crítica da evolução da infecção por dengue, como eritema cutâneo, elevação da hemoglobina e do hematócrito, diminuição das plaquetas, elevação das transaminases e diminuição da albumina, também foram encontrados nessa pesquisa, de maneira estatisticamente significativa ou marginalmente significativa, a partir do quarto dia de evolução da doença, de acordo os achados descritos na literatura.

Assim, esta pesquisa sinaliza para o clínico qual o momento da evolução clínica da infecção por dengue em que os sinais clínicos e exames laboratoriais podem possuir valor diagnóstico, alertando para o momento correto de solicitação dos exames, levando assim a um melhor cuidado ao paciente e concomitante economia de recursos laborato-

riais. Desse modo, mostramos que o hemograma se mostra um excelente aliado no diagnóstico e acompanhamento do dengue, corroborando os resultados obtidos por Barros *et al.* (2008) e Oliveira *et al.* (2012).

CONCLUSÃO

Como desfecho final, os seguintes marcadores mostraram ser diferenciais nos pacientes com infecção aguda pelo vírus: hematócrito (4º dia), ALT e AST (3º dia), hemoglobina (4º dia), e plaquetas (3º dia). Em especial, já no 1º dia de avaliação, o diagnóstico diferencial realizado pela contagem de leucócitos e pela presença de leucopenia nos pacientes classificados como infectados mostrou-se um eficaz método de diferenciação precoce dos casos de dengue entre outras doenças febris. Esses achados, portanto, se mostraram valiosas ferramentas de apoio diagnóstico precoce de dengue.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, N. *et al.* Multicentre prospective study on dengue classification in four South-east Asian and three Latin American countries. **Tropical Medicine & International Health**, v. 16, n. 8, p. 936-948, 2011.

AVIRUTNAN, P. *et al.* Secreted NS1 of dengue virus attaches to the surface of cells via interactions with heparan sulfate and chondroitin sulfate E. **PLoS pathogens**, v. 3, n. 11, p. e183, 2007.

BARNIOL, J. *et al.* Usefulness and applicability of the revised dengue case classification by disease: multi-centre study in 18 countries. **BMC infectious diseases**, v. 11, n. 1, p. 106, 2011.

BARROS, L. P. *et al.* Análise crítica dos achados hematológicos e sorológicos de pacientes com suspeita de Dengue. **Rev Bras Hematol Hemoter**, v. 30, n. 5, p. 363-366, 2008.

BRASIL. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança. In: 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão, 2007. p. 28.

_____. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança. In: 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão, 2011. p. 80.

_____. Ministério da Saúde. Casos de Dengue. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1997 a 2011. In: Brasília: Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue., 2012a.

_____. Resolução nº 19696-versão 2012. Conselho Nacional de Saúde de 23 de outubro de 2012. In: [s.l.] Ministério da Saúde, 2012b.

CÂMARA, F. P. *et al.* Estudo retrospectivo (histórico) da dengue no Brasil: características regionais e dinâmicas. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 40, n. 2, p. 192-196, 2007.

CARPENTER, S. J.; LA CASSE, W. J. **Mosquitoes of North America**. [s.l.] Univ of California Press, 1965.

CHRISTOPHERS, S. *Aedes aegypti* (L.) the yellow fever mosquito: its life history, bionomics and structure. **Rickard.**, 1960.

DIAZ-QUIJANO, F. A. *et al.* Evaluacion de la prueba de IgM en suero agudo para el diagnostico del dengue en un area endemica. **Enfermedades infecciosas y microbiologia clinica**, v. 24, n. 2, p. 90-92, 2006.

FARRAR, J. *et al.* Towards a global dengue research agenda. **Trop Med Int Health**, v. 12, n. 6, p. 695-9, 2007.

FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. **Cad Saúde Pública**, v. 27, p. 2373-85, 2011.

FOCKS, D.; ALEXANDER, N.; VILLEGAS, E. Multicountry study of *Aedes aegypti* pupal productivity survey methodology: findings and recommendations. **Dengue Bulletin**, v. 31, p. 192-200, 2007.

FORATTINI, O. P. **Epidemiologia Geral**. Depto de Epidemiologia: Faculdade de Saúde Pública-USP. Editora Artes Médicas, 1996.

FORTALEZA. **SIMDA - Sistema de Monitoramento Diário de Agravos**. Fortaleza., CEVEPI, 2014. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/login/auth>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

FRENK, J. *et al.* The epidemiologic transition in Latin America. **Bol Oficina Sanit Panam**, v. 111, n. 6, p. 485-96, 1991.

GUZMAN, M. G.; GARCIA, G.; KOURI, G. Dengue and dengue hemorrhagic fever: research priorities. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 19, n. 3, p. 204-215, 2006.

HALSTEAD, S. Dengue haemorrhagic fever: a public health problem and a field for research. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 58, n. 1, p. 1, 1980.

_____. Global perspective on dengue research. **Dengue Bull**, v. 24, p. 77-82, 2000.

HONG, D.; SHYR, Y. **Quantitative medical data analysis using mathematical tools and statistical techniques**. [s.l.] World Scientific Publishing Co., Inc., 2007.

HORSTICK, O. *et al.* Reviewing the development, evidence base, and application of the revised dengue case classification. **Pathogens and global health**, v. 106, n. 2, p. 94-101, 2012.

JAENISCH, T. *et al.* Dengue research funded by the european commission-scientific strategies of three european dengue research consortia. **PLoS Neglected Tropical diseases**, v. 7, n. 12, p. e2320, 2013.

KUMARASAMY, V. *et al.* Evaluation of a commercial dengue NS1 antigen-capture ELISA for laboratory diagnosis of acute dengue virus infection. **Journal of virological methods**, v. 140, n. 1, p. 75-79, 2007.

LANCIOTTI, R. S. *et al.* Rapid detection and typing of dengue viruses from clinical samples by using reverse transcriptase-polymerase chain reaction. **Journal of clinical microbiology**, v. 30, n. 3, p. 545-551, 1992.

LYDERSEN, S.; FAGERLAND, M. W.; LAAKE, P. Recommended tests for association in 2x2 tables. **Statistics in medicine**, v. 28, n. 7, p. 1159, 2009.

MARIANO, F. A dengue. Considerações acerca de sua incursão no Rio Grande do Sul, em 1916. **Arch Bras Med**, v. 8, p. 272-277, 1917.

MARICOPA, C.E.S. **Lifecycle and information on Aedes aegypti mosquitoes.** Maricopa, AZ Maricopa County Environmental Services, , 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/UF5gWe>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

MARZOCHI, K. B. F. Dengue in Brazil-situation, transmission and control: a proposal for ecological control. **Memorias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 89, n. 2, p. 235-245, 1994.

MORITA, K.; TANAKA, M.; IGARASHI, A. Rapid identification of dengue virus serotypes by using polymerase chain reaction. **Journal of clinical microbiology**, v. 29, n. 10, p. 2107-2110, 1991.

NELSON, M. J. *Aedes aegypti*: biology and ecology. In: **Aedes aegypti: Biology and ecology**. [s.l.] Pan American Health Organization, 1986.

OLIVEIRA, A. C. S. de *et al.* Alterações do hemograma no diagnóstico de dengue: um estudo de 1.269 casos na cidade de Uberaba, Minas Gerais. **Revista de Patologia Tropical**, v. 41, n. 4, 2012.

OLIVEIRA, É. C. L. de *et al.* Alterações hematológicas em pacientes com dengue. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, n. 6, p. 682-685, 2009.

OMS. **Viral haemorrhagic fevers**. [s.l.] World Health Organization, 1985.

OMS. Handbook IMCI: Integrated management of childhood illness. In: **OMS: Organização Mundial da Saúde**, 2005.

OMS. **Dengue**: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. [s.l.] Organização Mundial da Saúde, 2009.

PAL, T. *et al.* Differential clinical symptoms among acute phase Indian patients revealed significant association with dengue viral load and serum IFN-gamma level. **Journal of Clinical Virology**, v. 61, n. 3, p. 365-370, 2014.

PEDRO, A. O dengue em Nictheroy. **Brazil-Medico**, v. 1, n. 13, p. 173-7, 1923.

PIERSON, T.; DIAMOND, M. Flaviviruses. **Fields virology**, v. 1, p. 747-94, 2013.

POSSAS, C. DE A. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec, 1989. p. 271 p.

RAMOS-DE LA MEDINA, A. *et al.* Síntomas abdominales y gastrointestinales del dengue. Análisis de una cohorte de 8.559 pacientes. **Gastroenterología Hepatología**, v. 34, n. 4, p. 243-247, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. DE. **Epidemiologia e saúde**. [s.l.] Medsi, 2003.

SHAPIRO, S. S.; WILK, M. B. An analysis of variance test for normality (complete samples). **Biometrika**, p. 591-611, 1965.

SIMMONS, C. P. *et al.* Dengue. **New England Journal of Medicine**, v. 366, n. 15, p. 1423-1432, 2012.

SINAN. **Sistema Nacional de Agravos de Notificação**. Ministério da Saúde, , 2014. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sinan>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

SRIKIATKHACHORN, A. *et al.* Dengue hemorrhagic fever: the sensitivity and specificity of the world health organization definition for identification of severe cases of dengue in Thailand, 1994–2005. **Clinical Infectious Diseases**, v. 50, n. 8, p. 1135-1143, 2010.

TDR. **Dengue diagnostics**: proceedings of an international workshop. TDR/IRM/DIAG/DEN/05.1, 2005.

WILCOXON, F. Individual comparisons by ranking methods. **Biometrics Bulletin**, p. 80-83, 1945.

WILDER-SMITH, A. *et al.* Update on dengue: epidemiology, virus evolution, antiviral drugs, and vaccine development. **Current Infectious Disease Reports**, v. 12, n. 3, p. 157-164, 2010.

CAPÍTULO 9

CARACTERIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS TUTELARES DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA NA ATENÇÃO NOS CASOS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Samira Valentim Gama Lira
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

INTRODUÇÃO

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), qualquer ameaça ou violação dos direitos desse grupo devem ser notificados ao Conselho Tutelar (CT). Estes devem usar de todos os recursos públicos e da comunidade para fazer cumprir suas determinações, por isso é importante que o conselheiro estabeleça boas relações com os outros serviços que apoiam a criança e o adolescente, de modo a otimizar as ações (BRASIL, 1990).

Para isso, deve-se articular os recursos disponíveis e promover a criação de novos recursos, quando não são satisfatórios em alguma área, participando da formulação de políticas públicas, informando os órgãos responsáveis pelos problemas existentes na comunidade e promovendo a difusão dos direi-

tos por meio de campanhas educativas na comunidade. Nessa lógica, trabalhar para promover o bem-estar, o respeito, a autoestima, a dignidade, a autonomia e, sobretudo, proporcionar situações em que os indivíduos sejam sujeitos capazes de construir, de forma crítica e política, a sua cidadania (FRIZZO; SARRIERA, 2005; SANTO; BASTOS, 2007).

Além disso, os CT desenvolvem ações que apoiam as famílias na resolução de dificuldades e problemas emocionais e sociais que integram a política de preservação familiar. Essa política é composta por programas que atuam no contexto familiar, nos quais diferentes tipos de suporte podem ser providos, evitando que os problemas se agravem e requeiram medidas mais drásticas, como o afastamento dos filhos da família, levando ao rompimento de vínculos e à institucionalização de crianças e adolescentes (SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2011).

O conselheiro deve estar continuamente atento às situações de vulnerabilidades que as famílias estão expostas, bem como as necessidades mais prementes, em especial as que envolvem crianças e adolescentes. Especial atenção deve ser dispensada ao grupo que está em situação de abandono, sofrendo violência intrafamiliar, seja de natureza física, psicológica, sexual ou sobreposições destas, em todas as etapas do atendimento. Quanto à violência intrafamiliar, os conselheiros são responsáveis pela comunicação dos casos suspeitos ou confirmados, determinando as medidas de proteção necessárias, solicitando serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, encaminhando as vítimas e famílias ao Ministério Público (BRASIL, 2002; SOUSA, 2008).

Quando a denúncia apresentada se refere a uma situação de violência intrafamiliar, o Conselho tem poderes para aplicar medidas que visam garantir a proteção da criança e do adolescente. As medidas podem envolver desde a orientação, o apoio e o acompanhamento temporário à família, realizadas pelo próprio conselheiro, até ações de suspensão do pátrio poder. A aplicação dessas medidas visa enfrentar os desdobramentos e a reincidência da violência, visando romper o seu ciclo. Ressalta-se, porém, que o Conselho Tutelar possui atuação de caráter administrativo e não assistencial, e tem a função de executar atribuições constitucionais e legais no campo da proteção à infância e à juventude (MILANI; LOUREIRO, 2008).

Diante das atribuições pertinentes a esses profissionais e no sentido de qualificar sua prática, os conselheiros precisam de constante capacitação pela interface que as violências demandam com os conhecimentos de vários campos de saberes. Assim, os conselhos tutelares devem ser compreendidos como um órgão de atuação comunitária (e não assistencial), de forma a auxiliar no processo de construção da cidadania e fortalecer o desenvolvimento comunitário (FRIZZO; SARRIERA, 2005).

Estudos sobre o Conselho Tutelar vêm sendo realizados no Brasil, os quais vão desde a sua atuação como escolaridade, adaptação social e violência (SOUZA; TEIXEIRA; SILVA, 2003; COSTA *et al.*, 2007; SANTO; BASTOS, 2007; BAZON, 2008). Entretanto, mais pesquisas são necessárias, para identificar problemas e limitações que venham a dificultar a prática dos conselheiros para atuar na garantia do direito da criança e do adolescente.

Visando contribuir com a construção deste corpo de conhecimento e apontando alguns desafios estruturais que se conformam como dimensões intervenientes na consecução de um processo de trabalho resolutivo, este capítulo descreve as características sociodemográficas dos conselheiros tutelares e retrata a lógica do funcionamento dos conselhos tutelares na Região Metropolitana de Fortaleza na atenção aos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Entende-se que discorrer sobre este objeto possa contribuir para ampliar debates e reflexões nas instâncias gestoras, bem como no âmago da sociedade em busca do exercício cidadão.

MÉTODO

Esta pesquisa constitui um desdobramento da tese intitulada “Saberes e práticas dos conselheiros tutelares no enfrentamento à violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes”.

O estudo utilizou a abordagem quantitativa que consente ao pesquisador examinar a relação entre as variáveis para responder às questões e hipóteses, além de proporcionar uma validade e confiabilidade da apuração dos levantamentos e padrões adicionais para fazer alegações de conhecimento que resultam em interpretações significativas dos dados (CRESWELL, 2007).

Dentre os tipos de estudos, para contemplar a pesquisa, optamos pelo seccional ou transversal, que inclui como

sujeito todas as pessoas da população, ao tempo de averiguação ou uma amostra representativa, selecionada sem considerar o estado de exposição; descreve a distribuição de um agravo à saúde em uma população, sendo isso, imprescindível para o planejamento e a administração de ações voltadas para prevenção, tratamento, reabilitação, tanto no nível coletivo como individual (KLEIN; BLOCH, 2009; ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2011).

Essa investigação desenvolveu-se na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), criada em 1973, inicialmente composta por cinco municípios: Fortaleza, Caucaia, Maranguape, Pacatuba e Aquiraz. Em 1986, foi adicionado o município de Maracanaú. Em 1999, sete municípios, Eusébio, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Pacajus, Chorozinho e São Gonçalo do Amarante ampliaram esta região. E, em 2009, dois municípios foram agregados, Cascavel e Pindoretama (BRASIL, 1973; 1999; CEARÁ, 2009).

No ano de 2014, existia 21 conselhos tutelares distribuídos nos municípios da RMF; dentre os municípios, Fortaleza (06) e Caucaia (02) possuem mais de um conselho, apesar de ainda alguns municípios não atenderem ao quantitativo preconizado pelo CONANDA que é a razão de um conselho tutelar para cada 100.000hab.

Dentre os 15 municípios da RMF, 12 foram incluídos na pesquisa; um não foi autorizado pelo gestor municipal; os outros dois, apesar da autorização do gestor, os conselheiros tutelares recusaram em participar.

Assim, estabeleceu-se como critério de inclusão as exigências preconizadas pelo ECA: idade superior a 21 anos,

residir no município onde o conselho tutelar tenha sede e a participação espontânea na pesquisa. Foram excluídos dois conselheiros em gozo de férias e 44 que recusaram a sua participação no estudo. Desse modo, dos 90 conselheiros tutelares existentes nos municípios incluídos no estudo participaram 54 profissionais constituindo a amostra deste estudo.

Inicialmente, foi aplicado um questionário aos conselheiros tutelares para investigar estrutura de trabalho e funcionamento dos conselhos tutelares da RMF. Para coleta de dados delineou-se os seguintes passos:

1. Localização no mapa dos municípios da RMF;
2. Organização da rota entre os municípios para viabilizar a coleta de dados;
3. Contato com os conselheiros tutelares por telefone e/ou email para agendamento prévio da visita;
4. Planejamento da viagem mediante confirmação do dia e horário agendados.

No momento da coleta de dados, inicialmente idealizamos ir a cada município com dia e hora marcada para que todos os conselheiros preenchessem os questionários, mas, ao iniciar a coleta, identificamos que na RMFa maioria dos municípios trabalha com escala, então isso dificultou aplicar os questionários em uma única viagem. Além disso, mostrou-se recorrente entre os conselheiros a alegação da impossibilidade de responder ao questionário, justificada pelo excesso de demandas do Conselho Tutelar.

A partir dessa situação, resolvemos deixar e marcar um prazo de 15 dias para retornar ao município para pe-

gar os questionários. Infelizmente, em alguns municípios os respondentes não estavam com os questionários prontos, tinham perdido, não possuíam tempo, então íamos novamente ao município entregar os questionários e reforçar a importância do preenchimento.

Por um período de seis meses realizamos diversas ligações e visitas aos municípios na tentativa de agilizar o preenchimento e a devolução dos questionários. Apesar desse esforço empreendido, o quantitativo de devolução não atendeu ao planejamento da pesquisa para esta etapa.

No tocante a análise, inicialmente foi criada a base *line* com os quesitos e *labels* a partir dos quesitos/blocos do questionário. Os dados foram inseridos em um banco com a utilização do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) – versão 16.0, aplicando-se a dupla entrada para minimizar inconsistência ou omissão de dados, efetuando, em seguida, teste de validação interna do banco em questão. Em seguida, realizou-se análise estatística descritiva, e quando necessário, cálculos de medidas de tendência central e de dispersão; posteriormente, categorizou-se as variáveis, quando necessário, para ampliar a interpretação dos dados.

A pesquisa obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com o parecer de n. 456.783/2013.

RESULTADOS

Características dos conselheiros tutelares da RMF

Sobre os dados sociodemográficos dos conselheiros tutelares observam-se a predominância: idade <37 anos (52,8%); sexo masculino (57,4%); escolaridade \geq 8 anos (86,0%), casados (63,0%); católicos (81,1%); com renda mensal <2,1 salários mínimos (74,5%) e procedentes da RMF (73,6%) (tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos conselheiros tutelares da RMF, Ceará, Brasil, 2014.(n=54).

Variáveis	N	%
Município(n= 54)		
Fortaleza	09	16,7
Aquiraz	05	9,3
Chorozinho	05	9,3
Eusébio	05	9,3
Guaiúba	05	9,3
Horizonte	05	9,3
São Gonçalo do Amarante	05	9,3
Itaitinga	04	7,4
Pacatuba	04	7,4
Pindoretama	03	5,6
Caucaia	02	3,7
Maracanaú	02	3,7
Naturalidade (n= 53)		
RMF	39	73,6
Interior do Ceará	10	18,9

Outro Estado	04	7,5
Idade (n= 53)		
<37 anos	28	52,8
≥37 anos	25	47,2
Sexo (n= 54)		
Masculino	31	57,4
Feminino	23	42,6
Estado civil (n= 54)		
Casado	34	63,0
Não casado	20	37,0
Religião (n=53)		
Católico	43	81,1
Outra	10	18,8
Escolaridade (n= 43)		
≥8 anos	37	86,0
<8 anos	06	14,0
Nível superior (n= 54)		
Sim	14	25,9
Não	40	74,1
Renda familiar (n= 47)		
<3,2 SM**	33	70,2
≥3,2 SM	14	29,8

* Mais de um participante marcou a opção.

** SM: Salário Mínimo no período da coleta R\$724,00 (setecentos e vinte e quatro reais).

A predominância do sexo masculino no exercício da função de conselheiro pode ser explicada em virtude de o Conselho Tutelar ser um órgão que aproxima esse profissional da comunidade, contribui com o estabelecimento de relações de poder que se transmutam em aspirações socio-

políticas, uma característica que ainda se perpetua no gênero masculino. No entanto, avança a participação feminina na ocupação de funções que aproximam as garantias dos direitos humanos com as situações que desafiam as esferas de governo e as sociedades.

A literatura aponta que os conselheiros acabam utilizando seu cargo para favorecimento próprio, porque a legislação proporciona um “poder” ao conselheiro na resolução dos problemas que envolvem a família, e eles utilizam dessa estratégia para galgar uma carreira política. Para compor o CT é necessária uma votação aberta, não obrigatória, demonstrando nesse momento a aceitação e a credibilidade diante da comunidade (CONANDA, 2007; POLIZELLI; AMARAL, 2008).

Nesse sentido, o que preconiza a legislação como atribuição desses profissionais é que a população possa perceber como “benefício de um desempenho pessoal”, fortalecendo a procura masculina por este órgão, com projeções de uma ascensão política.

Em relação à escolaridade, são poucos os conselheiros que possuem ou procuram uma qualificação; pode-se supor que a ascensão a um curso superior proporcione um entendimento mais abrangente da complexidade das situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (SANT’ANDRÉ, 2008).

Inexiste na legislação a exigência de formação acadêmica específica para ser conselheiro e, nesse sentido, esses profissionais passam a exercer uma função para qual não possuem um conhecimento aprofundado dos diversos fatores que influenciam na vida da criança e do adolescente, deparando-se

com diversas dificuldades para a sua prática, mostrando-se mais confiante a partir do segundo mandato. Nesta pesquisa a maioria dos conselheiros não possui formação acadêmica completa, os que a tem, está restrita à pedagogia.

Essa circunstância pode influenciar nas ações do conselheiro no enfrentamento da violência intrafamiliar, pois eles acabam exercendo diversas atividades como acolhimento, orientação, visitas domiciliares, encaminhamentos e acompanhamentos dos casos com carga horária extensa de trabalho, mas no final não acabam recebendo o benefício financeiro proporcional às práticas realizadas. Por isso, acredita-se que não somente o salário os motiva ao exercício dessa função; outros motivos impulsionam os conselheiros atuarem nas situações de vulnerabilidade das crianças e dos adolescentes e no enfrentamento das violências em seu município, com participação política, no intuito de lutar e assegurar os direitos à proteção integral desse grupo.

Estrutura de trabalho de conselheiros tutelares da RMF

No tocante à estrutura de trabalho, quanto à sede do Conselho Tutelar predominou: ser própria (51,8%), com acesso para a população (84,9%), com divulgação do número do telefone (88,5%), com horário de funcionamento de 8 horas/diárias (84,0%), possuindo plantão de final de semana (88,7%) e no período noturno (83,0%) (tabela 2).

Em relação aos equipamentos e insumos destacaram-se a presença de computador (100,0%), impressora (90,6%), acesso à internet (86,8%), linha telefônica (83,3%), mobiliário (95,0%), viatura própria (49,0%), compartilhada (65,9%) e telefone celular (44,0%) (tabela 2).

Quanto à estrutura física, os compartimentos existentes na sede dos CT são: recepção (84,6%), sala de atendimento (98,1%), brinquedoteca (28,0%), banheiro para a equipe (88,7%), banheiro para a população (58,9%), copa (74,5%), garagem (32,7%), sala de reunião (75,5%) e guarda de arquivo (52,9%) (tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da estrutura de trabalho e funcionamento dos conselhos tutelares da RMF, Ceará, Brasil, 2014.

Variáveis	N	%
Sede do CT (n= 54)		
Própria	28	51,8
Alugada/Cedida	26	48,2
Localização com acesso para a população (n= 53)		
Sim	45	84,9
Não	08	15,1
Divulgação do número do telefone do CT (n= 52)		
Sim	46	88,5
Não	06	11,5
Horário de funcionamento do CT (n= 50)		
8 horas	42	84,0
6 horas	07	14,0
24 horas	01	2,0
Plantão de final de semana (n= 53)		
Sim	47	88,7
Não	06	11,3
Plantão noturno (n= 53)		
Sim	44	83,0
Não	09	17,0
Possui computador (n= 54)		
Sim	54	100,0
Possui impressora (n= 53)		
Sim	48	90,6

Variáveis	N	%
Não	05	9,4
Possui acesso à internet (n= 53)		
Sim	46	86,8
Não	07	13,2
Possui linha telefônica (n= 54)		
Sim	45	83,3
Não	09	16,7
Possui mobília (n= 40)		
Sim	38	95,0
Não	02	5,0
Possui viatura própria (n= 51)		
Não	26	51,0
Sim	25	49,0
Possui viatura compartilhada (n=41)		
Sim	27	65,9
Não	14	34,1
Possui celular (n= 50)		
Não	28	56,0
Sim	22	44,0
Possui recepção (n= 52)		
Sim	44	84,6
Não	08	15,4
Possui sala de atendimento (n= 53)		
Sim	52	98,1
Não	01	1,9
Possui brinquedoteca (n= 50)		
Não	36	72,0
Sim	14	28,0
Possui banheiro para a equipe (n= 53)		
Sim	47	88,7
Não	06	11,3
Possui banheiro para a população (n= 51)		
Sim	30	58,9

Variáveis	N	%
Não	21	41,1
Possui copa (n= 51)		
Sim	38	74,5
Não	13	25,5
Possui garagem (n= 49)		
Não	33	67,3
Sim	16	32,7
Possui sala de reunião (n= 53)		
Sim	40	75,5
Não	13	24,5
Possui guarda de arquivo (n= 53)		
Não	28	52,9
Sim	25	47,1

Fonte: Elaboração própria. 2014.

Nesse contexto, o modo de funcionamento dos CT evidencia algumas condições favoráveis e outras desfavoráveis no processo de trabalho que envolve produtividade; intensificação do ritmo, das rotinas e das cargas horárias; redução efetiva de pessoal; e ampliação de metas não necessariamente possíveis de serem cumpridas; proporcionando o aparecimento de riscos ocupacionais, a ocorrência e a prevalência de processos de adoecimento relacionados ao trabalho (CRUZ, 2011).

A realidade encontrada nesses municípios sobre a estrutura que suporta o processo de trabalho dos CT reforça o que está posto na literatura sobre as múltiplas dificuldades que circundam a prática cotidiana desses órgãos (CEATS/FIA, 2007; SANT'ANDRÉ, 2008; BARBOSA, 2009).

A despeito dos participantes relatarem que nas sedes dos CT têm equipamentos e insumos para viabilizar a prá-

tica, eles ressaltaram que a quantidade é insuficiente, o funcionamento mostra-se irregular (computador, impressora, telefone, viatura...) e os compartimentos são insuficientes, em número, para o exercício da prática, destacando sala de atendimento, recepção, banheiros, copa, garagem, sala de reunião e guarda de arquivos.

Em algumas sedes inexitem cômodos indispensáveis (banheiro para comunidade, sala de reunião, brinquedoteca...) para ofertar um atendimento digno.

A estrutura de trabalho é essencial para que o conselheiro possa atender a criança e/ou adolescente e sua família em situação de violência intrafamiliar, além dos equipamentos necessitam de uma ambiência que proporcione acolhimento, para assim favorecer a assistência aos casos.

Mesmo sem ter relação de subordinação com administração pública, os CT são mantidos pela prefeitura. Isso significa que ela deve fornecer sede, transporte, equipamentos e material de trabalho, além de pagar o salário dos conselheiros, que deve seguir critérios definidos na lei municipal de criação dos conselhos. Os gastos dos conselhos devem estar previstos no orçamento municipal em rubrica distinta destinada ao Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente. O imóvel ou local destinado ao Conselho deve oferecer espaço físico e instalações que permitam o bom desenvolvimento dos serviços e o acolhimento digno do público. Quanto aos equipamentos e material de consumo é necessário que sejam disponibilizados pelo Poder Executivo (UNICEF, 2005; CONANDA, 2007).

Apesar dessas considerações, observamos pelas informações colhidas, que as condições de trabalho desses

conselheiros são precárias, evidenciando compartimentos inadequados, muitas vezes dividem o prédio com outros serviços, não possuem viatura e nem espaço para organizar a burocracia que possibilite o acompanhamento dos casos, falta espaço para receber a criança e/ou adolescente. Apesar disso, eles demonstraram que enfrentam essas barreiras para exercer sua prática, pois diante das situações que as crianças e os adolescentes se encontram precisam que tenham “garra” para superar essas condições e providenciar o melhor atendimento.

CONCLUSÃO

Em relação à estrutura de trabalho, os Conselhos Tutelares da RMF possuem os equipamentos e insumos, mas não em quantidade e condições adequadas, pois eles relatam a presença, mas asseguram a precariedade, e isso contribui para fragilizar o enfrentamento da violência intrafamiliar.

Esse estudo poderá despertar a atenção das autoridades para o investimento nesse órgão, principalmente na estrutura de trabalho adequada que possibilitaria uma atenção e acompanhamento às crianças, aos adolescentes e às suas famílias.

Além disso, despertar a comunidade acadêmica para realizar mais pesquisas no âmbito do Conselho Tutelar, para aprofundar no conhecimento de suas práticas e saberes, e posteriormente a divulgação para que a sociedade conheça cada vez mais o quão fundamental é esse órgão.

REFERÊNCIAS

BAZON, M.R. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.323-332, fev, 2008.

BARBOSA, C. H. M. **A representação social da família dos conselheiros tutelares do município de Niterói – Rio de Janeiro**. 2009. 68f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. **Lei complementar nº 14, de 08 de junho de 1973**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp14.htm> Acesso em: 15 set 2013.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm#art267> Acesso em: 05 jun. 2012.

_____. **Lei complementar nº 18, de 19 de dezembro de 1999**. Disponível em: <<http://www.al.ce.gov.br/legislativo/ementario/lc18.htm>> Acesso em: 14 set 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus--tratos contra crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 01 ago 2013.

CEARÁ. **Ata da 30ª sessão extraordinária da 3ª sessão legislativa da 27ª legislatura da assembleia legislativa do Estado do Ceará do dia 02 de junho de 2009**. Disponível em: <<http://www.teomenezes.com.br/pronunciamentos/jun2009.pdf>> Acesso em: 14 set 2013.

CEATS/FIA. **Os bons conselhos:** pesquisa “conhecendo a realidade”. Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor: FIA. Fundação da Infância e Adolescência. São Paulo: Ceats/FIA,2007.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - CONANDA. **Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar:** orientações para criação e funcionamento / Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, 2007.

COSTA, M. C. O. *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2.ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, R. M. Trabalho docente, modo degradado de funcionamento institucional e patologias do trabalho. In: SOUZA, M. de; MARTINS, F.; ARAÚJO, J.N.G. de. **Dimensões da violência:** conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FRIZZO, K. R.; SARRIERA, J.C. O Conselho Tutelar e a rede social na infância. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 175-196, 2005.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2ed. São Paulo: Ayheneu, 2009.

MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 1, p.50-67, 2008.

POLIZELLI, D. V.; AMARAL, A. do A. Conselho Tutelar: constituição, características e funções. **Rev. de Direito Público**, Londrina, v.3, n. 3, p 127-143, set/dez, 2008.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. Tipos de estudos epidemiológicos. In: ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S.; LASH, T.L. **Epidemiologia Moderna**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANTO, E.E.; BASTOS, A.N.A. Conselho tutelar e inclusão de adolescentes com problemas de adaptação social em Barra da Choça – Bahia. **Inclusão Social**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 57-64, abr/set. 2007.

SANT'ANDRÉ, R. **Competências, processo de escolha e capacitação de conselheiros tutelares**. 2008 . 98f. Dissertação (Mestrado) - FUMEC – Faculdade de Ciências Empresariais, Belo Horizonte.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. Políticas públicas de garantia do direito à convivência familiar e comunitária. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 262-271, Aug. 2011 .

SOUZA, M.P.R.; TEIXEIRA, D.C.S.; SILVA, M.C.Y.G. Conselho Tutelar: um novo instrumento social contra o fracasso escolar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n. 2, p.71-82, 2003.

SOUSA, E.S. (Coord). **Guia prático do Conselheiro Tutelar**. Goiânia: ESMP-GO, 2008.

UNICEF. **O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos**. Brasília: UNICEF, 2005.

CAPÍTULO 10

PESQUISAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS E AÇÕES DE SAÚDE : REPERCUSSÕES NA PRÁTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

Acesso ultrapassa o “ato de ingressar”, como define o *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (2006, p. 53-67). Representa a bandeira de lutas dos movimentos sociais, caracterizando-se como direito de cidadania que transversaliza os princípios e diretrizes de universalidade, igualdade, integralidade, participação da comunidade e descentralização político-administrativa.

Pode ser entendido como a primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde (EVANGELISTA *et al.*, 2008). Logo, diferente de acessibilidade, que trata da possibilidade concreta de aceder aos serviços ou recursos ofertados (SILVA JUNIOR *et al.*, 2010), o acesso remete à forma como a pessoa experimenta esta característica (STARFIELD,

1992) e os resultados dos cuidados recebidos, dando importância à discussão da justiça social e da equidade.

Passadas duas décadas da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), defendida e incentivada no Brasil como modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) é evidente a expansão do acesso ao cuidado (SILVA *et al.*, 2013; SOUSA, 2008). Entretanto, há muitos problemas que precisam ser manejados, particularmente referidos à equidade, resolutividade, qualidade da atenção e integralidade, tendo em vista ainda existir na prática um acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (ASSIS; JESUS, 2012), o que demonstra que a legalidade de uma proposta não assegura sua legitimidade.

Sanchez e Ciconelli (2012) concordam que tais limitações precisam ser confrontadas por meio de políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação. Nesse contexto, a identificação de barreiras para o acesso constitui-se na primeira etapa a ser vencida (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012), tendo como instrumento principal a pesquisa científica, por sua capacidade em contribuir para o aprimoramento das atividades, políticas e desempenho do sistema de saúde. No entanto, a despeito de todo conhecimento produzido, persiste a problemática da sua incorporação à prática.

Mediante essas provocações, a Organização Mundial da Saúde reforçou a necessidade de se avaliar sistematicamente os pontos fortes e fracos da pesquisa em saúde e estabelecer, em caso de investimento público, mecanismos

para debate de prioridades, desenvolvimento de capacidade de realização, estabelecimento de padrões e transformação dos resultados em políticas e práticas para garantia do acesso universal à saúde (OMS, 2013).

A partir das considerações aqui apresentadas, o estudo norteou-se pelos seguintes questionamentos: como a produção científica nacional aborda a temática do acesso em saúde? Qual a repercussão dessas pesquisas no cotidiano da atenção primária?

Desse modo, a atual proposta avaliativa propôs-se em desvendar, a partir da ótica dos autores dos artigos, gerentes e profissionais de saúde, as fragilidades, potencialidades e desafios para o acesso ao cuidado na APS, e ainda promover a reflexão e o debate quanto à aplicabilidade das pesquisas para a transformação dos modelos de atenção, fortalecimento da APS e consolidação do SUS.

METODOLOGIA

O estudo é de natureza avaliativa e participativa, com abordagem qualitativa. Representa dados parciais de uma investigação mais ampla denominada: “Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária” que recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com protocolo de número 662.093.

Foram entrevistados, durante os meses de setembro e outubro de 2015, a partir de um roteiro previamente elaborado, um articulador regional da APS, um gerente de um Centro de Saúde da Família (CSF) e seis profissionais de saúde pertencentes à Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) IV, do município de Fortaleza; nomeados no discurso, respectivamente com AR, GE e PS, seguidos da sequência numérica em que ocorreram. Adotou-se como critério de seleção exercer o cargo atual há no mínimo um ano, a partir disso sua participação era efetivada assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha pela CORES IV foi intencional, em virtude do vínculo existente com a UECE e a responsabilidade social desde a Universidade para com este território.

Não foi seguido critério numérico para estabelecer a quantidade de participantes, de modo que estes foram definidos pela relevância dos depoimentos que trouxeram contribuições significativas ao delineamento do objeto em apreensão. Paralelamente, deu-se a observação sistemática para confronto entre as informações apreendidos com a representação (fala/depoimento) e a prática concreta nos serviços de saúde.

Referente à revisão integrativa da literatura foram selecionados os manuscritos disponíveis na íntegra, publicados nos anos de 2010 a 2015 e escritos no idioma português; sendo excluídas dissertações, teses e notas editoriais. A busca ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2015, na base de dados do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (SciELO), utilizando os descritores: 'acesso aos serviços de saúde' e 'atenção primária à saúde'. Como resultado obteve-se 4.199

publicações, que após submissão aos critérios de inclusão e exclusão, reduziu a 132 artigos. Ao final, procedeu-se a leitura de seus resumos e apreciação quanto à compatibilidade com o objeto desta investigação, restando 19 artigos para compor a análise.

A trajetória analítica do material empírico tomou como base orientadora a hermenêutica crítica, conforme sugerem Minayo (2010) e Assis e Jorge (2010), seguindo a sistemática de ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação foi marcada por leituras iniciais dos conteúdos e detecção das primeiras orientações e impressões. Em seguida, a classificação permitiu a construção das informações tomando como base o marco teórico edificador da pesquisa; envolvendo, inicialmente, a leitura exaustiva e fluante dos textos contidos nas entrevistas, observação e artigos selecionados, com o objetivo de recortar e realizar uma síntese geral de cada unidade de análise, permitindo a visualização das ideias centrais do tema em questão, representado em núcleos de sentido. Concomitante, estabeleceram-se as sínteses horizontais, possibilitando mostrar os temas e as ideias comuns por unidade temática, em blocos convergentes, divergentes, complementares e diferentes, que foram evidenciados nos diferentes quadros de análise.

Em seguida, partiu-se para a leitura transversal, de cada corpo de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos de sujeitos que compuseram a análise, buscando-se, num processo de refinamento e aprofundamento classificatório e confronto entre as diferentes representações. Para tanto, foi necessária a articulação com o objeto, as questões orienta-

doras e os pressupostos teóricos que subsidiaram o estudo. Na etapa final de interpretação do material empírico foi feito o entrecruzamento entre as informações coletadas e o referencial teórico.

Em síntese, os preceitos éticos foram respeitados em consonância com o que determina a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão quanto aos resultados do estudo, estes foram ordenados em dois temas. O primeiro contém uma breve caracterização e análise dos artigos que fizeram parte do escopo desta investigação. O segundo aprecia as barreiras para o acesso ao cuidado na APS, além da aplicabilidade das pesquisas nesse cenário, através de um diálogo entre os achados dos artigos, as narrativas dos entrevistados e a observação sistemática.

Caracterização e análise das pesquisas

A maior parte dos trabalhos foi divulgada em revistas bem-conceituadas na saúde coletiva, prevalecendo aquelas com qualis B3-36%, conforme estratificação da coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior, do ano de 2014. Logo, fica claro tratar-se de artigos de qualidade, indexados em bases de dados internacionais, e, portanto, de amplo acesso. Por outro lado, é importante ressaltar que o

acesso, apesar de constituir aspecto fundamental, não garante a efetiva utilização do conhecimento produzido, sendo necessária a identificação de outros canais de comunicação capazes de chamar a atenção de gestores, profissionais de saúde e usuários, além da ampliação da capacidade receptiva destes através de treinamentos e da intermediação de agentes com inserção dupla na academia e na política (PANG *et al.*, 2003; SOUZA; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Referente ao ano de publicação, não houve grandes variações no número de artigos divulgados no período de 2010 a 2015, demonstrando a relevância do tema, visto a recorrência de sua discussão. Acredita-se que a ausência de publicações no ano de 2015, ano da coleta de dados, possa ser em decorrência da demora na aprovação dos artigos, resultando em publicações no ano seguinte, e por tanto, fora do recorte temporal estabelecido neste estudo.

Ainda, com relação ao local do estudo, observou-se a primazia da região Nordeste, seguido pelas regiões Sudeste e Sul, onde há uma forte concentração de doutores e mestres, assim como das instituições de pesquisa do país (BRASIL, 2014). Além disso, a opção por essas regiões pode ter ocorrido por suas experiências consolidadas de implantação da ESF (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Não foram encontradas investigações nas regiões Norte e Centro-Oeste, o que implica investimentos insuficientes nas atividades de pesquisa nesses locais; evidenciando o desafio de descentralizar a produção científica nas unidades federativas, apesar dos esforços do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), promovido pelo Ministério da Saúde em parceria, no âmbito federal, com o Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e na esfera estadual, com as Fundações de Amparo/Apoio à Pesquisa (FAP), Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias de Ciência e Tecnologia.

Em relação ao tipo de estudo, predominou aqueles com abordagem qualitativa, o que remete, como evidenciou Starfield (2002), a inversão da análise do acesso, antes tratado a partir de bases estritamente quantitativas, relacionado ao número de atendimentos, por exemplo, passando a levar em conta aspectos qualitativos ligados ao acolhimento e seguimento do tratamento no sistema, envolvendo elementos tanto da população adstrita quanto dos serviços que lhe são ofertados, bem como os valores atribuídos. Nesse sentido, um maior número de autores trouxe à tona reflexões e pensamentos, separadamente, de usuários, gerentes e profissionais de saúde acerca do acesso. A triangulação de fonte de evidência, entretanto, possibilitaria um universo linguístico mais amplo e complexo.

Relativo ao fomento, apenas dois artigos discorreram em suas metodologias sobre o incentivo financeiro público para a condução das investigações. Não obstante, os mesmos não deixaram claro se houve uma etapa para a devolutiva dos resultados aos colaboradores e ‘formuladores de políticas’, na perspectiva de promover reflexões e debates acerca dos problemas identificados. Vargas *et al.* (2011) foi o único que expôs essa preocupação, porém com a limitação decorrente do retorno conduzido separadamente para comunidade e gestores, prejudicando, dessa maneira, a pactuação de acordos e o potencial da pesquisa em gerar mudanças. A tabela 1, a seguir, traz um resumo das considerações disposta até o momento.

Tabela 1 – Descrição dos artigos.

Referência	Objetivo	Local	Tipo	Periódico/Qualis
Campos <i>et al</i> (2014)	Compreender como usuários do sistema de saúde de uma metrópole brasileira avaliam o acesso aos serviços de atenção primária.	São Paulo	Avaliação de caráter participativo	SaúdeDebate/B3
Chagas <i>et al</i> (2014)	Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre o acesso aos serviços dispensados aos usuários de um Centro de Saúde da Família (CSF), em Sobral – CE.	Sobral/CE	Qualitativo/Estudo de caso	Rev. APS/B3
Marin; Moravick; Marchioli (2014)	Comparar o acesso aos serviços de saúde na ótica de usuários e profissionais que atuam na estratégia de saúde da família (ESF) e nas unidades básicas de saúde tradicionais (UBST) de um município do interior paulista.	São Paulo	Qualitativo/Quantitativo	Revenferm UERJ/ B3
Silva; Andrade; Bosi (2014)	Analisar o acesso e o acolhimento no cuidado pré-natal à luz das experiências de 13 gestantes.	Nordeste	Qualitativo	Saúde Debate/B3
Silva e Vieira (2014)	Identificar o atributo acesso da atenção primária para a resolução dos problemas de saúde de crianças menores de um ano a partir dos relatos de pais e cuidadores.	Cascavel/PR	Qualitativo	RevBrasEnferm/ B2

Albuquerque <i>et al</i> (2014)	Analisou-se a acessibilidade aos serviços de saúde de Atenção Básica em Pernambuco e os aspectos que favorecem ou dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde.	Pernambuco	Descritivo/ Qualitativo	Saúde Debate/B2
Fernandes <i>et al</i> (2014)	Compreender, a partir da percepção das famílias, a organização e as práticas de cuidado à criança na atenção primária à saúde; foi desenvolvida com 45 representantes de famílias de crianças de 0 a 5 anos, inscritas nos programas de três unidades de saúde de um município da região metropolitana de Curitiba- Paraná.	Curitiba/PR	Descritivo/ Qualitativo	Cogitare Enferm/ B4
Reis <i>et al</i> (2013)	Avaliar acesso e utilização dos serviços, aplicados a 30 gestores, 80 profissionais e amostra aleatória de 882 usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) em São Luis.	São Luis/MA	Qualitativo	Ciência & Saúde Coletiva/B1
Barbosa; Elizeu; Penna (2013)	Analisar o acesso a partir da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais de equipes de saúde da família de três municípios do Estado de Minas Gerais, Ipatinga, Coronel Fabriciano e Santana do Paraíso.	Minas Gerais	Casos múltiplos/ Qualitativo	Ciênc. saúde coletiva/B1
Trad; Castellanos; Guimarães (2012)	Analisar a acessibilidade de famílias negras de bairro popular aos serviços de atenção básica à saúde.	Salvador/BA	Etnográfico	Rev Saúde Pública/A2

Faria e Campos (2012)	Identificar como é organizado o atendimento à demanda espontânea, os fatores que influenciam esse atendimento, analisar como acontece a articulação entre as demandas espontânea e programática e compreender as visões que orientam o atendimento.	Juiz de Fora/MG	Qualitativo	Rev APS/B3
Oliveira <i>et al</i> (2012)	Caracterizar a acessibilidade e a utilização de serviços de saúde em duas unidades de saúde da família do Distrito Sanitário da Liberdade (DSL), no período de 2009-2010, caracterizando o perfil de utilização e identificando fatores relacionados à acessibilidade sócio-organizacional e geográfica.	Salvador/BA	Inquérito domiciliar	Ciência & Saúde Coletiva/B1
Almeida; Fausto; Giovanella (2011)	Descrever e analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a estratégia saúde da família (ESF) no Brasil.	Aracaju/SE, Belo Horizonte/MG, Florianópolis/SC e Vitória/ES	Estudos de caso	Rev PanamSalud Publica/B2
Vargas <i>et al</i> (2011)	Analisa o acesso aos serviços de saúde.	Belo Horizonte e Contagem/MG	Pesquisa-ação	Saúde Soc/B2
Arruda-Barbosa; Dantas; Oliveira (2011)	Conhecer a avaliação dos usuários sobre os serviços de saúde da família e identificar os principais motivos que os levam a buscar tais serviços.	Crato/CE	Descritivo/Qualitativo	RevBrasPromoç Saúde/B3
Vieira-da-Silva <i>et al</i> , (2010)	Avaliar e monitorar a implantação de um projeto voltado para a ampliação do acesso e a humanização do acolhimento aos usuários da rede básica de Salvador, entre novembro de 2005 e maio de 2008.	Salvador/BA	Avaliação da implantação	Rev. Bras Saúde Matern. Infant./ B1

Lima e Assis (2010)	Analisa o acesso aos serviços no Programa Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas (BA) na composição do modelo de atenção à saúde.	Alagoinhas/BA	Qualitativo	Rev. Baiana Saúde Pública/B3
Cunha e Vieira-Silva (2010)	Avaliar a implantação de ações voltadas para a melhoria da acessibilidade à atenção básica, através de um estudo de caso em um município onde a descentralização da gestão da atenção à saúde encontrava-se em estágio avançado de organização.	Bahia	Estudo de caso	Cad. Saúde Pública/A2
Souza e Rocha (2010)	Conhecer as vivências de usuários com deficiências e familiares ao utilizarem o serviço de reabilitação do PSF, e compreender como avaliam o acesso que têm ao mesmo, (tem esse ao mesmo? Tá um pouco confuso, favor verificar) levando em conta diferentes discursos, posições sociais, e origens culturais.	São Paulo	Qualitativo	Rev. Ter. Ocup. /B4

Fonte: Elaboração própria.

Barreiras para o acesso ao cuidado na APS

Na sistematização dos resultados das pesquisas, observou-se que os obstáculos funcionais relativos à organização e à disponibilização dos serviços de saúde apresentaram as maiores lacunas em relação ao atributo acesso. A alta demanda, o sistema de cotas e a demora na marcação de consultas, no atendimento médico e realização de exames laboratoriais nas unidades apontaram entre os alvos de insatisfação da população, com consequências negativas a continuidade da assistência (LIMA; ASSIS, 2010; ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; CAMPOS *et al.*, 2014).

Apreende-se, assim, o descompasso entre demanda elevada e oferta insuficiente dos serviços, levando a um maior risco de perda ou agravamento da saúde dos usuários que buscam atendimento, mas não têm a resolução das suas necessidades garantida. Nesse sentido, os autores destacam a persistência da formação de filas na madrugada nos serviços de APS (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; FARIA; CAMPOS, 2012; CAMPOS *et al.*, 2014; SILVA; VIEIRA, 2014) em parte, pelo número insuficiente de equipes de Saúde da Família, o que leva a determinação de cotas para atendimento, na tentativa de manter o mínimo de qualidade na assistência, a qual fica comprometida diante do quantitativo excessivo de pessoas a quem esses profissionais assumem corresponsabilidade pela saúde, através de ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde. Situação semelhante vem se apresentando em Fortaleza, como demonstra a fala da articuladora

regional, “a gente ainda não tem uma cobertura adequada, então é impossível os profissionais atenderem com qualidade a todas as pessoas do território sob sua responsabilidade” (AR).

Além do número reduzido de profissionais (FARIA; CAMPOS, 2012; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; CHAGAS *et al.*, 2014), o descumprimento de horários e atrasos significativos para o início da jornada de trabalho, aliado à alta rotatividade, principalmente no que se refere ao médico, foram elencados como entraves ao acesso, por dificultarem a formação de vínculo com a comunidade (ARRUDA-BARBOSA; DANTAS; OLIVEIRA, 2011; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014). Como resultado tem-se usuários à deriva, que acabam por construir itinerários próprios baseados em crenças, conhecimentos e facilidades que encontram nos serviços de saúde, o que, por sua vez, contribui para a inversão na lógica do modelo de atenção idealizado de entrada no sistema pela atenção primária, podendo ainda, colaborar para a manutenção da sobrecarga de atendimento nos níveis de atenção de maior complexidade.

Em Fortaleza, os atrasos e faltas vêm sendo reпреen-didos através de descontos no salário: “cada atraso tem um desconto [...] na realidade eles querem é reduzir o nosso salário, que é muito bom, graças ao que a gente lutou no passado [...]” (PS5). Esta ação é percebida pelos profissionais como punitiva e um meio de desvalorização do funcionário público; e apesar de haver relatos de que a carga horária vem sendo mais bem controlada após a aplicação dessa medida, ainda existem aqueles que agem de “má-fé”, registrando a entrada, mas não permanecendo no serviço.

A alta rotatividade de profissionais é outro obstáculo ao acesso no município, que por sua vez não vem buscando soluções para resolução do problema, mas sim, perpetuando as contratações temporárias, que geram menos custos financeiros e responsabilidades legais à gestão, com consequências negativas para o atendimento às necessidades do usuário, o acolhimento no serviço e a confiança nos profissionais. Além disso, o processo seletivo não adota como critério de escolha a formação na saúde da família, contratando, desse modo, sujeitos pouco sensíveis às especificidades do trabalho em comunidade e descompromissados com a luta por melhorias, pelo receio de represálias.

Esse contexto implica também em prejuízos para a troca e cooperação entre os membros da equipe de Saúde da Família (CHAGAS *et al.*, 2014), levando a problemas de relacionamento, falta de reuniões e de planejamento conjunto das ações. A esse respeito, um profissional colaborador do estudo argumenta a necessidade da manutenção de diálogos constantes entre os profissionais em si e destes como os gestores, levando em consideração as experiências acumuladas:

“[...] eu acho que o principal entrave dentro do serviço é o déficit na comunicação entre os funcionários [...] é muito difícil reunir a todos para discutir questão de atendimento e de acesso [...]” (PS2). Tal fato é também argumentado por outro trabalhador de

saúde “[...] uma ideia seria escutar o profissional, principalmente, aqueles que têm certa história de vida [...]” (PS3).

Evidencia-se, dessa maneira, a importância do estabelecimento de relações para a troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinar. O apoio matricial foi pensado nessa perspectiva para capacitar os profissionais da APS através da discussão de casos clínicos e apoio de especialistas (ALMEIDA, FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A educação permanente também se adequa a essa concepção em razão de considerar estratégias educativas que transcendem o tecnicismo e as capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos trabalhadores no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criativa dos mesmos para a transformação das práticas (SILVA *et al.*, 2011). Esse caráter ‘libertador’, todavia, não é percebido pelos profissionais de saúde de Fortaleza, que descreveram a estratégia como um fardo, proposto pela gestão conforme os seus interesses, não havendo incentivo para a continuidade e aplicação do conhecimento produzido na prática.

De acordo com a fala dos trabalhadores, não há resolutividade nas estratégias educativas, tendo em vista que “A educação permanente, muitas vezes, é vista como uma atividade a mais. Então, muitos até fazem os cursos, mas não praticam e o cliente perde [...] porque não há a escuta do profissional e o conhecimento morre com ele” (PS4).

Outro fator agravante é que o planejamento das atividades de Educação Permanente é feito de forma descendente, ou seja, da gestão para o trabalhador “[...] baseia-se muito na imposição. Eles [GESTORES] deixam claro que é do jeito que eles querem e aí orientam mais ou menos” (PS1). Tal fato dificulta a adesão dos trabalhadores, tendo em vista que, muitas vezes, os temas propostos não se adequam à realidade da situação que vivenciam e, portanto, não se constituem como necessidades.

Como exemplo desse caráter opressor da gestão municipal, foi citado o protocolo de acolhimento, imposto, segundo os profissionais, sem o diálogo com eles. Para a articuladora da APS, a determinação do acolhimento como prática institucionalizada foi necessária para a garantia do acesso e para manter um padrão de qualidade nos processos de trabalho “[...] a gente percebia que até pouco tempo não existia o acolhimento como prática institucionalizada, então o que eu vejo é que as pessoas eram atendidas quando tinham a sorte de serem atendidas” (AR).

Apesar do mérito da proposta, seu projeto realizado sem o compartilhamento com todos os trabalhadores de saúde levou a sua incorporação não como proposta legítima para humanizar o primeiro contato e qualificar a avaliação de risco, mas como uma obrigação; o que, conforme Faria e Campos (2012), induz a sua operacionalização como um mecanismo para triar as doenças e organizar a agenda do médico. Pelas falas abaixo depreende-se as concepções distintas de acolhimento entre gestores e profissionais:

[...] muita gente achava que qualquer pessoa que chegasse espontaneamente na unidade teria atendimento médico, mas não é assim. Primeiro, a pessoa é acolhida por um funcionário administrativo; se a sua queixa for aguda, será encaminhada para o enfermeiro, o qual vai acolher e avaliar se precisa realmente de atendimento naquele turno; se for o caso, ela será encaminhada para o médico de referência, mas se não for, sua consulta será agendada [...] (AR).

[...] o acolhimento é a sala que tem uma triagem de enfermagem, aonde quem vai para o médico é quem está realmente doente [...] (PS2).

Diante disso, para uma parcela da população esse dispositivo tecnológico, da maneira que vem ocorrendo na prática funciona mais uma barreira para o acesso, por represar aquilo que é esperado: a consulta com o médico (CAMPOS *et al.*, 2014). Com isso, demonstra-se a ainda enraizada referência biomédica para a população, que compreende a saúde como oposto de doença e associa o acesso ao serviço de saúde à consulta com o médico. Albuquerque *et al.* (2014) avalia positivamente para a transposição dessa vertente o fato de o acolhimento ser feito por vários profissionais, não ficando restrito ao médico, permitindo agregar

diferentes abordagens e explicações sobre os adoecimentos, demandas e necessidades.

Não obstante, a reduzida capacidade de uma parcela significativa das equipes na identificação das diferentes gradações de risco, das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários e das demandas mais subjetivas, consideradas não legítimas à unidade de saúde da família, decorre em prejuízo ao acolhimento (FARIA; CAMPOS, 2012; ALBUQUERQUE *et al.*, 2014; MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

Acerca da estratificação de risco, a articuladora da APS reconhece sua relevância, com a priorização do atendimento a grupos mais vulneráveis, frente à herança das iniquidades sociais e os entraves ainda existentes para um acesso universal; funcionando como mecanismo provedor de equidade.

[...] muita gente coloca que o município de Fortaleza só quer atender gestante, criança, hipertenso e diabético, mas se existem hoje equipes com cinco mil de população, eu tenho plena convicção que não será possível atender a todos, então eu tenho que trabalhar com uma lógica que me permita atender bem quem mais precisa [...] tentar construir uma linha de cuidado de modo que, pelo menos, a princípio com esses grupos eu consiga dar uma atenção de mais qualidade (AR).

Embora se tenha evidenciado uma percepção negativa acerca do acolhimento que vem ocorrendo nas unidades de saúde, essa estratégia quando pautada nos princípios do SUS para atender a todas as pessoas que procuram os serviços, constitui-se ponto forte do acesso, por deslocar o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, facilitar a identificação das necessidades de saúde trazidas pelos usuários e qualificar a relação dos profissionais com os usuários, fortalecendo a responsabilização, vínculo e resolubilidade; conseguindo, desse modo, dar encaminhamento aos casos, sem necessariamente precisar resultar em consultas médicas (OLIVEIRA, *et al.*, 2012; MARIN; BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; MORACVICK; MARCHIOII, 2014; SILVA; VIEIRA, 2014).

Esses encaminhamentos, entretanto, acabam ‘minados’ pela baixa integração entre os serviços dos diferentes níveis de atenção, repercutindo negativamente na continuidade e complementaridade do cuidado (MARIN *et al.*, 2014). Segundo Albuquerque *et al.* (2014), parte dos usuários sai das UBS sem acesso garantido à consulta especializada, o que decorre da baixa frequência na comunicação e discussão dos encaminhamentos entre as equipes de Atenção Básica e especializada.

As falhas no controle de regulação, com longas filas de espera (FERNANDES *et al.*, 2014; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010) e a contrarreferência praticamente inexistente (MARIN, MORACVICK; MARCHIOLI, 2014) trazem à tona essa dificuldade na integração entre os serviços e do papel da APS como coordenadora do cuidado, figurando a universalização da atenção em um sistema segmentado e desarticulado na cadeia organizacional do

sistema público como um todo. Logo, não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado, ou seja, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e ser capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção.

Almeida, Fausto e Giovanella (2011) propõem como estratégia para reduzir esta fragmentação, a formação de um conselho gestor, por meio da articulação entre secretarias e serviços de saúde para a discussão coletiva dos problemas. Em Fortaleza, de modo parecido, ocorriam as rodas de conversas semanais nas próprias unidades de atenção primária à saúde para o debate com todos os trabalhadores sobre dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho e meios de enfrentamento, configurando-se segundo Tesser *et al.* (2010), em espaços democráticos essenciais para permitir acesso e atendimento das pessoas na longitudinalidade.

Apesar disso, segundo os profissionais entrevistados, essa estratégia potencialmente indutora de aproximações e formação de sujeitos críticos, atualmente vem ocorrendo apenas de forma individualizada entre os membros da equipe de Estratégia Saúde da Família, revelando retrocessos.

A gente fechava a unidade um turno por semana para se reunir, para discutir os problemas. Na atual gestão não existe isso. As decisões são tomadas em nível central e de forma verticalizada a gente tem que obedecer. Isso gera um desconforto porque nós somos obrigados a atuar de acordo com o que eles ditam (PS4).

Diante desses processos não participativos para resolução dos problemas da APS que vem se constituindo no município, as trocas de experiências ficam fragilizadas, gerando insatisfação por parte dos profissionais que se veem alheios à tomada de decisão, comprometendo, assim, a assistência. Há também prejuízo no compartilhamento das inovações tecnológicas produzidas localmente e, conseqüentemente, na sua aplicação.

No entanto, existem evidências suficientes de que apenas com a colaboração conjunta de gestores, profissionais e usuários, em um diálogo constante, será possível identificar as limitações para um acesso universal e construir caminhos para o seu alcance; tendo como aliada a pesquisa: produtora de conhecimento cientificamente válido e socialmente legítimo.

Estudiosos enfatizam que a pesquisa pode fornecer elementos para tomada de decisão e propostas que incidem na elaboração de estratégias para a resolutividade dos problemas de saúde da população (ANJOS; BURLANI, 2010; SARTI; CLARO; BANDONI, 2011). Apesar disso, suas contribuições não são percebidas, principalmente pela pouca devolutiva dos resultados. Contribuindo para este cenário de descrédito no instrumento investigativo como potencializador de transformação social está a percepção de profissionais e gestores de que os pesquisadores são guiados por interesses próprios, como se a finalidade do saber produzido fosse tão somente repousar em seus currículos ou em volumes nas prateleiras das universidades.

[...] poucos pesquisadores retornam com os resultados dos estudos para que através deles nós possamos modificar a nossa prática, a verdade é que se produz muita coisa na academia, mas elas ficam guardadas na biblioteca da universidade [...] o que eu vejo é que muitos profissionais não querem mais nem participar, porque não muda nada, a gente vê que não está sendo valorizado (PS1).

[...] eu não vejo muito interesse dos pesquisadores em ver o sujeito da pesquisa e o local que será influenciado o processo. Eles estão mais focados na pesquisa deles, em terminar o curso e publicar; porque era para voltar, dar um retorno, mas não tem não (GE).

Ademais, a questão da apropriação social não é meramente técnica, é técnico-política (BOSI, 2012), assim, deve-se considerar que o pesquisador assume um compromisso social com seus estudos. Logo, a escassez na devolutiva dos achados das investigações científicas leva ao questionamento se há um momento institucionalizado com esta finalidade no município e se existe esforços no sentido de efetivá-lo, com a disponibilização de espaço físico, horário, participação de gestores e interesse dos pesquisadores.

A criação da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS) que entre outras funções, atua no gerenciamento das pesquisas, representa o interesse da gestão municipal em organizar esse processo, porém há consenso de que ainda não foram articuladas estratégias para a cobrança e implementação do conhecimento produzido.

[...] se não for feito de forma institucionalizada e sistematizada, e não por decisões individuais de algum gestor ou de alguma regional, não tem como ter uma relevância [...] (GE 1).

[...] se faz uma coisa de forma pontual, fica muito na questão apenas da reflexão sobre os resultados, mas se é uma coisa institucionalizada, inclusive com a participação de gestores em nível central, porque dependendo dos resultados a gente não tem o poder de colocar em prática, possibilita realmente a implementação do que está sendo proposto (GE 3).

Esse talvez seja o principal obstáculo para o acesso na APS, visto que todas as informações coletadas e analisadas acerca dos problemas para sua garantia, e que poderiam embasar a formulação de políticas de saúde, se perdem em publicações acadêmicas, muitas vezes conhecidas por um número reduzido de intelectuais, permanecendo em uma

semiobscuridade a sociedade. De fato, ainda há muita dificuldade em promover e sustentar um diálogo constante entre produtores de conhecimento e seus potenciais consumidores. No entanto, essa aproximação deve ser cada vez mais enfatizada para o melhor aproveitamento das ações de pesquisa em um país com insuficientes recursos e que precisa saber usá-los bem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas evidenciaram que o acesso ao cuidado, apesar de normativamente constituir-se como direito de cidadania, na prática ainda se apresenta como um ideal, uma vez que inúmeros obstáculos se interpõem à realidade de um SUS prometido pela Constituição de 1988 e que a sociedade brasileira deseja e merece. Existe, portanto, a necessidade não apenas de investigar estratégias para garantia do acesso, mas principalmente em disponibilizar seus resultados para incorporação às políticas e ações de saúde. O principal desafio, talvez, seja definir uma estrutura organizacional de apoio à pesquisa e avaliação de tecnologias no SUS que assegure a continuidade e o aprofundamento das ações em curso, o que depende de significativas mudanças institucionais, culturais e sociais.

Não obstante, a pesquisa no município persiste como um campo de disputas entre distintos interesses, efetivando-se lentamente. Não seria um caminho se recusássemos os papéis instituídos: de academia que leva solução, de gestores e trabalhadores que esperam respostas e de usuários passivos?

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 182-194, 2014.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.

ARRUDA-BARBOSA, L. *et al.* Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 24, n. 4, p. 347-354, 2011.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010.

BARBOSA, S. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.

BOSI, M. L. M. Produtivismo e avaliação acadêmica na Saúde Coletiva brasileira: desafios para a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 12, p. 2387-2392, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 24 maio 2016.

CAMPOS, R. T. O. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 252-264, 2014.

CHAGAS, M. I. O. Acesso dos usuários aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. **Rev APS**, v. 17, n. 3, p. 280 – 290, 2014.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Rev. APS**, v. 15, n. 2, p. 148-157, 2012.

FERNANDES, A. P. P. *et al.* A percepção das famílias sobre a organização da Atenção Primária à saúde da criança. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 56-62, 2014.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da Atenção Básica. **Rev. Enferm UERJ**, v. 22, n. 5, p. 629-36, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, L. S. *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012.

OMS. **Relatório mundial da saúde 2013**: pesquisa para a cobertura universal de saúde.

PANG, T. *et al.* Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 11, p. 815-20, 2003.

REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, n.3, p. 260-8, 2012.

SILVA JUNIOR, E. S. *et al.* Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 10, n.1, p. 49-60, 2010.

SILVA, L. A.; CHAVES, S. C. L.; CASOTTI, C. A. A produção científica brasileira sobre a estratégia saúde da família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de Atenção Primária. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 5, p. 794-802, 2014.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008.

STARFIELD, B. **Primary Care**: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

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

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 230-239, 2010.

SOUZA, L. E. P. F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. O uso de pesquisa na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 546-554, 2004.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1007-13, 2012.

VARGAS, A. M. D. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. **Saúde Soc**, v. 20, n. 3, p. 821-828, 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 10, n. 1, p. 131-143, 2010.

TEMA 3

O FENÔMENO PESQUISADO E AS DIVERSIDADES TEÓRICAS METODOLÓGICAS



“A ignorância não é apenas a noite da mente, mas uma noite sem
lua e sem estrelas.

A inteligência consiste não apenas no conhecimento, mas tam-
bém na capacidade de transformar os conhecimentos em prática.

A principal essência do saber é contemplar o por quê.
Saber é acordar.

Ensinar não é uma função vital, porque não tem um fim em si
mesma; a função vital é aprender.”

Aristóteles (384 AC-322 AC), filósofo grego.

CAPÍTULO 11

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DENGUE E IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO: UMA PESQUISA MULTICÊNTRICA

Lyvia Patrícia Soares Mesquita

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

Fortaleza apresenta hoje um contexto urbano peculiar para a transmissão da dengue, pois ela é constituída por 2.505.650 milhões de habitantes, resultando numa densidade demográfica em torno de 6.818 habitantes por km² e situa-se numa região quente do semiárido. A média de precipitação pluviométrica anual no Ceará é 400mm no interior, e de 1.200mm em Fortaleza (HEUKELBACH *et al.* 2003).

Em 2011, o grupo de pesquisa da UECE coordenado pelo Professor Caprara participou do edital da União Europeia FP7 junto a outras seis Universidades e Institutos de pesquisa internacionais com um projeto de avaliação clínica da dengue. O projeto foi aprovado e, a partir do ano de 2012, Fortaleza foi contemplada por uma grande pesquisa multicêntrica internacional que visa ao diagnóstico precoce

da dengue e identificação de fatores de risco para a forma grave da doença. O projeto denominado: “Consórcio Internacional de Pesquisa em Avaliação do Risco de Dengue, Gestão e Vigilância”(IDAMS) é um estudo prospectivo observacional multicêntrico em pacientes que apresentem uma consistente doença febril com diagnóstico de dengue em serviços de saúde ambulatorial em centros urbanos de seis países do Sul da Ásia e América Latina: Brasil, El Salvador, Vietnã, Indonésia, Camboja e Malásia. Formado por um consórcio de especialistas internacionais que trabalham em conjunto para desenvolver novas e inovadoras ferramentas a serem aplicadas para o controle da dengue em um contexto global e tem por objetivo: melhorar o diagnóstico e manejo clínico da dengue através de seis pacotes de trabalho interligados. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em doenças Tropicais da Universidade de Heidelberg e pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará.

Este capítulo pretende descrever a realização desse projeto, através de sucessivos desdobramentos: na primeira parte serão descritos os elementos principais das epidemias de dengue em Fortaleza, nos últimos trinta anos e o controle das epidemias através do plano de contingência. Na última parte apresentaremos em detalhe o projeto IDAMS e as atividades realizadas em Fortaleza-CE.

Epidemias de Dengue em Fortaleza

O município de Fortaleza, em 1986 passou a vivenciar uma epidemia de dengue causada pelo sorotipo 1. De 1986 a 1993 a introdução e circulação do vírus DENV1 (único

sorotipo isolado no período) com incidências variando de baixas a moderadas (destaque para 1986, 1990 e 1991). No período (08 anos) foram contabilizados 4,8% (12.067) de todos os casos de dengue registrados no município. Não houve notificação de caso grave nem de óbito (VASCONCELOS *et al.*, 1998).

Em março de 1994 detectou a introdução do sorotipo 2 que ocasionou uma grande epidemia em Fortaleza e ainda os primeiros casos graves (21) e os primeiros óbitos (09). Avaliando o impacto deste sorotipo 2, descreve-se que 44% da população da cidade ficou imune neste ano (VASCONCELOS *et al.*, 1998). No triênio (1994 a 1996) ocorreram 28.353 casos, número que representa 11,2% de todos os registros contabilizados em Fortaleza, sendo que 99,9% foram registrados em 1994. Nos dois anos seguintes (1995 e 1996) registrou-se baixa ocorrência da doença (BRASIL, 2015).

O ano de 1997 marca o início de um período de tendência ascendente dos casos da dengue, com registros de picos epidêmicos anuais elevados a partir de 1999, com incidência variando de 333,7 (1999) a 661,0 (2007) casos/100.000 habitantes; exceto em 2002 e 2004. Em onze anos (1997 a 2007) foram contabilizados 85.713 casos da doença (34% de todos os casos registrados na história da dengue no município), dos quais 795 foram formas graves, sendo que 53 evoluíram para óbito (26,9% de todos os óbitos registrados no município). No ano de 2003 foi registrada a introdução do DENV3 (BRASIL, 2015).

Dos anos de 2008 a 2014 pode ser considerado o período das grandes epidemias da dengue no Município de

Fortaleza. Nesses sete anos foram registrados 126.139 casos de dengue (50% de todos os registros do município), sendo 1.401 formas graves (63,2% de todas as formas graves registradas), das quais 156 evoluíram para óbito (71,6% de todos os óbitos) (BRASIL, 2015).

Em 2014, segundo o sistema de monitoramento de agravos do município (SIMDA), Fortaleza notificou 7724 casos suspeitos de dengue, no qual 5631 pacientes foram notificados em hospitais e unidades de pronto atendimento e 894 casos pelas unidades de atenção básica. Já no ano de 2015 a cidade apresentou uma média de 650 casos a cada 100 mil habitantes. Quando esse número ultrapassa 300 casos, pode ser considerado uma epidemia. Para Rouquayrol *et al.* (2013) epidemia é a ocorrência ou agravo com o número de casos não esperados ao mesmo tempo. E um dos fatores é que o sorotipo 1 não circulava nesta proporção desde 2011, o que permitiu que a população ficasse desprotegida imunologicamente.

A Secretaria Regional 5 localiza-se na região sudoeste da cidade de Fortaleza é formada por uma população cujo perfil socio sanitário e econômico é um dos mais baixos Índices de Desenvolvimento Humano desse município (0,44). Compreende uma população de quase 570 mil habitantes dos 18 bairros que abrange. A UAPS José Paracampos está localizada em um desses bairros cobrindo uma área de 45.000 habitantes e é composta por 101 profissionais, cinco equipes de saúde da família, 44 microáreas, 54% de cobertura da Estratégia Saúde da Família para seu território de abrangência sanitária e sempre foi considerada unidade referência para alguns agravos devido: ao número

expressivo de atendimento; ser muito antiga mas ter uma boa estrutura; fácil acesso a transporte.

Em 2011, por ser UAPS referência da regional 5, essa unidade viveu um aumento do número de casos notificados de dengue (total de 677) no qual fez com que toda a equipe adquirisse alguma vivência no atendimento ao paciente com sintomas de dengue e pudesse organizar o processo de trabalho para eventuais epidemias, como ocorreu em 2012 com 1018 casos notificados na UAPS José Paracampos diante de 44143 casos notificados em Fortaleza neste mesmo ano, sendo a segunda unidade básica de saúde do município que mais atendeu pacientes e a primeira da regional 5.

Com a situação imposta em 2011 a gestão central de Fortaleza criou um plano de contingência baseado nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemia de Dengue. Foi criada para auxiliar os estados e municípios na organização de suas atividades de prevenção e controle, em períodos de baixa transmissão ou em situações epidêmicas. Algumas diretrizes foram estabelecidas para garantir a assistência adequada e oportuna aos pacientes buscando como foco prioritário reduzir a letalidade das formas graves da dengue. Dentre as ações: classificação de risco para prioridade de atendimento, a organização dos serviços de saúde e as estratégias para enfrentamento de uma epidemia de dengue.

Foi um trabalho árduo mais compensatório. Foi dado resposta a todos os pacientes que procuraram o serviço e os que não retornavam eram procurados em casa através do agente comunitário de saúde. Todas as notificações de casos foram analisadas e repassadas em tempo hábil. Foi um ver-

dadeiro trabalho em equipe: Atenção Básica, coordenação, farmácia, vigilância epidemiológica. Todos uníssonos em um mesmo objetivo: salvar vidas.

O programa de saúde da família foi criado para assumir responsabilidades sanitárias de uma população com determinado território bem delimitado. Tem como preceito desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipes e a população, constituindo a porta de entrada preferencial desse usuário ao sistema de saúde e tem situação privilegiada na efetividade das ações por estar dentro do território que atua (BRASIL, 2009).

Esse cuidado ao indivíduo pode ser realizado em diversos níveis, seja primário, secundário ou terciário, no entanto é na atenção básica que ocorre a coordenação do cuidado, sendo assim a porta de entrada para maioria dos problemas, além de favorecer o vínculo das pessoas ao serviço e aos profissionais ao longo do tempo, de forma a ser acompanhada em diversas situações de forma eficiente (STARFIELD, 2002). A transmissão de dengue nos municípios requer organização prévia do sistema de saúde em decorrência de sua marcada característica de transmissão explosiva. A ocorrência de um grande número de casos determina um rápido aumento na demanda no número de atendimentos com sobrecarga das unidades de saúde (CONASEMS, 2010).

Por consequência, o que condiciona um sistema resolutivo é sua organização estrutural baseada na situação de saúde das pessoas, buscando dar resposta social às necessidades de saúde de um coletivo. Contudo, há um desacerto nas organizações dos sistemas de saúde, em que a maioria

dos países ainda se organiza na perspectiva de atender à população na forma de demanda espontânea, no qual deveriam se organizar para prestar atenção diferenciada às condições crônicas e agudas, respeitando a sazonalidade de algumas doenças que mesmo endêmicas, apresentam seus picos epidêmicos, como é o caso da dengue (MENDES, 2012).

O Projeto IDAMS

O projeto denominado: “Consórcio Internacional de Pesquisa em Avaliação do Risco de Dengue, Gestão e Vigilância”(IDAMS) é um estudo prospectivo observacional multicêntrico em pacientes que apresentem uma consistente doença febril com diagnóstico de dengue em serviços de saúde ambulatorial em centros urbanos de seis países. O projeto é organizado em cinco pacotes de intervenção: o primeiro pacote da pesquisa vem identificar prontamente, através da clínica, parâmetros e/ou marcadores (virais e imunológicos), que diferenciam entre dengue e outras doenças febris comuns no prazo de 03 dias do início da febre. Esse primeiro passo da pesquisa irá trazer uma melhor compreensão dos sintomas clínicos com um alto valor preditivo positivo para dengue em relação a outras doenças febris, e que a partir desta informação, se desenvolva uma definição de caso para dengue, se possível por diferentes regiões do mundo (JAENISCH *et al.*, 2016).

O Segundo pacote da pesquisa vem identificar qualquer um dos marcadores disponíveis que podem prever a probabilidade de evoluir para um curso de doença mais gra-

ve. Estas medições de viremia diárias são um componente importante no pacote global de caracterização virológica que acabará por abordar o objetivo específico de identificar os correlatos clinicamente úteis de dengue grave. Correlatos sorológicos potenciais de dengue grave estão a ser analisados através de novos ensaios de competição com o vírus. Também foi desenvolvida uma ferramenta para avaliar a variabilidade e a conservação de sequências de ADN ou de proteína em DENV e, assim, criar uma vacina contra a dengue universal. Os resultados preliminares indicaram que a construção era imunogênica em ratos CD1 mediante uma única vacinação com a vacina de ADN expressando as sequências de antígeno de dengue conservadas (JAENISCH *et al.*, 2016).

A avaliação do risco de dengue se fez através de outros pacotes de trabalho vinculados com foco sobre: a) técnicas de mapeamento e modelagem para definir a extensão atual da dengue em nível mundial e para avaliar possíveis cenários de propagação ou de risco para regiões ainda não infectadas no futuro, e b) o desenvolvimento eficaz e sistemas acessíveis de alerta e resposta a surtos iniciais (JAENISCH *et al.*, 2016).

Os objetivos do Pacote de Trabalho 3 vem identificar como as ações para um surto de dengue poderiam ser melhoradas, preenchendo lacunas de conhecimento importantes nas áreas de vigilância. A sensibilidade e especificidade de alerta precoce através de sinais de alerta para surtos de dengue pode ser aumentada através da combinação de diferentes abordagens de vigilância, e por qualidade controlada por apoio laboratorial, respectivamente. Assim, a coleta e a

validação dos dados retrospectivos de cinco países (República Dominicana, México, Brasil, Malásia e Vietnã) para uso na preparação de um modelo de previsão para surto de dengue foi realizado. Em cada país, variáveis climáticas, entomológica e epidemiológica foram exploradas por evidências de associações quantitativas (JAENISCH *et al.*, 2016).

Em outra etapa do processo de trabalho será elaborado, através dos bancos de dados da pesquisa, um sistema de alerta para a distribuição global da dengue. Neste trabalho, serão desenvolvidos, espacial e temporalmente, mapas detalhados de padrões globais dos sorotipos de dengue, para a compreensão de como a dengue se espalhou, e continuará fazê-lo em todo o mundo através da urbanização, o crescimento populacional, e as mudanças nos padrões de viagens internacionais. Atualmente, está se trabalhando pensando em modelos das distribuições atuais e futuras dos vetores *Aedes aegypti* e *Ae. albopictus*, que levam em conta urbanização e movimento humano para fazer projeções futuras (JAENISCH *et al.*, 2016).

O pacote cinco da pesquisa IDAMS irá desenvolver, de acordo com os governos nacionais, organizações internacionais e da comunidade de investigação, um modelo de plano de contingência adaptável às necessidades de cada país e também irá organizar consultas às partes interessadas para a adoção dos resultados da investigação do IDAMS nas políticas e práticas. Para este fim, serão reunidas as experiências de um número de países afetados, identificando pontos fortes e limitações na vigilância da dengue, preparação para surto, detecção e resposta incluindo condutas clínicas. A análise conjunta de experiências dos paí-

ses, envolvendo as principais partes interessadas, deixaram claro que a informação do país sobre a dengue é baseada, principalmente, na notificação e comunicação obrigatórias (vigilância passiva), com confirmação laboratorial.

Finalmente, outra equipe de trabalho será responsável por questões administrativas, garantindo que os relatórios e demonstrações financeiras sejam preparados e apresentados a tempo.

Um exemplo importante a partir da pesquisa IDAMS será uma avaliação da precisão do diagnóstico de um teste do NS1 para o diagnóstico precoce de crianças que, posteriormente, desenvolvem dengue grave. Em particular, a compreensão se todas as crianças que desenvolvem dengue grave têm esse antígeno NS1 detectável nas primeiras 72 horas de febre poderia promover a utilização destes testes mais amplamente por todo o sistema de saúde. Do ponto de vista mais objetivo, esse procedimento ajudaria a agilizar o manejo clínico em pacientes com maior risco de desenvolver complicações, reduzindo assim as taxas de mortalidade por dengue (JAENISCH *et al.*, 2016).

O Brasil vem se destacando em sua crescente participação em pesquisas clínicas, trazendo profissionalização neste setor e reconhecimento ao país como parceiro em pesquisas multicêntricas internacionais. Essas, por sua vez, compostas por centros de referência, contemplam o que há de mais atual em tratamentos denominados estado da arte, considerados pelo seu padrão de excelência (DAINESI, 2012).

Para Alves (2007), muitos estudos internacionais realizados em países em desenvolvimento vêm beneficiar comunidades já privilegiadas em países desenvolvidos devido

aos sujeitos recrutados para a pesquisa, geralmente terem pouco acesso aos serviços de saúde, pouco entendimento sobre os riscos do estudo a que serão submetidos e poucos recursos para recorrerem à justiça se forem prejudicados. Essa situação é comentada para explicar algumas das dificuldades de se fazer pesquisa no Brasil devido, também, a conflitos de interesse gerados em torno de uma pesquisa clínica, que podem ser financeiro, direto e/ou indireto, e não financeiro, como busca de prestígio profissional, necessidade de apresentar produção científica, relações pessoais, interesses políticos e ideológicos, interesses religiosos etc.

Dainesi (2012) destaca como avanço recente nessa área de pesquisa clínica, com a criação, em 2005, da Rede Nacional de Unidades de Pesquisa Clínica ligadas a Hospitais de Ensino, pela Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE-MS), composta por 30 centros em diferentes localidades do território brasileiro com interesse estratégico dessa ação de criar centros de pesquisa clínica com mão de obra especializada e adequado treinamento técnico-científico em Boas Práticas de Pesquisa Clínica; garantir a infraestrutura apropriada para o acompanhamento de protocolos de pesquisas nacionais e internacionais, unicêntricos ou multicêntricos; e atender à demanda crescente de participação de centros brasileiros em grandes estudos clínicos, bem como em estudos nacionais de prioridade em saúde pública.

Esses centros de pesquisa clínica se caracterizam como o local onde executa as atividades relacionadas ao estudo, que são realizadas de acordo com princípios éticos que têm origem na Declaração de Helsinque, que estabelece as nor-

mas éticas para a condução das pesquisas envolvendo seres humanos, baseando-se nos direitos, na segurança e no bem-estar deles (BENEDICT, 2010).

Para Quental (2006), existem muitos fatores que trazem pesquisadores internacionais para o Brasil, como a extensa e diversificada população, muito da qual não tem acesso ao tratamento médico devido à existência de um sistema público de saúde ineficaz; alta incidência das doenças mais prevalentes nos países desenvolvidos, alta taxa de recrutamento de pacientes nos ensaios clínicos; normas éticas de pesquisa compatíveis com os outros países.

METODOLOGIA

Os profissionais da UAPS José Paracampos foram treinados em Boas Práticas Clínicas por professores da Universidade Estadual do Ceará e integrantes da pesquisa IDAMS. Após o treinamento, fizemos uma reunião com todos os profissionais da unidade, inclusive os agentes comunitários de saúde, para apresentar o projeto IDAMS e pedir que todos os pacientes que se enquadrassem nos critérios da pesquisa fossem encaminhados diretamente para os integrantes dela, a qualquer horário, mesmo que não estivéssemos no acolhimento.

A população alvo da pesquisa são tanto adultos quanto crianças (>5anos) eleitos para registro em ambulatórios dos centros participantes da pesquisa e que apresentarem alguns critérios preestabelecidos, usados em todos os países que contemplam o estudo. Critérios de inclusão para o

estudo: febre ou história de febre por < 72 horas; sintomas clínicos compatíveis com a dengue; idade > 5 anos; consentimento informado escrito. Critérios de exclusão para o estudo: características localizadas sugestivas de diagnósticos alternativos; julgamento do profissional de que o paciente não deve participar de um acompanhamento diário (JAE-NISCH *et al.*, 2016).

Os pacientes após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde é também assinado pelo profissional que o inscreveu na pesquisa, recebem uma numeração para que o prontuário tenha apenas suas iniciais e, conseqüentemente, sua identificação desconhecida. A coleta de dados da pesquisa se dá através de um questionário clínico estruturado (prontuário) completado diariamente contendo as seguintes variáveis: dados demográficos, histórico médico, história atual da doença, avaliação clínica (exame físico), evolução diária dos sinais e sintomas clínicos detalhados, condutas, resumos dos pacientes internados, bem como os resultados dos exames laboratoriais diários. Estes são inspecionados diariamente até se recuperarem totalmente e estarem sem febre por 48 horas ou por até seis dias da inscrição. As informações clínicas diárias são registradas no prontuário padronizado juntamente e paralelamente com os procedimentos padrões para um atendimento de dengue realizado neste paciente durante a consulta ou mesmo alguma informação referida por ele após a saída do local do acompanhamento. Então, é registrado todo o ocorrido com aquele paciente durante as 24h de acordo com o relato dele. Todos os pacientes acompanhados na pesquisa primeiramente são recebidos na

unidade de saúde pelo profissional pesquisador, e são encaminhados para o acolhimento com classificação de risco mesmo que o profissional médico do plantão não faça parte do estudo, mas este, certamente, segue a conduta determinada para tratamento de dengue. Todos os dados são registrados no prontuário individual.

Juntamente com a entrevista é coletada uma amostra diária de sangue do paciente, mas isso já se faz rotina para acompanhamento de um suspeito de dengue, para realização de exames laboratoriais: os exames coletados na unidade são transportados por mim para o laboratório de referência localizado no Hospital Gonzaguinha no bairro José Walter, no qual também os profissionais receberam treinamento prévio para identificação dos exames e acondicionamento no refrigerador exclusivo do estudo a 4°C, enquanto não são enviados para o Laboratório Central (LACEN). O exame é entregue ao paciente e uma via é armazenada no prontuário.

Então, esse paciente é acompanhado e realizado coleta de sangue diariamente até a sua fase aguda da doença que é caracterizada por 48h após a febre. E se o paciente não comparecer ao retorno, entramos em contato por telefone e registramos todos os dados referentes à entrevista diária e o convidamos a comparecer no outro dia. Todos os pacientes também são convidados a comparecer à unidade para uma visita de seguimento em torno do 10° ao 14° dia da doença e, nesse momento, a uma nova entrevista e uma nova amostra de sangue é colhida. Os pacientes que não comparecerem a qualquer dos dias citados de acompanhamento serão contactados por telefone para obter as infor-

mações possíveis de serem relatadas por este e o motivo pelo qual não compareceu à visita final do estudo, também é solicitado que ele compareça novamente no dia seguinte, se possível. Os exames coletados seguem o seguinte padrão, como mostrado no quadro a seguir.

Quadro 2 – Cronograma de Exames laboratoriais.

	Inscrição	Diário por até 6 dias	Final da fase aguda	Seguimento 10° ao 14° dia
Sorologia	X		X	X
Hematologia	X	X	X	X
Bioquímica	X		X	

Bioquímica (TGO, TGP, Albumina, creatinina quinase);

Ao paciente cabe retirar-se do estudo em qualquer momento e a alta deste é dada pelo próprio médico da unidade em que está sendo acompanhado.

Mensalmente, os dados são enviados ao centro de coordenação de Heidelberg através de uma planilha e os dados dos prontuários repassados para o banco de dados eletrônico unificado da Universidade de Heidelberg pela própria Universidade Estadual do Ceará.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa IDAMS iniciou em junho de 2012 e foi encerrada em dezembro de 2015. Durante esses anos de pesquisa foram inseridos nos critérios da pesquisa e acompanhados 171 pacientes, sendo o critério mais complexo o de que o paciente tem que se encontrar com febre no momento da consulta. Destes, 70% (124 pacientes) foram

acompanhados por até 48 horas após a febre, em uma média de três a quatro dias de visitas de seguimento. Os 47 restantes não retornaram em algum momento da fase final da doença aguda no qual os motivos pelos quais não retornaram não é questionamento da pesquisa, pois o paciente tem o direito de retirar-se a qualquer instante e não tem obrigações com o pesquisador, mas ao serem contactados por telefone alegaram já estar em boas condições de saúde, não achando mais necessário retornar à unidade de saúde. Dentre os 124 que foram acompanhados nesta fase aguda da dengue, 12 pacientes (10%) foram encaminhados da atenção primária para internação no hospital de referência da regional cinco (Hospital Municipal Gonzaguinha do José Walter) com exames alterados onde necessitavam de uma melhor observação durante 24 horas visto que as unidades básicas de saúde de Fortaleza encerram suas atividades diariamente às 19h, não podendo os profissionais da equipe de saúde da família dar continuidade ao tratamento deste paciente após este horário.

Na fase de seguimento final da pesquisa, que é por volta do 10º ao 14º dia da doença, o paciente é convidado a retornar à unidade para novos exames. Essa entrevista final interroga o paciente quanto a alguma complicação que tenha surgido após o período sem acompanhamento, se em algum momento teve febre novamente, fez uso de algum antibiótico ou outro tratamento, frequentou qualquer outra clínica ou hospital desde a última visita e pede que indique a provável hipótese diagnosticada para a doença deste paciente. Dos 171 pacientes inscritos no estudo 74 retornaram para esta visita final e completaram todo o acom-

panhamento. Mesmo os que não compareceram, 53,8% dos pacientes, foram contactados por telefone e realizado registro da entrevista sem a coleta de sangue. Abaixo segue tabela com demonstrativos dos pacientes durante os anos de pesquisa do projeto IDAMS.

Quadro 3 – Pacientes inscritos na pesquisa IDAMS entre o período de 2012 a 2015.

ANO	Tria- gem	Inscri- tos	Hospitali- zados	Fase aguda	10º-14º dia
2012	35	35	01	19	11
2013	40	30	01	12	19
2014	49	49	09	23	26
2015	57	57	01	27	18
Total	181	171	12	124	74

Fonte: Elaboração própria.

Perguntou-se para alguns profissionais que participaram da pesquisa como foi fazer parte de um estudo multicêntrico internacional. Mesmo com tantas dificuldades apresentadas desde o início da pesquisa, percebemos que os profissionais tiveram uma imensa satisfação em colaborar com tamanho processo de aprendizado e que qualquer ação que possa dar frutos positivos para a população é bem visto pelos profissionais da equipe de saúde da família, mesmo que tenha que ser mais dispendiosos para tais. Tivemos as seguintes respostas:

Foi um momento rico, de muito aprendizado fazer parte de um protocolo único em vários centros de pesquisa. Principalmente, por ser de cunho internacional,

de alta complexidade, por ser considerado padrão ouro em pesquisa e necessitar de participantes com singular capacidade de responsabilização, pois exige do participante um monitoramento constante do uso do protocolo. (Enfermeira 4)

Foi muito importante o aprendizado, pois vivenciei pela primeira vez um projeto deste porte, onde necessitava treinamento sobre ética médica em pesquisa clínica, monitoramento de pacientes, participação como coletador de dados, envolvimento com o paciente – vínculo, ao mesmo tempo muita tensão por ter algumas situações que apresentava dificuldades e a organização do projeto não compreendia a aplicabilidade da pesquisa no concreto. (Médico 1)

Mesmo já havendo tido experiências internacionais, foram sempre no âmbito de estágios na medicina, nunca em pesquisa. Ter contato com o prof. Capra, que é bastante reconhecido internacionalmente, me deu interesse em fazer justamente o que eu havia me preparado para fazer durante toda a minha vida.

Eu estudei línguas, culturas e me preparei tecnicamente justamente para quando surgisse uma oportunidade como essa eu estar apto a aceitar. Então me sinto extremamente feliz e reconhecido por poder fazer parte de um estudo que terá implicações internacionais em manuais de conduta que serão usados por todo o mundo (Médico 2)

Uma consequência importante do aumento do número de casos de dengue é o impacto na economia do município tanto pela elevada evasão escolar, quanto pela grande quantidade de trabalhadores que se ausentam dos seus serviços devido à fase aguda da doença. Um estudo dirigido em oito países do continente asiático e americano, incluindo o Brasil, estimou a carga dessa doença, sobre os serviços de saúde. Alguns achados deste estudo apontam bem os prejuízos potenciais ocasionados pela dengue. Dentre os resultados obtidos destacamos a necessidade dos serviços de saúde de organizarem sua rede de atenção, destinando em média 11,9 dias ao paciente ambulatorial e 11 dias ao paciente que necessitou de internação. Entre os pacientes internados observou-se a perda de 5,6 dias de aulas e 9,9 dias de trabalho em cada episódio de dengue. A partir dos relatórios anuais de casos de dengue desses oito países e dos custos com atendimento ambulatorial e hospitalizações, estimou-se o equivalente a 587 milhões de dólares somente com a atenção aos pacientes (CONASEMS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante esses anos fazendo parte desta pesquisa multicêntrica, pode-se destacar alguns desafios partindo dos dados aqui apresentados.

- Como integrantes desta pesquisa pudemos observar que a maioria dos profissionais treinados não deu continuidade ao estudo, pois existe o conceito que este tipo de pesquisa requer muito trabalho, consome muito tempo, exige organização e perseverança, além de ter que se adequar ao trabalho do cotidiano. Também tivemos oportunidade de acompanhar os pacientes envolvidos nesta pesquisa em diferentes serviços de saúde e pude observar que a organização do serviço muitas vezes muda conforme o estabelecimento de saúde, ainda que estando dentro do mesmo território sanitário. Seria necessário que o sistema de saúde estivesse preparado estruturalmente para receber esse tipo de pesquisa que tem o objetivo de dar retorno de seus resultados à população;
- Como profissionais de saúde pudemos observar que a organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência da equipe, se faz necessária para reduzir a letalidade por dengue no município, bem como permitir conhecer a situação da doença em cada bairro;
- Como cidadãos pudemos observar que o sistema educacional não está voltado para a pesquisa, como afirma Zago (2004) quando descreve que a

formação dos profissionais na área da saúde está às margens do sistema de pesquisa e método científico, dificultando a absorção e acompanhamento das inovações científicas. Mesmo a maioria dos programas de pós-graduação ocorre uma grande influência da formação profissionalizante, contribuindo para desviar o foco na produção de pesquisa, que seria a base sólida da pós-graduação.

A análise dos dados de pesquisas clínicas, sendo utilizados para vigilância epidemiológica na prevenção de surtos de dengue gerará impactos significativos nos diferentes níveis de plano de contingência, incluindo saídas valiosas para a ciência básica e clínica, bem como o desenvolvimento de estratégias importantes para informar a política de cuidados de saúde nível nacional, regional e internacional.

O Brasil precisa de mais planejamento científico para obter seus próprios dados, formular políticas próprias e resolver problemas específicos do país. Ao mesmo tempo, a chamada globalização oferece oportunidades de treinamento e capacitação aos centros de pesquisa por meio do intercâmbio de informações, desenvolvimento e aprimoramento dos métodos de ensino e pesquisa (DAINESI, 2012). Essa situação de dependência produtiva e tecnológica coloca sério entrave estrutural à expansão das ações de saúde, podendo comprometer os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. A construção de centros de pesquisa reduz a dependência nacional no campo tecnológico e produtivo para o Brasil (SCTIE/MS, 2010).

Para WHO (2012) existem muitas questões a serem respondidas sobre a dengue como a gestão do cuidado e do autocuidado, ainda não haver tratamento específico para a infecção, e também não haver licenciamento para nenhuma vacina contra dengue. Também há uma necessidade de harmonização mais ampla entre as políticas sociais e econômicas e a demanda específica para o controle efetivo da dengue. (BARRETO, 2011).

REFERÊNCIAS

ALVES, E.M.O.; TUBINO, P. Conflito de interesses em pesquisa clínica. **Acta Cir Bras.** [Periódico na Internet] 2007 Set/Out;22(5). Disponível em: <<http://www.scielo.br/acb>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, F. I.; XIMENES, R. A. A.; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. In: BARRETO, M. L. **Saúde no Brasil**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, maio 2011. p. 47-60. (3ª Séries). Disponível em: <<http://goo.gl/0UeQfd>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BENEDICT, R. K. **Manual do Centro de Pesquisa**. São Paulo: Dendrix; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Diretrizes Nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: ministério da saúde, 2009. 160p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Gestão. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico-a-**

dulto e criança/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento da Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 20 jul. 2015.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — **A dengue e o agir municipal**. Org. Marcos da Silveira Franco. Brasília/DF – 2010. Acesso em: 03 jul. 2015.

DAINESI, Sonia Mansoldo; GOLDBAUM, Moisés. Pesquisa clínica como estratégia de desenvolvimento em saúde. **Rev Assoc Med Bras**. [Online]. 2012, vol. 58, n. 1, pp. 2-6. ISSN 0104-4230. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000100002>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

DECIT/SCTIE/MS. Rede Nacional de Pesquisa Clínica do Brasil: respostas e redução da dependência estrangeira. **Rev Saúde Pública**. 2010; 44:575-8.

HEUKELBACH, Jörg; OLIVEIRA, Fabíola Araújo Sales de; FELDMEIER, Hermann. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. **Cad Saúde Pública** [On-line]. 2003, vol.19, n. 5, pp.1535-1540. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500032>>. Acesso em: 17 maio 2016.

JAENISCH *et al.* **Evolução clínica da dengue e identificação dos fatores de risco para doença grave**: protocolo para um estudo multicêntrico em 8 países. *BMC Infectious Diseases* (2016) 16:120 DOI 10.1186/s12879 - 016 - 1440 - 3.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012. 512 p.

QUENTAL C, Salles-Filho S. **Ensaio clínico**: capacitação nacional para avaliação de medicamentos e vacinas. Rev. Bras Epidemiol. 2006;9(4):408-24.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

SIMDA – Sistema de Monitoramento Diário de Agravos. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/login/auth>>. Acesso em: 23 jul. 2015

VASCONCELOS, P. F. C, LIMA, J. W. O.; ROSA, J. S. F. T.; TIMBO, M. J. ; ROSA, E. T. ; LIMA, H. R.; RODRIGUES, S. G.; ROSA, J. S. T.. Epidemia de dengue em Fortaleza, Ceará: inquérito soro-epidemiológico aleatório. **RevSaúdePública** 32(5) 447-54, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020**. Geneva, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034_eng.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

CAPÍTULO 12

ABORDAGEM ECOSISTÊMICA NO CONTROLE DA DENGUE: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Joana Mary Soares Nobre
Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença infecciosa viral de transmissão vetorial (*Aedes aegypti*) que apresenta quatro tipos imunológicos: DENV 1- 4, e traz, na sua dinâmica de disseminação, elementos de dimensões biológicas, condutas ecológicas, políticas e econômicas, por isso é considerada um problema complexo que exige um enfoque sistêmico para seu controle (BRASIL, 2012; SANTOS; AUGUSTO, 2010).

Na década de 1980, a magnitude do problema da dengue, nas Américas, aumentou consideravelmente, caracterizando-se por expressiva propagação geográfica da atividade infecciosa na região (TIMERMAN *et al.*, 2009). Dentre os países das Américas, o Brasil, no período de 2001 a 2005, ocupou o primeiro lugar no *ranking* internacional no total de casos notificados de dengue (DENGUNET, 2010).

A dimensão epidemiológica dessa enfermidade demonstra sua multicausalidade, fato que desperta para uma mudança de paradigma, que propõe a substituição do mo-

delo químico dependente por um modelo de ação baseado na abordagem ecossistêmica, descentralizado e participativo, que integra educação contínua, vigilância epidemiológica e entomológica, além da intervenção ambiental atuando, simultaneamente, em diversas frentes e que envolvam os agentes sociais: populações locais; pesquisadores e gestores, inclusive de outras áreas (SANTOS; AUGUSTO, 2010; AUGUSTO *et al.*, 2005).

Desta feita, torna-se evidente que tal doença pode estar relacionada com o agravamento e as consequências da degradação ambiental diretamente na saúde, e, este fato, por sua vez, fez ressurgir o interesse pelas relações saúde-doença-ambiente, demonstrado pela Carta de Ottawa (1986) que tornou universal o conceito de promoção da saúde, a fim de proporcionar, aos povos, meios para melhorar e exercer maior controle sobre a saúde. Com a revisão deste documento, no ano de 1987, houve o acréscimo das seguintes prioridades: responsabilidade social; investigação; infraestrutura; capacidade da comunidade; empoderamento dos indivíduos (ANDRADE; BARRETO, 2002; GOUVEIA, 1999).

No momento em que o conceito de saúde incluiu: paz; educação; moradia; alimentação; renda; ecossistema estável; justiça social; equidade e passou a englobar o estilo de vida das pessoas conectadas aos ecossistemas, e não apenas à ausência de doença, colocou-se em evidência a relação saúde-ambiente (ANDRADE; BARRETO, 2002; CORVALAN; HALES; MICHAEL, 2005; ROHLFS *et al.*, 2011).

No Brasil, e em outros países em desenvolvimento, as características da sociedade moderna como elevada densidade populacional, dificuldades dos sistemas de saúde vi-

gentes, desigualdades sociais e ineficiente saneamento básico, associadas ao clima tropical, favorecem o ciclo biológico vírus-vetor-homem. Cenário que possibilitou as condições para o avanço da dengue no País, e que expressa a multicausalidade dessa enfermidade (LOPEZ *et al.*, 2012; MINAYO, 2000; BARRETO; TEIXEIRA, 2008; COSTA; TEIXEIRA, 1999; AUGUSTO *et al.*, (2005); LIMA (2004); FLAUZINO *et al.*, (2009); TEIXEIRA *et al.*, (2009) e CAPRARA *et al.*, (2009).

Nos últimos anos, o Brasil viveu quatro grandes epidemias de dengue (1998, 2002, 2008 e 2010) (BRASIL, 2011). O Nordeste brasileiro, ocupou o segundo lugar em maior número de casos de dengue anual em 2008. No Ceará, Estado dessa região, a doença se instalou de forma endêmica com registros de seis epidemias, nos anos de 1987, 1994, 2001, 2008, 2011 e 2012. Já Fortaleza, capital cearense, dotada de elevada densidade demográfica e de outros fatores condicionantes para essa enfermidade, apresentou 63% das confirmações de casos de dengue do Estado do Ceará, no período de 2007 a 2012 (SESA, 2013; IBGE, 2012).

Este contexto corrobora com os relatos de López *et al.* (2012) e Teixeira *et al.*, (2009) em que o espaço habitado por seres humanos desempenham um papel central na produção da dengue. De tal modo, a participação popular é apontada como indispensável para o controle de endemias, especialmente no caso da dengue, cujo principal vetor associa-se intimamente aos modos de vida e moradia nas áreas urbanas, por esse motivo, o enfrentamento das endemias não apenas admite, mas requer o envolvimento comunitário (OPAS, 2009).

A produção de sentidos compartilhados e a responsabilização de todos é essencial no processo de controle da dengue, ao mesmo tempo influencia a construção coletiva de novos conceitos com propósito de colaborar para uma mudança social e histórica da ocorrência de surtos epidêmicos da doença local, assim como de fortalecer a todos os atores em suas singularidades, [...] numa perspectiva libertadora, reflexiva e criativa, ajudando a constituição dos sujeitos sociais que são protagonistas de suas vidas e de suas saúdes (DANTAS; RESENDE; PEDROSA, 2009).

Para Gubler (1998), a ocorrência de dengue é um problema de saúde global e, ainda não está totalmente compreendido. Minayo (2010) refere-se à necessidade de organizar programas de promoção em saúde humana, ambiental e coletiva, com limites, atribuições e pressupostos de participação social/comunitária, permitindo inclusive uma avaliação dessa ação em bases comuns, pautada em definições claras tanto dos níveis de envolvimento, como da noção de comunidade.

A investigação científica, para Oliveira (1998), pode trazer reflexões acerca da construção coletiva do conhecimento e do fortalecimento e ampliação das redes sociais de apoio no controle dos processos endêmicos e epidêmicos, sendo viável a partir da compreensão do contexto de relações em que os sujeitos se encontram inseridos. Fato que acentua a relevância do estudo eco biossocial nesta localidade.

Alinhado a tal pensamento, Lebel (2003) apresentou a proposta de um enfoque ecossistêmico em saúde humana, frente à lacuna advinda do processo dinâmico de interação entre os seres vivos e o ambiente, que conta com a percepção conjunta de cientistas, da sociedade civil e dos gestores pú-

blicos, na busca de soluções para situações complexas (FORGET; LEBEL, 2001). Chame (2002, p.57) relata que: “[...] ainda estamos no início dessa complexa tarefa que é estudar doenças e saúde do prisma da organização ecossistêmica”.

Condição já valorizada por Minayo e Miranda (2002) quando sugere que as políticas públicas brasileiras revisitem os níveis de participação por Stone (2000), com o propósito de refletir como, efetivamente, se dá a participação social, um dos princípios desse enfoque.

Na percepção de Stone (2000), a participação social é classificada em cinco níveis para determinadas iniciativas e programas de saúde. No primeiro nível, estão aqueles que consideram “participação” como uma frequência passiva da população a eventos e palestras. No segundo nível, a participação é expressa com doações e sessões de espaços comunitários, mas sem envolvimento. No terceiro nível se expressa com grupos e segmentos sociais como executores de ações, entretanto, as ações foram pensadas externamente e não inclui o saber local. No quarto nível, a população participa não apenas na execução da ação, mas também no monitoramento e avaliação. E, por último, em um quinto nível, difícil de ser encontrado, nele a iniciativa ou programa admite que o próprio planejamento da ação possa ser modificado se assim for deliberado pelos atores envolvidos.

Conceitualmente, o processo de participação social em saúde foi estabelecido pela inclusão de diferentes atores em prol de direitos e usufrutos de bens e serviços na sociedade, e na tarefa de promover a saúde da população (PUTNAM 1996; OLIVEIRA, 2009). Condição que possibilitou a constituição de uma arena democrática de debate com a in-

fluência de outras áreas governamentais, de meio ambiente e de cidades (ESCOREL; BLOCH, 2005; ESCOREL; MOREIRA, 2009). As formas de participação social, em tese, podem estar relacionadas tanto à história como ao regime de governo (DONADONE; GRUN, 2001).

Realidade que indica a importância de se promover uma reflexão sobre a participação social no controle da dengue, frente ao quadro de transmissão e reincidência da doença, apesar da intervenção tradicional preconizada pelo Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD, ao longo dos últimos anos.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo conhecer o processo de participação social durante a intervenção baseada no enfoque ecossistêmico em saúde humana no controle da dengue, a partir de uma discussão fundamentada nos níveis de participação social apresentados por Stone (2000), a fim de aprofundar as discussões a respeito das situações limites expostas na fase de intervenção e suas interfaces com a gestão ambiental, sob o prisma da participação social, e, de vislumbrar o início de mudança social, histórica e sustentável da participação social no que concerne à prevenção da dengue. Porém, sem a intenção de restringir a causalidade da enfermidade, nem tampouco, a dimensão proposta pelo enfoque ecossistêmico.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva com enfoque de análise qualitativa, caracterizado por um estudo multicêntrico financiado por UNICEF/

IDRC & UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR). Investigou-se o cenário dos encontros para a intervenção baseada no enfoque ecossistêmico de saúde humana, em agregados de cinco bairros da cidade de Fortaleza (CE): Parreão; Messejana; Quintino Cunha; José Walter e Passaré, com foco no processo de participação dos agentes sociais no planejamento e execução desta fase da pesquisa, realizada no período de junho de 2012 a junho de 2013. A fonte de coleta de dados constituiu-se de três técnicas: observação participante sistemática; entrevistas aplicadas junto aos pesquisadores coordenadores de cada agregado; e, pesquisa documental, a fim de agregar mais subsídios à análise de dados.

Para a análise do material qualitativo optou-se pela modalidade de análise de conteúdo. Os registros foram esquematizados, inicialmente por agregados, e contiveram as informações: descrição breve do local, situações socioeconômicas, populacionais, saneamento básico, liderança comunitária, relatos dos agentes sociais, percepção dos pesquisadores. Fato que possibilitou uma visão panorâmica de cada agregado, e evidenciou distintas condições na conjuntura urbana do Município de Fortaleza peculiares à proliferação do *Aedes aegypti* e, por conseguinte, a transmissão da dengue.

Nos aspectos éticos, foram preservados os preceitos bioéticos fundamentais: respeito ao indivíduo; autonomia; beneficência e justiça. Para manter o anonimato dos participantes se utilizou as iniciais das categorias dos agentes sociais: Supervisores de Endemias (SE) e Agente de Controle de Endemia (ACE); Educador em saúde (ES); Agente Comunitário de Saúde (ACS), Programa de Saúde da

Família (PSF) Enfermeira (Enf.), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Morador (M) e os Pesquisadores (P), seguidas de um algarismo arábico sequencial.

A observação ocorreu direcionada aos fatores eco-biossociais relacionados à conjuntura dos participantes da pesquisa, bem como ao saneamento básico (abastecimento de água, coleta de lixo e sistema de esgotos), em função de conhecer o contexto histórico socioeconômico e cultural local, e ao envolvimento dos agentes sociais durante o processo de intervenção baseada no enfoque ecossistêmico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os encontros para a intervenção fundamentada no enfoque ecossistêmico em saúde humana aconteceram em diferentes ambientes dos agregados, como centros comunitários, residências de moradores, casa de oração e escolas públicas. Esses espaços, naturalmente, inspiram a adesão dos agentes sociais, a fim de possibilitar a compreensão de que a saúde é responsabilidade de diferentes setores da sociedade, organizações públicas, privadas e não governamentais (ONGS) e a população em geral. Visto que, na complexidade dos problemas de saúde pública, o foco dos envolvidos passou a ser, não apenas a comunidade e os profissionais de saúde, mas também diversos agentes e setores que devem participar no processo de busca de soluções (BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008). Para o controle da dengue, é necessário percorrer caminhos alternativos, observar o enfoque multidisciplinar, somado aos programas tradicionais já existentes, possibilitando resultados com maiores eficiência e eficácia (QUINTERO *et al.*, 2009).

QUADRO 1- PARTICIPAÇÃO DOS AGENTES SOCIAIS NA INTERVENÇÃO COM ABORDAGEM ECOSISTÊMICA, NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, NO PERÍODO 2012-2013.

AGREGADOS	AGENTES SOCIAIS										ATIVIDADES		TOTAL AGENTES SOCIAIS 20 encontros e 20 ações
	PESQUISADORES	ACE*	PROFISIONAIS DO NASF	PROFISIONAIS DO PSF	ACS**	EDUCADORES EM SAÚDE	LÍDERES COMUNIT.	MORADORES	ENCONTROS	AÇÕES			
PARREÃO	5	4	0	1	2	3	0	5	7	4		127	
MESEJANA	3	3	0	0	2	1	0	0	2	4		179	
QUINTINO CUNHA	5	3	2	0	1	2	1	2	5	5		112	
JOSÉ WALTER	6	4	0	0	1	1	0	8	3	4		299	
PASSARÉ	4	5	0	0	0	0	0	4	3	3		30	
TOTAL	23	19	2	1	6	7	1	19	20	20		747	

Fonte: Elaboração da autora (2013). *-Agentes de controle de endemias **-Agentes comunitários de saúde.

Quanto à participação dos agentes sociais na intervenção integrada no controle da dengue, verificou-se, no quadro 1, discreta adesão ou, até mesmo, ausência dos agentes sociais do PSF, ACS, NASF e de outros setores, nos encontros realizados nos bairros em estudo. Situação que diverge dos fundamentos de tal enfoque, em particular a participação social para a construção coletiva baseada na percepção conjunta dos cientistas, sociedade civil e gestores públicos, com vistas ao fortalecimento de iniciativas que contribuam para apreciar a relação saúde-ambiente, a tomada de decisões e a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2011; FORGET; LEBEL, 2001). E, ainda, denotou dificuldades para reunir todos os agentes sociais, percebida por Rozemberg, quando refere: “Entre os muitos desafios da abordagem está o de integrar a participação de todos os agentes sociais envolvidos nos problemas em análise [...]” (ROZEMBERG 2002, p. 194).

Minayo (2010) reiterou que a metodologia do enfoque ecossistêmico é desafiante para a compreensão de que a participação vai além da atuação da população, pois deve contar com a inclusão dos gestores públicos, políticos e cidadãos.

Os cinco agregados da intervenção contabilizaram 907 imóveis com pelo menos dois moradores, entretanto, ao final de vinte encontros e vinte ações, reuniu tão somente 747 agentes, sendo que o maior número de pessoas ficou por conta das ações que aconteceram em escolas e centros sociais urbanos. Segue o panorama das áreas de intervenções:

Parreão

As três quadras desse bairro (agregado com 151 imóveis) apresentaram maior concentração de residências caracterizadas por nível socioeconômico elevado, exceto um quarteirão com casas mais simples. Existem muitos estabelecimentos comerciais: lanchonete; salão de beleza; igreja evangélica; consultório médico; lava-jato desativado e lojas. Não foram identificadas lideranças comunitárias locais. No concernente às condições sanitárias possui ruas asfaltadas, bom saneamento básico, sem esgotos a céu aberto, coleta de lixo regular.

Os encontros da intervenção, baseada no enfoque ecossistêmico, aconteceram em locais cedidos pelos responsáveis (residência de morador, escola pública e casa de oração). Os agentes participantes distribuíram-se nas respectivas categorias: SE; ACE; ACS; ES; PSF (Enf.); M e P. Entretanto, a presença do profissional do PSF limitou-se à reunião inicial que se destinou a devolução dos resultados da pesquisa etnográfica que permitiu conhecer a situação do agregado no aspecto do controle da dengue.

No encontro seguinte aplicou-se a dinâmica da árvore, a fim de proporcionar uma reflexão coletiva entre os participantes que elencaram os problemas, as causas e as soluções, representando, assim, folhas, flores, frutos de uma árvore, consecutivamente.

Dentre os problemas eleitos no Parreão, destacou-se a recusa ao acesso dos agentes de endemias nas residências, atrelado à insegurança, à comodidade das pessoas, ao nível socioeconômico elevado ou, até mesmo, à falta de interesse por parte das pessoas e de lideranças comunitárias. Refletida nos comentários seguintes:

Ficou 30% das casas sem visita, pela recusa ou domicílio sem ninguém, quando o limite seria 10%. Em muitas casas, as pessoas estão em casa e não abrem, ou pedem para vir depois. Sem falar que às vezes a gente é expulsa como cachorro (SE - 1, Parreão).

Essa área não tem ACS na outra comunidade é mais acessível à entrada dos agentes em suas casas. [...] o contato agente e comunidade é muito mais próximo, uma vez que é facilitado pela presença de um líder comunitário, o que falta no bairro Parreão (ACS - 3).

Este cenário confirmou a dificuldade para agregar os atores em prol do coletivo, nesse processo, igualmente relatada por Rozemberg (2002), e adversa ao fundamento da abordagem integrada que valoriza a percepção conjunta dos cientistas, da sociedade civil e dos gestores públicos e privados na construção de práticas de saúde sustentáveis (FORGET; LEBEL, 2001). A carência dos profissionais de gestão foi evidenciada, inclusive, por Gomes e Minaayo (2006). Em contraponto a esse panorama verificou-se o empenho dos profissionais de endemias para contribuir tanto no projeto quanto na efetividade do trabalho.

Em tese, a conjuntura apresentada pode ter ligação com o contexto político, econômico e cultural associado ao mundo globalizado; ao modelo de saúde biomédico e à vi-

são ecológica reducionista, impossibilitando o êxito desta prática (PORTO *et al.*, 2004).

O surgimento do capitalismo, também, influencia na relação dos seres humanos entre si e com a natureza, ele originou mudanças nas relações sociais, segundo Rigotto (2002). Sistema vigente nos países em desenvolvimento, nos quais as condições ambientais adversas passaram a ser identificadas como riscos à saúde, e geraram a necessidade de estudar, abordar e intervir tanto os novos problemas como os antigos dentro do ponto de vista integrador, que incorpore a temática ambiental nas práticas da Saúde Pública (BARCELLOS; QUINTÉRIO, 2006).

O não comparecimento de maior parte dos convidados, previamente para os encontros, instigou nos agentes participantes reflexões sobre o relato do ACE-4: “os maiores empecilhos eram a distância”, resultando na mudança do local de reunião para a casa de oração, mais próxima do agregado e, posteriormente, para casa de um morador do próprio agregado. Mesmo assim, manteve-se o baixo índice de adesão aos eventos, e uma dificuldade, por parte das pessoas engajadas para quebrar o paradigma da visão reduzida, individual, distanciada da perspectiva de transdisciplinaridade, um dos seis fundamentos da abordagem eco biossocial.

Condição confirmada no momento em que os agentes presentes, ao serem estimulados a propor uma solução para a realidade frente aos problemas estabelecidos coletivamente, não se pronunciaram. Isso exposto pode retratar o refiro de Lima e Vilasbôas (2011, p. 1518): “a intersetorialidade ficou restrita ao plano retórico, a implantação das

ações intersetoriais, na prática, permanece um desafio a ser conquistado”.

Entretanto, fomos surpreendidos com a percepção de uma nova moradora M12, frente à realidade posta. Seus posicionamentos foram pertinentes e sintonizados com o princípio de participação social, inclusive demonstrou entender o sentido de empoderamento.

Essa atitude ímpar e consonante ao enfoque remeteu à curiosidade: o que diferencia a atitude dessa moradora das outras? Ao descobrir que era professora aposentada adveio outro questionamento, a aproximação profissional com a educação e o nível de escolaridade poderá facilitar a mudança de atitude da população frente à relação saúde-ambiente? Por outro lado, a maioria dos indivíduos se posicionou a favor da aplicação de multas, e deixou a impressão de preferência em permanecer na condição de acomodação, por ser mais fácil esperar pelo outro, ou depositar a responsabilidade no governo, mesmo que repercuta em precárias condições de vida e de saúde.

Messejana

As duas quadras desse bairro (180 imóveis) evidenciaram concentração maior de casas pequenas e sem garagem; grande quantidade de terrenos baldios, fato que predispõe a existência de potenciais criadouros do *Aedes aegypti*. Quanto às condições sanitárias, esse agregado possui ruas asfaltadas com muitos buracos, onde a água da chuva forma poças de lama, acúmulo de lixo nas calçadas, apesar da coleta de lixo regular. Ambiente e condição socioeconômica favo-

ráveis ao surgimento da doença e de óbito nos indivíduos (AUGUSTO, 2004).

Os encontros da intervenção eco biossocial no agregado de Messejana aconteceram no centro comunitário e na escola pública, lugares cedidos frente à solicitação do grupo de pesquisa. Os participantes distribuíram-se assim: SE; ACE; ACS; ES e P. As reuniões iniciais destinaram-se à devolutiva dos resultados da análise situacional e a dinâmica da árvore, igualmente aos outros agregados.

A reflexão do grupo sobre os problemas foi evidenciada no comentário: “[...] dentre os problemas apontados, os que se destacaram e representaram os maiores desafios foram: o lixo e a falta de interesse da própria população em participar, ativamente, na luta contra o mosquito da dengue” (P -6).

Surpreendentemente, esse bairro não obteve a presença de moradores nos encontros propostos, assim como, não ocorreu integração dos profissionais de saúde PSF e NASF. Diferentemente do preconizado pelo PNCD (2002). Castro e Souza (2012) mencionaram a sensibilização da comunidade, e de cada indivíduo, no processo de promover ações em prol da minimização dos problemas ambientais e garantia da qualidade de vida. O quadro clarificado subentendeu a complicada efetivação da participação social nesse local, demonstrado no relato da pesquisadora e a declaração do participante, a seguir:

Os agentes de endemias foram muito participativos e falaram das dificuldades em conscientizar a população sobre como combater os focos do mosquito da dengue

[...]. Explicaram que a população acha que os profissionais têm a responsabilidade da higienização das caixas (P- 6).

Deveria ter uma maior participação da mídia em chamar essa população, para engajamento e controle das ações [...] (SE -2).

Mais uma vez notou-se, por parte do próprio profissional de endemias, dificuldade no concernente à integração com a comunicação social para envolver a população no controle da dengue.

Os relatos feitos no momento das ações executadas trouxeram uma alternância de comportamento, ora positivo, com a atenção das pessoas às orientações e práticas de vedação de caixa d'água, operação quintal limpo e entrega do calendário, ora contrário, mediante atitude dispersa dos moradores quando se abordava a temática. Tanto os profissionais de controle de endemias como os moradores reconheceram a responsabilidade da população nas ações de intervenção eco biossocial no controle da dengue.

Assim sendo, brotou a ideia comum de beneficiar a população como forma de atraí-la para os encontros. O que nos levou ao questionamento: será que a carência de serviços de saúde e as precárias condições socioeconômicas vivenciadas por grande parte da população em estudo, influenciaram no desinteresse da população?

Escorel e Moreira (2009) consideram que o ponto de partida para a participação social é o indivíduo buscar intervir na situação concreta e histórica em que vive cons-

truindo-se como um sujeito social. O pensar em “compensar” o indivíduo em troca de sua participação poderá engessar, cada vez mais, suas atitudes na comunidade que convive, e descaracterizar a abordagem eco biossocial, fator condicionante para a geração de saúde individual e coletiva.

Quintino Cunha

As duas quadras desse bairro (188 imóveis) predominaram residências “simples”, indicando nível socioeconômico baixo, exceto sete imóveis em melhores condições de construção. Possui comércios ligados às residências, em sua maioria: bodega, salão de beleza, além de feiras livres e farmácias. As ruas são asfaltadas e com saneamento básico. Não se observou esgotos a céu aberto, possuindo sistema de coleta de lixo regular.

Diferentemente dos bairros já mencionados, o Quintino Cunha contou com a participação do NASF e trouxe uma visão de trabalho em equipe multiprofissional. O profissional NASF-2, segundo o P12, referiu dificuldades na prática integrada com outros profissionais, anteriormente, e achou interessante participar dos encontros com o grupo de pesquisadores e representantes de diversas áreas do conhecimento. Apesar desse bairro ter um histórico de mobilização social e liderança comunitária.

Nesse agregado, destacaram-se alguns comentários sobre as questões problemáticas relacionadas à dengue: água, lixo, educação da população, incremento populacional que ocorreu na cidade de Fortaleza, sendo predominante a questão da água: “As pessoas precisam estocar água porque

não existe um sistema de tratamento de água” (NASF -2). E, ainda, “a realidade da falta de água é algo problemático, cita suas experiências em relação à estocagem da água em tambores e cisternas, na qual a população a realiza de forma inadequada” (ACE -1).

Um ponto de limitação do agregado foi o insuficiente saneamento básico com ênfase para o abastecimento de água descontínuo, que força os habitantes a armazenar água, e, muitas vezes, os recipientes não possuem vedação correta, tornando-se vulnerável ao incremento da doença. Portanto, o fornecimento de água irregular decorrente do crescimento populacional nas grandes cidades, de políticas públicas insuficientes e outras questões, dificulta a prática consciente por parte da população e distancia-se do controle do *Aedes aegypti*, vetor transmissor.

Dentro das expectativas de soluções repetiu-se a ideia de penalização financeira como caminho positivo no que diz respeito ao combate da dengue. A partir desse cenário notou-se o quão complexo se torna a compreensão da reincidência da doença para estratégias de controle, tornando a questão macro, o que demanda as ações intersetoriais.

A natureza multisetorial da dengue, já valorizada por Kuno, em 1995, quando pensou na eliminação de criadouros e redução da infestação com consequente diminuição da transmissão da doença, a partir das melhorias no abastecimento de água, na coleta do lixo, nas condições de moradia e, por fim, na educação da população.

Observou-se pelas informações dos profissionais de controle de endemias e pesquisadores, certo desinteresse da população em participar e agir em sintonia com a aborda-

gem eco biossocialno controle da dengue. Porém, o referido agregado computou concessões de espaços e frequências de atores sociais, mais significativas que outros agregados, assim como, reuniu outros profissionais do setor saúde. Tal fato pode estar associado ao seu contexto histórico e social de lutas e lideranças ativas em prol da comunidade.

Portanto, pôde ser caracterizado o primeiro nível de participação pela frequência passiva da população e do grupo de idosos aos eventos, e o segundo nível expresso por doações e sessões de espaços comunitários, no caso a escola e os domicílios, segundo Stone (2000).

José Walter

As duas quadras desse bairro (186 imóveis) com ruas asfaltadas e poucos pontos de água empoçada, predomina o abastecimento de água encanada e, em alguns casos, de poço. As casas apresentam boa estrutura, mas, observou-se esgotos com acúmulo de lixo, como copos, sacos plásticos e depósitos em geral, que indicavam hábitos indesejáveis da população, apesar da coleta de lixo regular. A questão da ambiência denunciou um comportamento favorável à proliferação do *Aedes aegypti* com a presença do lixo acumulado.

Os encontros no agregado José Walter aconteceram em escola pública, espaço cedido por meio do apelo do grupo de pesquisa. Os participantes distribuíram-se assim: SE; ACE; ACS; ES; M e P, e alguns não estiveram presentes no total de reuniões. Inicialmente, os encontros destinaram-se a devolutiva dos resultados da análise situacional e a dinâmica da árvore, da mesma forma dos outros agregados estudados.

Não há como pensar nas experiências de participação social sem relacioná-las com as histórias políticas nacionais, a tradição cívica local, a cultura e as estruturas de desigualdade socioeconômica de cada contexto. Ou seja, não há modelo único e universal, porquanto os projetos políticos e culturais são distintos de acordo com os diversos contextos (MILANI, 2008). Esse foi mais um bairro que não contabilizou presença dos profissionais de saúde PSF e NASF. Fato que nos remete a raciocinar sobre as especificidades dos agentes sociais que se revelaram aquém dos relatos de Minayo e Miranda (2002); Rezende e Dantas (2009) ao discorrerem o propósito da inclusão dos gestores públicos, políticos, empresários entre outros, na busca da articulação com base em corresponsabilidade, cogestão, compromisso, sustentabilidade e participação.

Nos relatos dos pesquisadores, observou-se uma contradição, “falsa” adesão, ou, ainda, desinteresse por parte da comunidade, diante da intervenção integrada no controle da dengue. Condição reforçada no caso do agendamento para a vedação da caixa d’água realizado previamente, junto ao morador da casa que se mostrou acessível e interessado, entretanto, quando o grupo chegou à sua residência, no dia marcado, o dono da casa não se encontrava. Outro problema sentido foi o difícil acesso para a entrega do calendário.

Passaré

As quadras desse agregado (202 imóveis) apresentam diversidade e peculiaridades de ambiente rural, casas do tipo humilde, em sua maioria. Esse agregado tem pequenos

mercadinhos, vacaria com fezes e de odor fétido, criação de galinhas, cacimbas parcialmente cobertas, representando um importante determinante para a proliferação do mosquito. De maneira geral, pôde se identificar ruas sujas, com sacos plásticos espalhados, potes contendo sobras de alimentos, além de latas viradas para cima, e até um animal morto ao relento. Neste local, as mulheres lavam roupas em bacias, na porta das casas, penduram as roupas em cercas e em pedaços de pau, no meio da rua. Pode se observar muitos gatos e cachorros vagando.

Os encontros do Passaré para intervenção do enfoque ecossistêmico aconteceram em escola pública, lugar cedido com o pedido do grupo de pesquisa. Os participantes distribuíram-se assim: SE; ACE; M e P. O primeiro encontro destinou-se a devolutiva dos resultados da fase de análise situacional, seguido do segundo encontro com a aplicação da dinâmica da árvore, idem aos outros agregados participantes do estudo. Esse foi mais um bairro que não contou com a contribuição dos profissionais de saúde PSF e NASF.

A problemática do lixo foi enfática nessa localidade, os relatos denunciaram que alguns moradores jogam o lixo na correnteza da água de chuva, descarta-o inapropriadamente nas ruas e uma terceira situação exposta a seguir, mostrou um comportamento propício à proliferação do *Aedes aegypti*.

Foi ressaltado um problema com a ideia dos *containers*, que foi a excessiva quantidade de lixo jogado neles e que por vezes não acondicionava todo o lixo, sendo este depositado próximo aos *containers* (P- 13).

Outro fato que contribuiu para a situação mencionada, constituiu a não cobertura da coleta de lixo em alguns lugares devido às ruas estreitas sem condições do caminhão do lixo trafegar, nesse caso o morador precisa caminhar cerca de dois quarteirões para deixar o lixo.

Imaginou-se que os encontros contariam com maior participação dos moradores desse agregado, haja vista ter predominado um bom acesso dos profissionais nas residências, com mínima recusa. Entretanto, observou-se que as atitudes dos moradores estavam relacionadas ao contexto de vida em que se encontravam, podendo ter influenciado nas decisões em participar dos encontros propostos. Esse “distanciamento” da população para o controle da dengue pode, até mesmo, ser fruto da socialização política destacada por Bobbio; Matteuci e Pasquino (1991), dos fatores culturais e psicossociais da violência e das condições socioeconômicas (ESCOREL; MOREIRA, 2009). Além do mais, outros atores convidados não compareceram nos momentos propostos.

As discussões nos encontros, curiosamente, suscitaram dentre as propostas solucionadoras, o envolvimento da comunidade em geral para ações de prevenção da dengue. Acrescentou-se: o uso de *containers* nas esquinas para acondicionamento do lixo; envolvimento de escolares até 12 anos; parcerias com setores públicos e privados, fixar cartazes e distribuir panfletos, patrocínios para atividades; a formação de grupo de teatro em escolas que abordem assuntos de endemias; e, também, a inclusão da terceira idade nessas ações (P -13).

Quanto aos problemas identificados, observou-se que os mesmos se distribuíram teoricamente da seguinte forma:

falta de interesse da população, bem como o lixo surgiram em quatro bairros; precariedade de abastecimento de água em três bairros; catadores de lixo e deficiência de órgãos governamentais se apresentaram em dois bairros; e a recusa foi predominante no bairro com maior poder aquisitivo. Coerente com os relatos:

No fim, entramos em consenso que, dentre os problemas apontados, os que se destacam e representam os maiores desafios são o lixo e a falta de interesse da própria população em ser participante ativa na luta contra o mosquito da dengue (P -6, Messejana).

Foi sugerido “a participação dos educadores em saúde nas reuniões” (P -7, Passaré).

A realidade da falta de água é algo problemático; de acordo com minhas experiências em relação à estocagem da água em tambores e cisternas, e que a população realiza de forma inadequada (ACE - 1, Quintino Cunha).

Quando a coleta seletiva do lixo funcionar de fato, “vão ser” diminuídas várias doenças oriundas do lixo (M -7, Quintino Cunha).

As realidades estaduais e municipais cearenses convergem para a existência e manutenção dessas situações limitantes, inclusive, frente ao controle da doença, quando realiza a intervenção tradicional, dentro do contexto nacionalizado, proposta pelo Programa Nacional de Controle da Dengue (2002). Entretanto, ao longo dos anos, o Estado já contabilizou seis epidemias (1987, 1994, 2001, 2008, 2011, 2012), nas quais a cidade de Fortaleza liderou na transmissão da enfermidade em relação aos 183 municípios que compõe o mapa estadual (SESA, 2013).

O cenário citado refletiu as marcas hegemônicas do modelo biomédico no decorrer das práticas de saúde no Brasil, quando suprimiu a capacidade das pessoas assumirem o cuidado e o controle sobre o corpo e sobre a vida, delegando-os aos profissionais de saúde (REZENDE; DANTAS, 2009). Tal fato caracteriza mais um desafio à implantação do enfoque ecossistêmico em saúde humana.

Em consonância com o descrito, Porto *et al.* (2004) evidenciam a necessidade de contextualizar os enfoques ecossistêmicos aplicados às questões de saúde, às realidades políticas, econômicas e culturais, pois as desigualdades socioambientais derivadas do processo de interdependência econômica e ecológica resultante do mundo globalizado, o modelo de saúde biomédico e a visão ecológica reducionista impossibilitam o êxito desta prática.

Um dos desafios da intervenção integrada foi pela ausência de representantes dos diversos setores da sociedade nos encontros, e a participação efetiva concentrou-se na presença dos agentes sociais do controle de endemias, sociedade civil, PSF, NASF. Conforme Escorel e Moreira

(2009), a participação é intrínseca à vida em sociedade, em especial às relações indivíduo/coletividade e ao papel maior ou menor participação social.

Os encontros aconteceram mediante a concessão de locais para a efetivação das atividades como: centros sociais comunitários, escolas públicas, residências demoradores, e não houve o envolvimento dos responsáveis diretos pelos lugares cedidos, o que caracterizou assim o nível dois da classificação de Stone (2000).

Para conhecer os níveis de participação social na intervenção integrada confrontou-se a realidade encontrada com a classificação de Stone (2000), e se verificou casos em que os atores sociais presentes tiveram comportamento passivo, ou seja, ficaram como ouvintes, o que correspondeu ao primeiro nível, que define como a frequência passiva dos atores a eventos e palestras. O não comparecimento dos atores sociais convidados não se adequa a essa classificação, No entanto, Bobbio; Matteuci e Pasquino (1991) defendem que a opção de não participar de uma situação é, em si mesma, uma maneira de participar.

CONCLUSÃO

A dengue é uma doença infecciosa viral que traz uma complicada dinâmica, tanto na sua disseminação como na sua supressão, condição confirmada pela história e pelo cenário dessa enfermidade, em termos mundiais e nacionais, elencando-a como um problema de Saúde Pública.

Realidade que torna necessário promover estudos e apresentar novas estratégias em prol do efetivo enfrenta-

mento da doença, já considerada prioridade na revisão da Carta de Ottawa (1987). Visto que as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue (2002) recomendam controle vetorial (mecânico, biológico, químico), educação em saúde, mobilização social, comunicação e outros, porém, percebe-se uma prática disciplinar, fundamentalmente presente no setor da saúde, insuficiente para alcançar a complexidade da dengue. Cenário compatível com a desafiadora proposta de quebrar o paradigma hegemônico para a estruturação de pensamentos sistêmicos e sustentáveis.

O enfoque ecossistêmico em saúde humana representa uma estratégia alternativa para compreender melhor a complexidade da interação entre os seres humanos e os componentes dos ecossistemas e, por sua vez, do controle da dengue. E, a participação social e a atuação intersetorial, merecem destaque como estratégias que pontuam positivamente o enfrentamento da doença.

É necessário, aprofundar as discussões sobre as potencialidades da participação social no controle da dengue, haja vista que o cenário estudado demonstrou pontos críticos, no concernente à participação social que, visivelmente, está atrelada aos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ecológicos. Outros estudos apontam para a dificuldade de adesão dos agentes sociais aos programas de saúde.

Um aspecto considerado relevante nessa questão é o processo histórico de participação social no País, inicialmente, ligada à reivindicação de melhores condições de trabalho, e, posteriormente, à articulação de forças políticas e sociais que culminou com a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, que propôs a participação da população

em algumas instâncias de governo. Todavia, não se efetivou na prática a contento, nem mesmo instituiu-se a maturidade da sociedade brasileira em participar das tomadas de decisões como forma de controle social, mantendo uma visão do seu papel individualizado na sociedade, contrário ao buscado senso de coletividade.

Resta o desafio de como envolver a sociedade brasileira no controle da dengue, de forma mais efetiva, diante de tantas carências vivenciadas no seu dia a dia que representam um contexto complexo. Pois a participação social na intervenção eco biossocial atingiu o primeiro e o segundo nível, segundo Stone, e não chegou a ter um comportamento de apropriação para atuar ante a dimensão da doença.

Desta forma, pretende-se despertar para a questão da tênue participação social em bairros com histórico de lideranças comunitárias e condições mais favoráveis à proliferação do *Aedes aegypti*, assim como, apresentar o enfoque ecossistêmico em saúde como uma proposta viável para implementar o controle da dengue tradicional, com a valorização de estratégias para expandir a participação social e a intersetorialidade, pois as soluções para as dificuldades expostas dependem, de certa forma, do envolvimento de todos as pessoas para efetivar as ações e mudança de hábitos na relação com o meio ambiente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. e BARRETO, I. C. C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S. e MIRANDA, A.C.

(Orgs.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2002, p. 151-171.

AUGUSTO L. G. da S. Saúde e ambiente. **In: Saúde no Brasil**: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde. Brasília- DF 2004. Disponível em: <<http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

AUGUSTO L. G. da S. *et al.* **Abordagem ecossistêmica em saúde**: ensaios para o controle do dengue. Recife: UFPE, 2005.

BARCELLOS, C.; QUINTÉRIO L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Rev de Saúde Pública**, 40(1):170-177, 2006.

BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M.G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. *Estud. av.* v. 22 n. 64 São Paulo Dec, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/1gHqmN>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SAMPAIO, J. J. C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington DC, v. 23, n. 6, p. 403-9, 2008.

BOBBIO, N.; MATEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília, Ed. UnB, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda a dengue**. Cartilha, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/flash/cartilha_dengue.html>. Acesso em: 20 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde ambiental**: guia básico para construção de indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Dengue**, Instituído em 24 de julho de 2002, Brasília, 2002.

CAPRARA A. *et al.* Abastecimento irregular de água, seu uso domiciliar e dengue: uma pesquisa biossocial no Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 25 supl. 1 Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/YqZEI9>>. Acesso em: 07 out.2012.

CASTRO, L. P. G.; SOUZA, A. B. **O direito à saúde e o equilíbrio ambiental**. Disponível em:<<http://goo.gl/rfkLmO>>. Acesso em: 20 abr. 2012

CHAME, M. Dois séculos de crítica ambiental no Brasil e pouco mudou. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Orgs.) **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.55-60.

CORVALAN, C. *et al.* **Ecosystems human well-being: health synthesis**: a report of the Millenium Ecosystem Assessment. Geneva: WHO, 2005.

COSTA, M. C. N; TEIXEIRA, M. G. A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 271-279, 1999.

DANTAS, V. L. A.; RESENDE, R.; PEDROSA, J. L. S. **Integração das políticas de Saúde**. [S.l]: [s.n], 2009.

DENGUNET DATABASE AND GEOGRAPHIC INFORMATION SYSTEM. Geneva: **World Health Organization**, 2010. Disponível em:<www.who.int/denguenet>. Acesso em: 11 mar. 2012.

DONADONE, J. C. e GRUN, R. Participar é preciso! Mas de que maneira? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 16 (47): 111-125, out. 2001.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. **As conferências nacionais de saúde na construção do SUS**. In LIMA, *et al.* (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Orgs.) **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro, Cebes, 2009, p. 229-247.

FLAUZINO R.F *et al.* Dengue, geoprocessamento e indicadores socioeconômicos e ambientais: um estudo de revisão. **Rev Panam Salud Publica**, 2009, v.25, n.5, p. 456-461, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000500012>>. Acesso em: 07 fev. 2012.

FORGET, G.; LEBEL, J. an ecosystem approach to human health. **International journal of Occupational and Environmental Health**, Local, v. 7, n. 2, p. 3-38, april/june 2001.

GÓMEZ, C.M.; MINAYO, M, C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. **Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v. 1, n. 1, ago. 2006. Disponível em: <http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/artigos.asp?ed=1&cod_artigo=11>. Acesso em: 15 maio 2010.

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 1, p. 49-61, 1999.

GUBLER, D.J. Dengue and dengue hemorrhagic fever. **ClinMicrobiol Rev**, v.11, p. 480-96, 1998.

IBGE.**Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado**, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/901oEj>>. Acesso em: 20 de julho de 2012.

KUNO G. Review of the factors modulating dengue transmission. **Epidemiologic Review**, v. 17, p. 321-335, 1995.

LEBEL, Jean. Health: an ecosystem approach. **Revin_focus**, IDRC, Canada 2003.

LIMA, E. C.; VILASBÔAS A. L. Q. Implantação das ações intersectoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1507-1519, ago. 2011.

LIMA J.B.P. **II Seminário dengue**: desafios para políticas integradas de ambiente, atenção e promoção da saúde, controle do *Aedes aegypti* e ações intersectoriais, instituto Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, Laboratório Fisiologia e Controle de Artrópodes Vetores. 110 anos instituto Oswaldo Cruz, 2004.

LOPEZ, T. M. T.; CORDERO, J. L. G; ESTRDA, J. G. S. Dimensiones culturales del dengue que favorecen o dificultansupre- vencion em Mexico. **Rev Panam salud Publica**, v. 31, n. 3, 2012.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **RAP: Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-79, maio/jun. 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 6. ed. São Paulo, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S; MIRANDA, A. C. Estreitando nós entre a saúde e o meio ambiente. In: _____. (Org.) . **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002b. p. 200-202.

OLIVEIRA R. M. A dengue no Rio de Janeiro repensando a participação popular em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (sup. 2) 69-78, 1998.

_____. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, sup. 2, p. 69-78, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA EM SAÚDE. **Enfoques ecossistêmicos em saúde:** perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v.2.

PORTO, M.F. S. *et al.* **Abordagens ecossociais:** pensando a complexidade na estruturação de problemas em saúde e ambiente. 2004. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd25/abordagens.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia:** a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1996.

QUINTERO, JULIANA; CARRASQUILLA, GABRIEL; SUÁREZ, ROBERTO; GONZÁLEZ, CATALINA; OLANO, VICTOR A. An ecosystemic approach to evaluating ecological, socioeconomic and group dynamics affecting the prevalence of *Aedes aegypti* in two Colombian towns. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, Sup 1, p.S93-S103, 2009.

REZENDE, R; DANTAS, VLA. Saúde e educação uma relação possível e necessária, ano XIX, **Boletim novembro de 2009**. Disponível em: <<http://goo.gl/B1sfMQ>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

RIGOTTO, R. Produção e consume, saúde e ambiente em busca de fonts e caminhos. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável:** estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 233-260.

ROHLFS, D. B. *et al.* A construção da vigilância em saúde ambiental no Brasil. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 391-8, 2011.

ROZEMBERG, B. Participação Comunitária em Programas de promoção da saúde: elementos para uma avaliação crítica de metas e pressupostos. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável:** estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 191-199.

SANTOS, S.L.; AUGUSTO, L.G. S. Modelo multidimensional para o controle da Dengue: uma proposta com base na reprodução social e situações de riscos, 2010. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 177- 196, 2011.

SESA (Ceará). **Informe semanal Dengue 2013**. Atualizado em: 17 ago. 2013.

STONE, L. Cultural influences in Community Participation in Health. *Social Sciences and Medicine*, v. 35, n. 4, p. 408-417, 2000.

TEIXEIRA, M. G. *et al.* Dengue: vinte e cinco anos de reemergência no Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25 Sup 1, p. S7-S18, 2009.

TIMERMAN, A. *et al.* Primeiro Painel de Atualização em Dengue. **Rev Panam Infectol**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 44-51, 2009.

CAPÍTULO 13

PREDIÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPSIA NO INÍCIO DA GESTAÇÃO ATRAVÉS DAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS E DO DOPPLER DAS ARTÉRIAS UTERINAS E OFTÁLMICAS

Júlio Augusto Gurgel Alves

Fabrício da Silva Costa

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) é definida como hipertensão e proteinúria detectadas ou agravadas após 20 semanas de gestação, pode estar associada a manifestações sistêmicas, como edema pulmonar, hemólise, coagulação intravascular disseminada, acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal e hepática (BROWN *et al.*, 2001). A PE é uma doença de distribuição universal, acomete de 2 a 8% das gestantes e trata-se da principal causa de mortalidade materno-fetal em nosso país.

A etiologia permanece desconhecida, entretanto, aceita-se a falha na implantação placentária, desde as fases iniciais da gestação, como a principal hipótese para a etiopatogenia; fato este devido a uma intolerância imunológica materna aos constituintes celulares fetais que não permite

que ocorra a adequada invasão das arteríolas uterinas pelas vilosidades trofoblásticas (DEKKER & SIBAI, 1998.; NORIS & PERICO, 2005). Outras hipóteses para a fisiopatologia da PE tentam explicar o fato de existir casos de PE com placentação normal. Nestes casos, acredita-se em uma deterioração secundária da vascularização da placenta, consequente a problemas clínicos, tais como dislipidemia, trombofilia, diabetes ou em virtude de uma isquemia placentária relativa, gerada por uma placenta de crescimento exagerado, como acontece na gemelaridade ou na gravidez prolongada. (VALENSISE *et al.*, 2010).

Durante as últimas três décadas, numerosos testes de rastreamento clínico, biofísico e bioquímico foram propostos para a detecção precoce da PE. Uma revisão sobre 27 testes preditivos mostrou que a acurácia dos testes foram, em geral, modesta e concluiu que nenhum dos testes avaliados foi isoladamente suficientemente preciso para ser adotado na prática clínica. Dentre esses testes, foram estudados o Índice de Massa Corporal (IMC), alfa-fetoproteína, fibronectina fetal, DNA fetal, hemoglobina, hematócrito, gonadotrofina coriônica humana, ácido úrico, estriol, excreção urinária de cálcio, relação cálcio urinário/creatinina, várias formas de proteinúria ou albuminúria e o Doppler das artérias uterinas. O Doppler das artérias uterinas foi o melhor parâmetro preditivo, com sensibilidade de 60%, no segundo trimestre de gestação (MEADS *et al.*, 2008). O Doppler transcraniano detectou aumento do diâmetro da artéria cerebral média após vaso espasmo arterial em mulheres acometidas com PE (BELFORT *et al.*, 1999).

O estudo Doppler da artéria oftálmica (AO) veio a substituir este exame por ser mais simples, não invasivo e de

fácil execução. Expandiu-se rapidamente por muitas áreas da medicina devido às similaridades embriológicas, anatômicas e funcionais com os vasos intracranianos de pequeno calibre. Estudos da AO têm demonstrado uma adequada reprodutibilidade do método e a análise de fluxo pode retratar como está se comportando o ambiente microvascular intracraniano.

O primeiro trabalho sobre as artérias oftálmicas em mulheres com pré-eclâmpsia detectou vasodilatação, quando se observou uma redução no índice de pulsatilidade (IP) no final da gravidez, contrariando a hipótese inicial de vasoconstricção. Outros autores confirmaram esta descoberta, que considerou uma adaptação vascular cerebral materna durante a doença hipertensiva (HATA *et al.*, 1997; DINIZ *et al.*, 2008; GURGEL ALVES *et al.*, 2014).

Com essas evidências, o objetivo deste estudo foi analisar a possível associação entre menor resistência da artéria oftálmica no primeiro trimestre de gestação e, posterior desenvolvimento de PE. No caso desta associação ser positiva, avaliar qual o seu poder de predição quando o Doppler da artéria oftálmica for combinado com algumas características maternas e compará-lo com o índice de pulsatilidade da artéria uterina.

MÉTODOS

Os dados deste estudo para rastreamento de pré-eclâmpsia foram obtidos a partir de uma coorte prospectiva de mulheres entre 11 e 14 semanas de gestação consecutivamente atendidas no Laboratório de Medicina Materno-Fe-

tal UECE/HGF, localizado no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), no município de Fortaleza, no Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. Na primeira visita, foram registradas as características maternas, anotados os antecedentes clínicos e realizada a triagem para aneuploidias, combinando a idade materna com as medidas do comprimento cabeça-nádega fetal (CCN) e da espessura da translucência nucal (TN) (SNIJDERS *et al.*, 1998; NICOLAIDES *et al.*, 2004).

As mulheres foram selecionadas durante o período de 19 meses compreendido entre agosto de 2009 até fevereiro de 2011 e foram acompanhadas até o pós-parto tardio. As pacientes foram previamente informadas sobre os testes vasculares e os seus objetivos. Aquelas que aceitaram inclusão no estudo assinaram um termo de consentimento informado, o qual havia sido aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Geral de Fortaleza.

O Doppler das artérias uterinas foi realizado por via transabdominal no momento da realização da ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre, quando se mediu o comprimento cabeça-nádega, a translucêncianucal e avaliou-se a presença do osso nasal. As medidas Doppler velocimétricas foram feitas por meio sonda convexa de 3,5 a 5,0 MHz e filtro de 50 Hz. Após a obtenção de imagem sagital de útero e cérvix, o transdutor era movimentado até a localização das artérias uterinas (lateralmente à cérvix) a partir do mapeamento por Doppler colorido. O traçado Doppler velocimétrico foi registrado insonando-se à altura do óstio interno do colo uterino, no ramo ascendente da artéria uterina (em seu terço proximal). O vaso uterino foi abordado em um ângulo de insonação de 30°. Foi selecio-

nado para análise um segmento do traçado do Doppler que apresentasse três a cinco ondas consecutivas e com aspecto homogêneo e medido o índice de pulsatilidade (IP) das artérias uterinas direita e esquerda e calculado o IP médio (MARTIN *et al.*, 2001).

O Doppler da artéria oftálmica foi realizado com transdutor linear eletrônico, na frequência de 10 a 12 MHz. As pacientes permaneceram 10 minutos em repouso antes da realização do exame. Os exames foram executados com a paciente em decúbito dorsal, posicionando-se o transdutor transversalmente sobre a pálpebra superior com os olhos fechados, após a colocação de gel. Apenas a artéria oftálmica direita foi avaliada. O examinador realizou movimentos no sentido crânio-caudal, a artéria oftálmica foi identificada a aproximadamente 15mm do disco óptico, medialmente ao nervo óptico. Após a identificação da artéria, foram registradas pelo menos seis ondas consecutivas semelhantes. O ângulo de insonação foi obrigatoriamente inferior a 20 graus, com filtro de 50Hz, frequência de repetição de pulso de 125kHz e amostra volume de 2mm. As variáveis que foram analisadas na artéria foram o IP e o IR, os picos de velocidade sistólica e diastólica e a razão entre picos de velocidade sistólica e diastólica, chamada de razão de pico. A razão de pico foi definida como a razão entre a velocidade segundo pico de fluxo e as velocidades do pico sistólico da onda (HATA *et al.*; MORITAKE, 1997; SNIJDERS *et al.*, 1998; NICOLAIDES, 2004; DINIZ *et al.*, 2004; MARTIN *et al.*, 2001; CARNEIRO *et al.*, 2008)

As pacientes foram submetidas a um questionário estruturado sobre a identificação, idade, raça, antecedentes

clínicos (hipertensão crônica, *Diabetes mellitus*, síndrome do anticorpo antifosfolípido, trombofilia, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e anemia falciforme, paridade e outros antecedentes obstétricos. Além disso, o peso e a altura foram medidos para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Os níveis pressóricos foram aferidos com as pacientes sentadas, após pelo menos 10 minutos de repouso, aplicando-se o aparelho com manguito de 13cm no membro superior esquerdo e mantendo o mesmo elevado na altura do precórdio. A pressão diastólica foi determinada pelo quinto ruído de Korotkoff correspondente ao desaparecimento da bulha cardíaca.

Dados sobre o resultado da gravidez foram coletados dos registros hospitalares e por meio de entrevista pós-parto. O grupo PE foi dividido de acordo com gestação no momento do parto em PE precoce (<34 semanas) e PE tardia (≥ 34 semanas).

As variáveis relacionadas ao exame da artéria oftálmica foram: índice de resistência (IR), índice de pulsabilidade (IP), relação sístole/diástole (S/D), velocidade máxima e razão de pico. Utilizamos os testes Skewness/Kurtosis para a normalidade e teste de associação de Pearson para avaliar a interdependência entre as variáveis no programa estatístico STATA 10.

Foi realizada a análise multivariada, para a escolha dos fatores preditivos de PE, que fossem independentes dentro de um modelo matemático com o programa estatístico STATA 10. A taxa de detecção foi medida usando a curva ROC (*Receiver-operating characteristics curve*) para predição de PE em geral, PE tardia e PE de início precoce.

RESULTADOS

Dentre as 506 mulheres seguidas até a resolução da gestação, 409 não foram afetadas por doenças hipertensivas na gravidez e 78 pacientes evoluíram com hipertensão na gestação, das quais 47 (9,2%) desenvolveram hipertensão sem proteinúria e 31 (6,1%) desenvolveram pré-eclâmpsia. Das que evoluíram para PE, nove (1,8%) pariram antes de 34 semanas pré-eclâmpsia de início precoce (PEP) e 22 (4,3%) pariram após 34 semanas ou mais pré-eclâmpsia tardia (PET).

Comparando as variáveis da história materna entre os grupos afetados por PE e não afetado por PE ou outra doença hipertensiva, foi observado que as variáveis familiar-PE (PE-fam) e PE-anterior (PE-ant) mostraram uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (TABELA 1). A nuliparidade, uma variável extraída da variável paridade, mereceu uma análise diferenciada por ser um fator de risco para PE já reconhecido na literatura médica. A nuliparidade foi maior no grupo de PE em relação ao grupo controle (58% x 49%), mas esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,51$).

Tabela 1 – Comparação das características epidemiológicas maternas entre as pacientes que evoluíram para PE e o grupo controle.

	PE N=31	CONTROLE n=409	P
Idade (anos)	26,0 ± 6,1	26,1 ± 6,7	0,93
cor pele Parda	26(83,3)	319(77,8)	0,82
Branca	5 (16,7)	75(18,3)	
outros	0(0,0)	16(4,9)	
Paridade 1	9 (29,0)	110(26,5)	0,12
2-3	4(13,0)	92 (22,1)	
4 ou mais	0 (0,0)	8 (2,0)	
nulíparas	18(58,0)	201(49,4)	0,51
pe-ant	10(32,2)	24(5,8)	0,00
fam-pe	11(35,4)	60(14,6)	0,03
Tabagismo	0(0)	25(6,0)	0,34
alcoolismo	3 (9,6)	46 (10,9)	1,00
IMC (kg/m ²)	28,2 ± 4,6	25,0±4,6	0,00
Obesidade (IMC>30)	12(38,7)	56(16,3)	0,00
Planej. Gravidez	168 (40)	17(54)	0,28
Ácido fólico no início	18(58,0)	279(68,0)	0,83
Ameaça de aborto	5(16,1)	78(19,0)	0,24
Hipert crônica	3(9,6)	9(2,1)	0,00
Diabetes mellitus	0(0,0)	12(2,9)	0,61
Os números foram expressos como a média ± desviopadrão ou número de casos (proporção).			
p = Nível de significância obtido pelo Teste exato de Fisher.			
PE-ant (pré- eclâmpsia em gravidez anterior); fam-PE (mãe ou irmã com história de PE); IMC – índice de massa corporal.			

O IMC do grupo controle foi em média (desvio padrão) 25,07 (4,98), enquanto a do grupo PE foi 27,87 (6,95), registrando uma elevação de mais de 12 % em relação ao grupo-controle e esta diferença foi estatisticamente significativa (tabela 1; figure 1). Considerando o conceito de obesidade ($IMC \geq 30$), foram detectadas 12 pacientes obesas (38,7%) entre as 31 pacientes com PE, enquanto que no grupo controle foram 56 (16,3%), demonstrando uma maior proporção de obesas no grupo de PE ($p = 0,000$) (tabela 1).

Os fatores biofísicos foram as variáveis obtidas pelas medidas de ultrassonografia bidimensional, pelo Doppler e pelo esfigmomanômetro. A média dos níveis pressóricos arteriais, a média do IP das artérias uterinas e a média de DP1 da artéria oftálmica foram as variáveis que mostraram diferença estatisticamente significativa quando comparados entre os grupos PE e controle (TABELA 2).

Tabela 2: Comparação das medidas biofísicas, ultrassonográficas e Doppler fluxométricas maternas entre as pacientes que evoluíram para PE e o grupo controle.

Variáveis		PE	Grupo controle	VALOR p
		N=31	N=409	
Biofísicas	ccn (mm)	64,78(9,93)	62,65(12,93)	0,33
	pas (mmhg)	114,0 ± 13,1	105 ± 11,5	0,00
	pad (mmhg)	72,8±11,7	65,5 ± 10,3	0,00
	pam (mmhg)	86,6±11,4	78,8±10,0	0,00
Uterinas	media-ip	1,67(0,5)	1,53(0,54)	0,14
	uter-mom-ip	1,02(0,29)	0,92(0,49)	0,09
	uter-centil-ip	50,35(31,77)	37,46(30,04)	0,00
	incisura bilateral	22(70,9)	261(63,6)	0,56
	Menorip	1,43(0,43)	1,25(0,48)	0,04
Oftálmica	Oftab	5,44(3,07)	5,63(2,46)	0,61
	Oftip	1,97(0,6)	2,06(0,57)	0,33
	Oftir	0,78(0,06)	0,81(0,12)	0,24
	oftpd1(cm/s)	24,56(12,22)	21,13(7,76)	0,01
	oftps (cm/s)	39,69(13,9)	36,34(12,08)	0,13
	raz-pico	0,6(0,14)	0,58(0,11)	0,21

p = Nível de significância obtido pelo Teste *t de Student*

Os dados foram expressos como a média ± desvio padrão ou média (proporção).

Siglas: CCN – Comprimento cabeça-nádega; PAS – Pressão arterial sistólica; PAD – Pressão arterial diastólica; PAM – Pressão arterial média; braq-rep- diâmetro da artéria braquial em repouso; braq-ir: índice de resistência braquial da artéria braquial; braq- ip: índice de pulsatilidade da artéria braquial; dfm – dilatação fluxo mediada; média-ip- média do índice de pulsatilidade das artérias uterinas; utere-mom-ip- média ip das uterinas em múltiplos da mediana; utere-centil-ip- média ip das uterinas em valores percentis; menor-ip- valor menor entre os índices de pulsatilidade das artérias uterinas; oftab, oftip, oftir- relação a/b, índices de pulsatilidade e de resistência da artéria oftálmica.; oftpd1- primeira onda diastólica da onda de fluxo da artéria oftálmica; tps- pico sistólico da artéria oftálmica ;raz-pico: razão de picoentre o pico sistólico e o primeiro pico diastólico.

A variável UtA-PI (mean) foi mais elevada no grupo PE ($1,67 \pm 0,50$) em relação ao grupo não acometido por PE ($1,53 \pm 0,54$) e a diferença foi apenas de 9,17% ($p = 0,14$). Transformando os valores absolutos da média de IP em múltiplos da mediana (MoM) e em valores percentis (Uter-IP-centil), foi observado que a diferença entre estes grupos aumentou para 9,84% ($p = 0,09$) e 34,39% ($p = 0,00$). A incisura bilateral das artérias uterinas foi prevalente tanto no grupo controle (63,6%) quanto no grupo PE (70,9%), não apresentando diferença significativa entre os grupos ($p = 0,56$) (tabela 2).

Pacientes com PE anterior tiveram 7,3 vezes mais chance de desenvolverem PE. Similarmente, calculou-se que pacientes com familiares com PE tinham o risco 2,9 vezes maior. Mulheres que nunca pariram, ou seja, nulíparas, tiveram 5,1 vezes mais chance de ter PE do que mulheres em sua segunda (ou mais) gestações. Para cada unidade de aumento no IMC acima da média obtida para o grupo controle, a chance de PE aumentou em 9,7%, da mesma forma, o risco de PE aumentava em 4,1% para cada unidade de medida do oftgd1 que ultrapassava a média do grupo controle. A eficiência da variável UtA-PI foi baixa para PE, porém para o subgrupo PEP teve uma forte associação e, por isso, esta variável se tornou eficiente dentro do modelo.

O modelo ajustado de Regressão Logística para a predição de PE ficou constituído de três variáveis categóricas (nulíparas, PE-ant e PE-fam) e três variáveis contínuas (IMC, Uter-IP-centil e oftgd1). O risco *a priori* de PE foi calculado pela fórmula: $\text{odds} | (1+\text{odds})$, onde odds é e^Y ; e Y é derivado da análise de regressão múltipla das características

maternas e dos parâmetros biofísicos. Acrescentou-se ao final da fórmula a variável Uta-IP-centil das artérias uterinas porque foi associada ao tipo mais agressivo de PE, chamada PEP. Pode-se escrever o modelo: $PE = -5,6904 + 0,9983 \times [PE\text{-ant}] + 0,5345 \times [PE\text{-fam}] + 0,8150 \times [\text{nulíparas}] + 0,0924 \times [IMC] + 0,0403 [\text{oftpd1}] + 0,0112 \times [\text{Uter-IP-centil}]$. $R^2 = 0,214$, $P < 0.0001$.

Um $R^2=0,2142$ também indica um bom ajuste. Observou-se que todos os coeficientes são positivos, assim todas as variáveis contribuíram para um aumento na probabilidade de PE, isto é, as variáveis foram fatores de risco.

As taxas de detecção foram estimadas a uma taxa de falso-positivo fixa de 10% e foram baseadas nos parâmetros UtA-PI-centil apenas, oftdp1 apenas. Fatores maternos apenas e suas combinações. Observou-se que, isoladamente, os parâmetros oftdp1 e UtA-PI-centil apresentaram baixas taxas de detecção para PE, 19% e 16%, respectivamente. Entretanto, quando associados aos fatores maternos (história e IMC), a taxa de detecção ampliou para 48% e 58%, respectivamente. As melhores taxas de detecção destes parâmetros foi para o desfecho PEP, variando entre 63% a 67%. As taxas de detecção para PET foram as menores quando comparada aos outros desfechos pesquisados (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da área sob a curva ROC e da sensibilidade a uma TFP de 10% para os marcadores do modelo de Regressão logística para PE.

	AUC	95%CI	PE	PET	PEP
História Materna	75,4	0,66-0,83	43	40	59
Fatores maternos +PAM	82,3	0,73-0,90	45	50	63
Fatores Maternos + uter-ip-centil	83,0	0,75-0,90	58	45	67
Fatores Maternos + oftprd1	82,9	0,75-0,90	48	36	67
Fatores Maternos + uter-ip-centil +oftprd1	83,8	0,76-0,91	54	40	68

OBS: História Materna: PE-ANT, FAM-PE, paridade;

Fatores Maternos: história + IMC; AUC= área sob a curva ROC (%).

A avaliação comparativa entre as curvas ROC mostrou uma melhor predição de PE quando a história materna foi associada aos fatores biofísicos do que quando utilizada isoladamente ($p=0,0003$). Os logaritmos utilizando fatores Maternos + UtA-PI-centil e fatores Maternos + oftDP1 apresentaram área sob a curva ROC semelhantes, tanto para PE ($p=0,97$) como para PEP ($P=0,21$).

DISCUSSÃO

De forma inédita foi utilizado, para predição de PE, o Doppler da artéria oftálmica (AO), durante o primeiro trimestre de gravidez. A ideia surgiu do fato de ocorrer hiperfluxo deste ambiente vascular quando a doença está instalada e das alterações da onda de fluxo na presença de patologias como diabetes, lúpus eritematoso sistêmico e hipertensão arterial crônica, que são fatores de risco para PE (PLASENCIA *et al.*, 2007). Além disso, seguiu-se uma sequência investigativa, pois, anteriormente, parâmetros mais

complexos, como a avaliação hemodinâmica cerebral e a medida do débito cardíaco materno tinham sido utilizados na predição de PE (RISKIN-MASHIAH *et al.*, 2002; VALENSISE *et al.*, 2008; KHALIL *et al.*, 2009).

Nesta nossa pesquisa, as modificações de onda de fluxo da artéria oftálmica apresentaram uma taxa de detecção para PE e PEP semelhante às obtidas com a artéria uterina. A artéria oftálmica é de fácil acesso e pode ser útil em caso de dificuldades de obtenção da artéria uterina, por exemplo, em pacientes obesas. Este achado foi concordante com um trabalho que mostrou aumento de fluxo da artéria média cerebral materna no segundo trimestre em pacientes que desenvolveriam PE ao final da gestação. Existem evidências de que mesmo as mínimas alterações hemodinâmicas sistêmicas refletem no tônus do músculo liso da microcirculação ocular; e estas alterações podem ser detectadas, através do Doppler da AO, em estágios precoces e subclínicos de doenças, como *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica (SCHMETTERER; POLAK, 2001).

Dentre os parâmetros da AO, a variável oftpd1 apresentou a melhor eficiência em detectar precocemente PE. A favor dos nossos achados preditivos da variável oftpd1, outro estudo sobre Doppler da artéria oftálmica em gestantes no segundo trimestre também detectou que a elevação deste mesmo pico na onda oftálmica seria o melhor parâmetro preditivo para PE. Estes autores chamaram este parâmetro como velocidade do pico médio diastólico (PMDV) ao invés de oftpd1 (MATIAS *et al.*, 2014).

Detectou-se que as variáveis oftpd1 e uter-centil-ip eram equivalentes dentro do nosso modelo logístico para

detecção de pacientes que evoluiriam para PEP. Este dado sugere que alguma alteração vascular sistêmica, de origem hemodinâmica ou imunológica, esteja presente em ambientes vasculares distintos, localizados em órgãos tão distantes dentro do organismo (pelve x crânio). Não estamos tentando desfazer a teoria de falha da invasão trofoblástica, mas sim acrescentar um possível fator antecedente ou concomitante a esta falha de placentação. Outros autores já haviam levantado esta questão ao observarem que apenas 60% das pacientes que evoluíram para PEP continuavam com a falha de invasão trofoblástica no segundo trimestre de gravidez. (VALENSISE *et al.*, 2008). Os 40% restantes deveriam ter desencadeado a doença às custas de outros fatores de risco materno, por exemplo, hereditário ou imunológico ou cardiovascular (VALENSISE *et al.*, 2008). Como a variável oftptd1 correlaciona-se com idade, IMC e PAM fica mais fácil pensar numa predisposição hemodinâmica materna simultânea à falha na invasão trofoblástica. Ou, quem sabe, esta predisposição até contribua para a falha de placentação.

CONCLUSÃO

Concluimos que, no primeiro trimestre de gestação, a melhor acurácia preditiva para PE decorre da combinação de características maternas com parâmetros do Doppler e que o Doppler da artéria oftálmica e da artéria uterina são equivalentes e úteis para a predição de PE. Os nossos achados precisam ser confirmados em estudo com maior amostra populacional.

REFERÊNCIAS

BELFORT, M. A.; GIANNINA, G.; HERD, J. A. Transcranial and orbital Doppler ultrasound in normal pregnancy and preeclampsia. **Clin Obstet Gynecol**; v. 42, p. 479, 1999.

BROWN, M. A.; LINDHEIMER, M.D.; SWIET, M. A. N., ASSCHE, A., MOUTQUIN, J. M. The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the international society for the study of hypertension in pregnancy (ISSHP). **Hypertens Pregnancy**, v. 20, p.9-15, 2001.

BUJOLD, E.; ROBERGE, S.; LACASSE, Y.; BUREAU, M.; AUDIBERT, F.; MARCOUX, S.; FOREST, J. C.; GIGUÈRE, Y. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. **Obstet Gynecol**. v. 116, p. 402-414, 2010;

CARNEIRO, R. S.; SASS, N.; ANGELICA, L.; DINIZ, A. L.; SOUZA, E. V.; MARIA, R.; TORLONI, M. R., MORON, A.F. Ophthalmic artery Doppler velocimetry in healthy pregnancy. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 100, p. 211-215, 2008.

DEKKER, G. A., SIBAI, B. M. Etiology and pathogenesis of preeclampsia: current concepts. **Am J Obstet Gynecol**, v. 179, n. 5, p. 1359-75, 1998.

DINIZ, A.; MORON, A.; DOS SANTOS, M.; SASS, N.; PIRES, C.; DEBS, C. Ophthalmic artery Doppler as a measure of severe pre-eclampsia. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 100, p. 216-220, 2008.

GURGEL ALVES, J. A.; SOUSA, P. C. P.; BEZERRA, KANE, S.; C. ; COSTA, F. S. First trimester maternal ophthalmic artery Doppler. Analysis for prediction of pre-eclampsia. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 4, n. 4, p. 411-418, 2014.

HATA. T.; HATA, K.; MORITAKE, K. Maternal ophthalmic artery Doppler velocimetry in normotensive pregnancies and pregnancies complicated by hypertensive disorders. **Am J ObstetGynecol**, v.177, n.1, p. 174-178, 1997.

KHALI, A.;COWANS, N. J.;SPENCER, K.;GOICHMAN, S.;MEIRI, H.;HARRINGTON, K. First-trimester markers for the prediction of pre-eclampsia in women with a-priori high risk. **UltrasoundObstetGynecol**; v.35, p. 671-679,2010.

MARTIN AM, BINDRA R, CURCIO P, CICERO S, NICOLAIDES KH.Screening for pre-eclampsia and fetal growth restriction by uterine artery Doppler at 11-14 weeks of gestation. **UltrasoundObstetGynecol**, v. 18, p. 583-586, 2001.

MATIAS D. S; COSTA, R. F.; MATIAS, B. S.; GORDIANO, L; CORREIA, L. C. L. Predictive Value Of Ophthalmic Artery Doppler Velocimetry In:Relation to development of pre-eclampsia. **Ultrasound ObstetGynecol**, v.44, p. 419-426, 2014.

MEADS, C. A.; CNOSEN, J. S.; MEHER, S.; JUAREZ-GARCIA, A.; TER RIET, G.; DULEY, L.; ROBERTS, T. E.; MOL, B. W.; VAN DER POST, J. A.; LEEFLANG, M. M., BARTON, P. M.; HYDE, C. J.; GUPTA, J. K.; KHAN, K. S.;Methods of prediction and prevention of pre-eclampsia:systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. **Health Technol Assess**.v.2, n.6, p. 1-270, Mar 2008.

NICOLAIDES, K. H. Nuchal translucency and other first-trimester sonographic markers of chromosomal abnormalities. **Am J ObstetGynecol**,v.191, p. 45-67,2004.

NORIS, M.;PERICO, N.; REMUZZII, G.; Mechanisms of disease: pre-eclampsia. **Nature Clinical Practice Nephrology**, v. 1, p.98-114, 2005.

PLASENCIA, W.; MAIZ, N.; BONINO, S.; KAIHURA, C.; NICOLAIDES, K. H.; Uterine artery Doppler at 11+0 to 13+6

weeks in the prediction of pre-eclampsia. **Ultrasound Obstet Gynecol.** v. 30, p. 742–749, 2007.

RISKIN-MASHIAH, S.; BELFORT, M. A.; SAADE, G. R.; HERD, J. A. Transcranial doppler measurement of cerebral velocity indices as a predictor of preeclampsia. **Am J Obstet Gynecol**, v. 187, p. 1667–1672, 2002.

SCHMETTERER, L.; POLAK, K. Role of nitric oxide in the control of ocular blood flow. **Prog Retin Eye Res.** v. 20, n.6, p.823–47, 2001.

SNIJDERS, R. J.; NOBLE, P.; SEBIRE, N.; SOUKA, A.; NICOLAIDES, K. H. UK multicentre project on assessment of risk of trisomy 21 by maternal age and fetal nuchal translucency thickness at 10–14 weeks of gestation. **Lancet**, v. 351, p. 343–346, 1998.

VALENSISE, H.; VASAPOLLO, B.; GAGLIARDI, G.; NOVELLI, G. P. Early and late preeclampsia: two different maternal hemodynamic states in the latent phase of the disease. **Hypertension**; v. 52, p. 873–880, 2008.

CAPÍTULO 14

ÍNDICE DE IMPEDÂNCIA DA VEIA INTERLOBAR RENAL MATERNA (IVIR) COMO MARCADOR DE PRIMEIRO TRIMESTRE PARA PREDIÇÃO DE DOENÇAS HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO

Sammya Bezerra Maia

Fabício da Silva Costa

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) é reconhecida como o mais importante dos distúrbios hipertensivos da gravidez (BROWN *et al.*, 2000; DAVEY; MACGILLIVRAY, 1988; LOWE *et al.*, 2009), afetando 2-3% de todas as gestações, embora a sua prevalência possa ser muito mais elevada em países subdesenvolvidos (GURGEL ALVES *et al.*, 2014; SIBAI; DEKKER; KUPFERMINC, 2005). A PE também é responsável por grande aumento dos riscos de morbidade e mortalidade para as mães e seus fetos (BROWN, M. A. *et al.*, 2001; LOWE *et al.*, 2009; ORGANIZATION, 2005; PRACTICE, 2002). A fisiopatologia compreende uma invasão trofoblástica prejudicada das artérias espiraladas maternas (PIJNENBORG *et al.*, 1991), hipóxia placentária e a subsequente liberação dos fatores inflamatórios que ativam

e provocam danos ao endotélio vascular materno (GRANGER *et al.*, 2001; REDMAN; SARGENT, 2003; REDMAN; SACKS; SARGENT, 1999).

A disfunção endotelial subclínica é um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de implantação placentária anormal e a disfunção. Esses processos promovem a vasoconstrição arteriolar sistêmica associada à PE (CETIN *et al.*, 2011)2011. A natureza multifatorial da doença tem determinado que as mais recentes publicações, atualmente, se concentrem em modelos multiparamétricos que associam vários marcadores, tais como história materna, Doppler das artérias uterinas, pressão arterial média materna (PAM) e marcadores sorológicos para a predição de pré-eclâmpsia (CETIN *et al.*, 2011; COSTA F. *et al.*, 2011; D'ANTONIO *et al.*, 2013; DI LORENZO *et al.*, 2012; HARRINGTON, 2011; LESLIE; THILAGANATHAN; PAPAGEORGHIU, 2011; MASOURA *et al.*, 2012; NORTH *et al.*, 2011; PARRA-CORDERO *et al.*, 2012; POON, LCY; MAIZ, N; *et al.*, 2009a; POON, LEONA CY *et al.*, 2010a; POON, L. C. *et al.*, 2010b; POON, LEONA CY *et al.*, 2009b; POON, L. C. Y. *et al.*, 2009c; SONEK; NICOLAIDES; JANKU, 2012). Outros exames vasculares têm sido propostos como preditores precoces, como Doppler da artéria oftálmica (ALVES *et al.*, 2014; MATIAS *et al.*, 2012), da artéria cerebral média (RISKIN-MASHIAH *et al.*, 2002) e da artéria braquial materna (ALVES *et al.*, 2015).

Estudos recentes realizados no segundo e terceiro trimestres de gravidez também avaliaram o compartimento venoso de mulheres grávidas normais utilizando Doppler

de veias hepáticas (ROOBOTTOM *et al.*, 1995) e de veias interlobares renais maternas (KARABULUT; BAKI YAGCI; KARABULUT, 2003), mostrando que tanto o índice de impedância das veias interlobares hepáticas como o das interlobares renais apresentam uma curva descendente gradual ao longo da gravidez normal. Contrariamente, em mulheres com PE observa-se um aumento significativo das impedâncias no terceiro trimestre (GYSELAERS; MESENS, 2009a; GYSELAERS, W.; MOLENBERGHS, G.; MESENS, T.; *et al.*, 2009b; GYSELAERS, W.; MOLENBERGHS, G.; VAN MIEGHEM, W.; *et al.*, 2009c). O índice de impedância da veia interlobar renal (IVIR) foi descrito e validado anteriormente (BATEMAN; GILES; ENGLAND, 2004b), apresentando um bom coeficiente de correlação intra-observador da ordem de 0,88 (GYSELAERS, WILFRIED *et al.*, 2009d) e uma moderada correlação inter-observador de 0,66 (MESENS *et al.*, 2010).

Até o momento, não existem estudos prospectivos avaliando diferenças no compartimento venoso em gestações iniciais de mulheres que irão desenvolver doenças hipertensivas em comparação com resultados normais. Além disso, o IVIR não foi estudado no primeiro trimestre da gravidez como um preditor precoce de pré-eclâmpsia. Considerando que as perspectivas futuras são de integração entre os compartimentos arterial e o venoso em modelos de predição de PE (GYSELAERS; PEETERS, 2013), o objetivo deste estudo é avaliar o Doppler de veias interlobares renais maternas no primeiro trimestre de gravidez para a predição precoce da pré-eclâmpsia.

MÉTODO

Um estudo observacional prospectivo foi realizado em gestantes com idade gestacional entre 11 e 13 semanas e 6 dias, advindas de unidades de saúde pública e referenciadas para o Serviço de Medicina Maternal-Fetal do Hospital Geral de Fortaleza ou Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, ambos localizados em Fortaleza, na região Nordeste do Brasil.

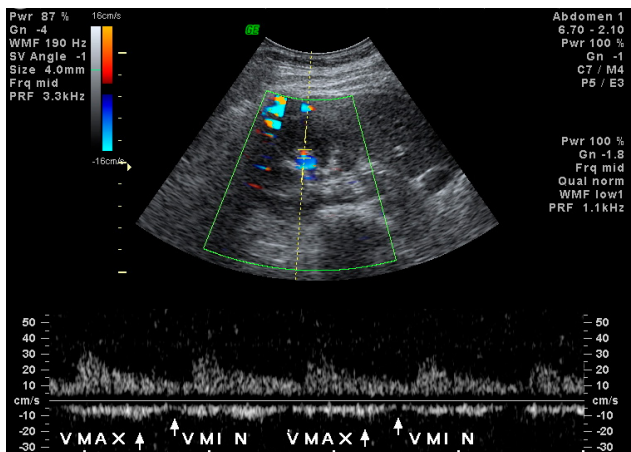
Os critérios de inclusão foram: gestantes com gestação única e idade gestacional entre 11 e 13 + 6 semanas. Os critérios de exclusão foram: perda da gestação antes de 24 semanas de gestação, malformações fetais, perda de seguimento ou o nascimento de feto pequeno para a idade gestacional não associado a doenças hipertensivas. A população base da coorte foi examinada entre fevereiro de 2011 e janeiro de 2013. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado.

Todas as mulheres foram examinadas e entrevistadas seguindo um formulário previamente aprovado pelo Comitê de Ética local. O referido formulário continha perguntas sobre a história pessoal das mulheres, tais como data de nascimento, número de gestações anteriores e história pessoal e familiar de doenças, incluindo a pré-eclâmpsia e hipertensão crônica. Foram obtidos peso (kg) e altura (cm) usando estadiômetro e balança, respectivamente. A idade gestacional foi determinada pela data da última menstruação e confirmada pela ultrassonografia no primeiro trimestre. As pacientes foram colocadas em decúbito dorsal e examinadas ao ultrassom em busca do plano transversal de

ambos os rins logo acima do hilo renal. As artérias e veias renais interlobares foram identificadas simultaneamente com a ajuda do mapeamento com Doppler colorido. Elas foram instruídas a realizar a inspiração profunda e permanecer em apneia durante o breve período de tempo da aquisição das velocidades. Obteve-se o Doppler simultâneo das artérias interlobares renais e veias para evitar erros de identificação dos vasos. As imagens de ultrassom, em tempo real, combinando modos B e D foram congeladas quando foram obtidas pelo menos duas ou três ondas Doppler, semelhantes durante apneia da paciente. Uma vez que a caixa de direção de Doppler se localiza paralela aos vasos examinados, o ajuste do ângulo foi raramente necessário, mantendo ao mesmo tempo o eixo inferior a 30 graus, e o mais próximo de zero grau quanto possível (figura 1).

Utilizou-se uma sonda convexa de 3.5 - 5,0 MHz do aparelho de ultrassom. Todos os estudos do Doppler da veia renal foram adquiridos pelo mesmo examinador, no caso o primeiro autor do trabalho. Os parâmetros do Doppler de veias interlobares renais maternas foram avaliadas separadamente para as veias interlobares renais direita e esquerda: velocidade máxima (V_{max-r} e V_{max-l} em cm/s, respectivamente, para a direita e a esquerda); velocidade mínima (V_{min-r} e V_{min-l} , em cm/s, respectivamente para a direita e a esquerda); a diferença entre V_{max} e V_{min} ($\Delta vel-r$ e $\Delta vel-l$ em cm/s, respectivamente, para a direita e esquerda. O índice de impedância (IVIR) foi calculado pela fórmula da velocidade $\Delta vel/V_{max}$ para direita e esquerda renal (IVIR-r e IVIR-l, respectivamente) e IVIR-a para a média de IVIR-r e IVIR-l.

Figura 1 – Doppler das veias interlobares renais, demonstrando a aquisição do Vmax e Vmin para o cálculo do IVIR.



Pré-eclâmpsia (PE) e hipertensão gestacional (GH) como desfechos foram definidos de acordo com os critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez (BROWN, MARK A *et al.*, 2001). Hipertensão gestacional (GH) foi caracterizada como pressão arterial diastólica acima de 90mm Hg medida em duas ocasiões diferentes em quatro horas de intervalo, desenvolvida após 20 semanas de gestação, sem proteinúria significativa, em uma mulher previamente normotensa. PE é definida como GH com proteinúria ≥ 300 mg ou mais em uma coleta de urina de 24 horas, ou duas leituras ++ ou mais em fita urinária. PE sobreposta à hipertensão crônica foi classificada como PE, sendo seu diagnóstico estabelecido e proteinúria significativa observada após 20 semanas de gestação em mulheres com hipertensão crônica conhecida.

A análise estatística foi realizada utilizando-se os programas SPSS (versão 18.0 para Windows) e GraphPad Prism. As variáveis contínuas foram comparadas entre os grupos utilizando o teste de Kruskal-Wallis, enquanto que para os resultados binários foi utilizado o teste X². As taxas de detecção para 5%, 10% e 20% de falsos positivos foram obtidas para IVIR e o desempenho do rastreio foi determinado por análise das curvas ROC com os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC) para a utilização do Doppler das veias interlobares renais para detectar PE e GH.

RESULTADOS

A coorte do estudo consistiu, inicialmente, de 250 gestações consecutivas, com feto vivo e único com idades gestacionais entre 11 e 14 semanas. Após o parto, doze (4,8%) casos foram perdidos no seguimento, e, portanto, excluídos. Também foram excluídas 21 (8,4%) mulheres normotensas que pariram recém-nascidos com peso de nascimento abaixo do percentil 10 sem associação com PE ou GH, e três (1,2%), cujas gravidezes resultaram em morte fetal ou aborto antes das 24 semanas de gestação. Das restantes 214 mulheres, 22 (10,3%) desenvolveram PE, 10 desenvolveram GH (4,7%) e 182 (85%) não foram afetadas por doenças hipertensivas. As características maternas foram resumidas na Tabela 1.

Observou-se um aumento do índice de massa corporal (IMC) e pressão arterial média (PAM) em mulheres nas quais ocorreram distúrbios hipertensivos durante a gravidez. Além disso, PE e história de diabetes prévio ou em

familiares foram mais comuns em mulheres que desenvolveram PE. A idade gestacional e peso do RN foram significativamente menores no grupo afetado pelo PE, quando comparado com todos os outros grupos. As idades médias das mulheres no grupo de controle e no de GH tenderam a ser menores que no grupo de PE, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,06$). Também não houve diferenças significativas entre os parâmetros: tabagismo, hipertensão crônica (HAC) e etnicidade.

Houve diferenças significativas entre os lados direito e esquerdo dos parâmetros de velocidade Doppler das veias interlobares renais maternas, como V_{max} , V_{min} e Δvel , embora o parâmetro de interesse do estudo (IVIR) não se mostrou diferente em nenhum dos lados (tabela 2).

Tabela 1 – Características maternas avaliadas.

	PE(n=22)	GH(n= 10)	CON-TROLES(n=182)	P
Idade, anos	29 (24.5-34.0)	27 (23.3-31.0)	25 (21.0-30.0)	0.06
IMC Kg/m²	28.5 (25.5-31.7)	27.5 (24.7-32.1)	25.5 (22.5-28.3)	0.005*
IG, semanas	12.0 (11.0-13.0)	12.0 (11.8-12.0)	12 (12.0-13.0)	0.35
CCN, mm	65 (50.0-77.3)	62 (52.3-64.0)	64.5 (54.0-75.3)	0.37
PAM, mmHg	89.5 (83.9-100.7)	86.8 (76.6-93.5)	81.3 (77.2-88.6)	<0.001*
Etnicidade , n (%)				0.58
Branco, n (%)	2 (9)	2 (20)	14 (8)	
Pardo	20 (91)	8 (80)	162 (89)	
Negro, n (%)	0 (0)	0 (0)	6 (3)	
Multiparidade, n (%)	12 (55)	7 (70)	97 (53)	0.59
PE prévia, n (%)	4 (18)	2(20)	11 (6)	0.05**
Historia familiar PE, n (%)	6 (27)	0 (0)	10 (5)	0.001**
Tabagismo, n (%)	1 (5)	0 (0)	11 (6)	0.70
HAC, n (%)	3 (14)	0 (0)	9 (5)	0.18
Diabetes, n (%)	1 (5)	1 (10)	1 (1)	0.02**
IG ao nascer, semanas	37.5 (35.5-38.3)	39.0 (38.0-39.3)	39.0 (38.0-40.0)	<0.001*
Peso ao nascer, g	2945 (2500-3508)	3275 (3154-3495)	3455 (3200-3785)	<0.001*
PE= pré-eclâmpsia; GH= hipertensão gestacional; IMC= índice de massa corporal; IG= idade gestacional; CCN= comprimento cabeça nádega; HAC= hipertensão crônica. Dados apresentados como mediana (interquartil ou IQR) e valores de p* determinados por Kruskal Wallis para os parâmetros contínuos; Dados apresentados como número de eventos (proporção) e p** valores determinados por χ^2 para os parâmetros binários.				

Tabela 2 – Comparação dos parâmetros do Doppler das veias interlobares renais maternas nos lados direito e esquerdo.

	Rim direito	Rim esquerdo	P
Vmax	13.3 (10.1-16.9)	11.8 (9.9-15.1)	<0.001*
Vmin	7.2 (5.8-9.7)	6.8 (5.0-8.7)	0.002*
Δ vel	5.5 (3.8-8.0)	5.1 (3.9-7.2)	0.03*
IVIR	0.44 (0.35-0.50)	0.43 (0.35-0.53)	0.86

Vmax = velocidade máxima; Vmin = velocidade mínima; Δ vel = Vmax-Vmin; IVIR = Δ vel /Vmax. Dados apresentados como mediana (interquartil ou IQR) e valores de p* determinados por teste de Wilcoxon.

Foram observados resultados similares ao se compararem os parâmetros Doppler das veias interlobares renais entre os grupos, de modo que, embora as velocidades se apresentem maiores no lado direito, os índices IVIR-r e IVIR-l não são diferentes significativamente. O IVIR-a (média entre o lado direito e esquerdo) não diferiu entre os grupos PE, GH e controles (tabela 3).

As taxas de detecção (TD) para taxas de falsos positivos (TFP) de 5%, 10% e 20% para PE e GH estão apresentados na tabela 4. As áreas sob as curvas ROC mostraram que o IVIR não foi capaz de prever o desenvolvimento de qualquer das duas patologias durante a gravidez: PE= 0,59 (IC 95% = 0,46-0,73) e GH= 0,62 (IC 95%= 0,44-0,80), como se demonstra na tabela 4 e na figura 2.

Tabela 3 – Parâmetros do Doppler de veias interlobares renais maternas

	PE (n=22)	GH (n=10)	Controles (n= 182)	P
Vmax (r)	14.5 (9.6-22.7)	10.6 (8.0-13.2)	3.3 (10.6-16.9)	0.04*
Vmax (l)	12.2 (8.4-16.3)	11.8(9.8-15.7)	11.7 (10.1-15.1)	0.99
Vmax (a)	14.1 (9.3-20.7)	11.5 (10.4-12.8)	12.7 (10.4-15.6)	0.50
Vmin (r)	7.7 (5.6-10.7)	6.7 (4.4-8.2)	7.2 (5.8-9.6)	0.33
Vmin (l)	6.4 (4.3-9.3)	7.0 (4.2-8.8)	6.9 (5.2-8.7)	0.80
Vmin (a)	7.0 (5.5-10.6)	6.8 (5.4-7.8)	7.2 (5.8-8.8)	0.72
Δvel (r)	5.3 (4.5-10.8)	3.6 (2.9-4.6)	5.8 (4.0-8.0)	0.02*
Δvel (l)	6.1 (4.2-8.6)	4.6 (3.0-5.9)	5.1 (3.9-7.1)	0.38
Δvel (a)	5.7 (3.6-9.9)	4.3 (3.0-5.6)	5.4 (4.1-7.2)	0.17
IVIR (r)	0.43 (0.34-0.58)	0.39 (0.32-0.46)	0.44 (0.35-0.50)	0.38
IVIR (l)	0.51 (0.43-0.56)	0.40 (0.35-0.47)	0.42 (0.35-0.50)	0.06
IVIR (a)	0.46 (0.38-0.57)	0.39 (0.33-0.46)	0.42 (0.37-0.50)	0.16

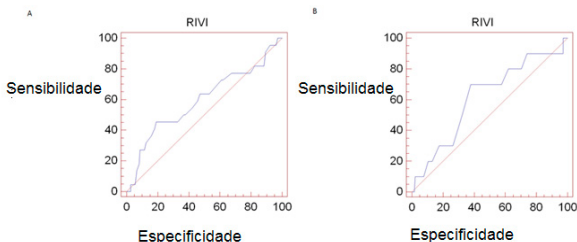
PE= pré-eclâmpsia; GH= hipertensão gestacional; Vmax= velocidade máxima; Vmin= velocidade mínima; IVIR= impedância renal veia interlobar; r= direita; l= esquerda; a= média. Dados apresentados como mediana (interquartis ou IQR) e valores de p* determinado por teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 4 – Acurácia do teste de impedância ao Doppler da veia interlobar renal materna (IVIR) realizado no final do primeiro trimestre para predição de doenças hipertensivas da gestação.

	AUC	95% IC	TD		
			TFP 20%	TFP 10%	TFP 5%
Pré-eclâmpsia (PE)	0.59	0.46-0.73	45%	27%	5%
Hipertensão Gestacional (GH)	0.62	0.44-0.80	30%	20%	10%

AUC= Área sob a curva ROC; ROC= *receiver operating characteristic*; IC= intervalo de confiança; TFP= Taxa de falso positivo; TD= Taxa de detecção.

Figura 2 – Curvas ROC (AUC) da impedância da veia interlobar renal maternal (IVIR) para a predição de pré-eclâmpsia (PE) (A) e hipertensão gestacional (GH) (B). Em (A), a área sob a curva ROC (AUC) = 0.59. Em (B), a área sob curva ROC = 0.62.



DISCUSSÃO

As pacientes do estudo se originaram a partir de uma população de risco moderado para pré-eclâmpsia monitorados a partir do primeiro trimestre até a resolução da gravidez. Elas se mostraram heterogêneas em termos de idade, IMC, etnia, paridade, e também para a presença de outros fatores de risco como hipertensão prévia, *Diabetes mellitus* e/ou história familiar ou pessoal de pré-eclâmpsia, sendo assim considerada uma amostra semelhante à população da vida real.

A incidência de PE foi de 10,3%. Em países como o Brasil e outros em desenvolvimento, essa incidência se mostra ainda maior (KASSEBAUM *et al.*, 2014). Neste caso, se apresentou maior que a de um estudo anterior realizado na mesma cidade, onde a incidência de PE foi de 7,0% (GURGEL ALVES *et al.*, 2014). Por outro lado, a incidência de PE descrita na literatura médica para os países desenvolvidos é de 2 a 5% (LESLIE; THILAGA-

NATHAN; PAPAGEORGHIU, 2011; THANGARATINAM *et al.*, 2011). As taxas do Reino Unido são ainda mais baixas, da ordem de 1 a 2% (AKOLEKAR *et al.*, 2011; POON, LEONA CY *et al.*, 2010).

Este estudo foi realizado em hospitais de referência de uma região pobre do Brasil cujos pacientes são em sua maioria de baixa renda e mesmo as mulheres grávidas de baixo risco começam seus cuidados pré-natais mais tardiamente. Isso também explica a alta incidência de hipertensão gestacional (GH), que foi de 4,7%, em comparação com outras publicações que mostram prevalência de 1,2 a 2,2% (POON, LCY; MAIZ, N; *et al.*, 2009a; POON, LEONA CY *et al.*, 2009b; POON; NICOLAIDES, 2014).

As taxas de cesárea se apresentaram elevadas (60,8%) na população estudada, com o agravante de que para a paciente com PE, chegaram a 95,5%. Entre os controles, a incidência de cesarianas foi de 57,8%. Essas taxas são consideradas altas para pacientes de baixo risco, porém compatíveis com as taxas brasileiras, um país amplamente criticado por apresentar uma das mais elevadas taxas de cesariana no mundo (DO CARMO LEAL *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2008; SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

As características maternas significativamente diferentes entre os grupos foram: IMC (kg/m²), PAM (mmHg), história de PE prévia, história familiar de PE (mãe ou irmã) e história prévia de diabetes. Esses parâmetros foram previamente descritos na literatura médica como preditores clínicos de pré-eclâmpsia (DUCKITT; HARRINGTON, 2005; LESLIE; THILAGANATHAN; PAPAGEORGHIU, 2011; ONWUDIWE *et al.*, 2008;

THANGARATINAM *et al.*, 2011). A idade gestacional (IG, semanas) e o peso ao nascer (g) foram significativamente menores para os grupos das doenças hipertensivas que para o das pacientes não afetados, devido ao término antecipado dessas gestações patológicas.

Ao longo das últimas três décadas, muitos estudos têm procurado preditores de PE no primeiro trimestre da gravidez, levando ao desenvolvimento de algoritmos que combinam características maternas com marcadores bioquímicos e biofísicos no primeiro trimestre (AKOLEKAR *et al.*, 2013; WRIGHT *et al.*, 2012) (CROVETTO *et al.*, 2015; PARK *et al.*, 2013). As medidas de Doppler de vários vasos arteriais foram testadas (CAMPBELL *et al.*, 1983; GOMEZ *et al.*, 2005; GURGEL ALVES *et al.*, 2014; PLASENCIA *et al.*, 2007; POON, LCY; STABOULIDOU, I; *et al.*, 2009c), enquanto o estudo do compartimento venoso materno tem sido negligenciado pela obstetrícia (TOMSIN, 2013). Até o momento, existem apenas alguns pequenos estudos que avaliam veias renais interlobares na gravidez para a predição de pré-eclâmpsia, todos no terceiro trimestre. Este estudo se propôs a estudar o índice de impedância da veia interlobar renal (IVIR) no primeiro trimestre, com o sentido de avaliar um parâmetro do compartimento venoso para a predição precoce de PE.

Os resultados não demonstraram diferenças entre o IVIR direito e o esquerdo no primeiro trimestre da gravidez normal, diferentemente dos estudos realizados no terceiro trimestre, que apresentaram valores mais elevados de impedância no rim esquerdo de gestações sem complicações (GYSELAERS *et al.*, 2008). Também não foi demonstrada

uma diferença significativa entre os parâmetros Doppler da interlobar renal IVIR-r, IVIR-l ou IVIR-a (média dos valores obtidos dos lados direito e esquerdo) entre PE, GH e controles. Os achados são diferentes de estudos anteriores realizados no terceiro trimestre, que mostraram uma IVIR-a significativamente maior em pacientes com pré-eclâmpsia do que nos controles não afetados (BATEMAN; GILES; ENGLAND, 2004a), apresentando uma diferença maior no lado esquerdo e em pacientes com PE precoce (<34 semanas) (GYSELAERS, W.; MOLENBERGHS, G.; VAN MIEGHEM, W.; *et al.*, 2009c).

A gestação normal é caracterizada por vasodilatação venosa e arterial, bem como o aumento do volume vascular, em consequência da maior distensibilidade, elasticidade e capacidade do volume venoso. Mudanças no compartimento venoso induzida pela gravidez melhoram as competências de regulação do débito cardíaco, o que é especialmente importante no terceiro trimestre, com o retorno aos níveis anteriores até três meses após o parto. Em contraste, as mulheres com PE apresentam disfunções de ajuste cardiovascular à gravidez, com contração do volume plasmático e redução do débito cardíaco. Muitas semanas antes do início da doença, as reduções do volume plasmático e as mudanças que existiriam no leito vascular venoso não ocorrem. Em quase metade das mulheres com história PE, o volume plasmático subnormal persiste após o parto (SAKAI *et al.*, 1994). Essas mulheres mais tardiamente apresentam uma resposta cardiovascular anormal ao exercício e triplicam o risco tanto de pré-eclâmpsia recorrente como de doenças cardiovasculares (AARDENBURG *et al.*, 2005; 2006).

Os valores mais elevados do IVIR observados em pacientes com pré-eclâmpsia no terceiro trimestre estão correlacionados com um nadir pré-aceleração no Doppler venoso (VPN) (GYSELAERS *et al.*, 2010). O VPN é devido ao refluxo retrógrado intravenoso, que ocorre após a contração atrial direita (GYSELAERS, 2008). Na PE este refluxo é observado ao nível dos rins, representados por uma acentuada desaceleração do fluxo de sangue e os valores mais elevados de IVIR. Não está claro se as alterações venosas renais observadas na PE já estabelecida estão relacionadas ao aumento da disfunção diastólica cardíaca ou à distensibilidade venosa reduzida (MELCHIORRE *et al.*, 2013; SAKAI *et al.*, 1994).

Recentemente, um estudo retrospectivo concluiu que ocorrem tanto um agravamento arterial como alterações hemodinâmicas venosas na PE tardia e na PE precoce, apresentando maior IVIR na PE precoce e na tardia comparados a gestações sem complicações. Por outro lado, não se demonstram diferenças significativas em pacientes com GH (GYSELAERS *et al.*, 2015).

As áreas sob as curvas ROC do presente estudo não apresentam diferenças no primeiro trimestre da IVIR de pacientes com desfecho de PE e GH comparados a controles não afetados. A principal conclusão é que as alterações na hemodinâmica venosa podem não estar relacionadas a um ambiente venoso materno alterado inicialmente na gestação, mas somente como consequência da instalação das doenças. O presente estudo se mostra importante em estudar (Ilse, esse ao enfocar tá estranho) ao enfocar a PE por meio de uma visão sem precedentes na literatura, propon-

do-se a avaliar o compartimento venoso materno através da impedância das veias interlobares maternas no primeiro trimestre. O pequeno número de casos é sem dúvida a maior limitação dessa publicação. Futuros estudos de maior escala certamente são necessários para conclusões definitivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A impedância do Doppler das veias interlobares renais maternas no primeiro trimestre de gestação não se apresenta diferente entre pacientes que desenvolvem pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional como desfecho comparadas a pacientes não afetadas por essas doenças. Neste estudo, o IVIR não se mostra um teste preditivo precoce das doenças hipertensivas da gestação. Estudos de maior escala devem ser realizados para conclusões definitivas.

REFERÊNCIAS

AARDENBURG, R. *et al.* Formerly preeclamptic women with a subnormal plasma volume are unable to maintain a rise in stroke volume during moderate exercise. **J Soc Gynecol Investig**, v. 12, n. 8, p. 599-603, Dec 2005. ISSN 1556-7117 (Electronic) 1071-5576 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16198607>>. Acesso em: 21 de janeiro, 2015.

_____. A low plasma volume in formerly preeclamptic women predisposes to the recurrence of hypertensive complications in the next pregnancy. **J Soc Gynecol Investig**, v. 13, n. 8, p. 598-603, Dec 2006. ISSN 1556-7117 (Electronic) 1071-5576 (Linking). Dis-

ponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17056282>>. Acesso em: 10 de novembro, 2015.

AKOLEKAR, R. *et al.* Competing risks model in early screening for preeclampsia by biophysical and biochemical markers. **Fetal Diagn Ther**, v. 33, n. 1, p. 8-15, 2013. ISSN 1421-9964 (Electronic) 1015-3837 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22906914>>. Acesso em: 10 de novembro, 2015.

AKOLEKAR, R. *et al.* Prediction of early, intermediate and late pre-eclampsia from maternal factors, biophysical and biochemical markers at 11–13 weeks. **Prenat Diagn**, v. 31, n. 1, p. 66-74, 2011. ISSN 1097-0223.

ALVES, J. A. *et al.* Brachial artery flow mediated dilation in the first trimester to predict the occurrence of hypertensive disorders during pregnancy. **Fetal Diagn Ther**, Jan 27 2015. ISSN 1421-9964 (Electronic) 1015-3837 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25634310>>. Acesso em: 23 julho, 2015.

ALVES, J. A. *et al.* Reference values of maternal ophthalmic artery doppler variables in the first trimester of normal pregnancy. **J Clin Ultrasound**, v. 42, n. 4, p. 199-204, 2014. ISSN 1097-0096 (Electronic) 0091-2751 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24691939>>. Acesso em: 18 de março, 2015.

BATEMAN, G. A.; GILES, W.; ENGLAND, S. L. Renal venous Doppler sonography in preeclampsia. **J Ultrasound Med**, v. 23, n. 12, p. 1607-1611, 2004a. Disponível em: <<http://europemc.org/abstract/MED/15557303>>. Acesso em: 03 de janeiro, 2015.

_____. Renal venous Doppler sonography in preeclampsia. **J Ultrasound Med**, v. 23, n. 12, p. 1607-11, Dec 2004b. ISSN 0278-4297 (Print) 0278-4297 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15557303>>. Acesso em: 03 de janeiro, 2015.

BROWN, M. A. *et al.* The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: full consensus statement. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 40, n. 2, p. 139-155, 2000. ISSN 1479-828X.

_____. The classification and diagnosis of the hypertensive disorders of pregnancy: statement from the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). **Hypertens Pregnancy**, v. 20, n. 1, p. IX-XIV, 2001. ISSN 1064-1955 (Print) 1064-1955 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12044323>>. Acesso em: 12 de abril de 2015.

CAMPBELL, S. *et al.* New Doppler technique for assessing uteroplacental blood flow. **The Lancet**, v. 321, n. 8326, p. 675-677, 1983. ISSN 0140-6736.

CETIN, I. *et al.* Pregenesys pre-eclampsia markers consensus meeting: What do we require from markers, risk assessment and model systems to tailor preventive strategies? **Placenta**, v. 32, p. S4-S16, 2011. ISSN 0143-4004.

COSTA F., S. *et al.* Early screening for preeclampsia. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 11, p. 367-75, Nov 2011. ISSN 1806-9339 (Electronic) 0100-7203 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22267116>>. Acesso em: 12 de abril de 2015.

CROVETTO, F. *et al.* First trimester screening for early and late preeclampsia based on maternal characteristics, biophysical parameters, and angiogenic factors. **Prenat Diagn**, v. 35, n. 2, p. 183-91, 2015. ISSN 1097-0223 (Electronic) 0197-3851 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25346181>>. Acesso em: 13 de abril 2015.

D'ANTONIO, F. *et al.* Association between first trimester maternal serum pregnancy associated plasma protein-a and obstetric

complications. **Prenat Diagn**, v. 23, n. 10, 2013. ISSN 1097-0223 (Electronic) 0197-3851 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23613261>>. Acesso em: 04 de novembro 2015.

DAVEY, D. A.; MACGILLIVRAY, I. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, v. 158, n. 4, p. 892-8, 1988. ISSN 0002-9378 (Print) 0002-9378 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3364501>>. Acesso em: 04 de novembro 2015.

DI LORENZO, G. *et al.* First trimester maternal serum PIGF, free β -hCG, PAPP-A, PP-13, uterine artery Doppler and maternal history for the prediction of preeclampsia. **Placenta**, v. 33, n. 6, p. 495-501, 2012. ISSN 0143-4004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143400412001105>>. Acesso em: 29 de novembro de 2015.

DO CARMO LEAL, M. *et al.* Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**, v. 9, p. 15, 2012.

DUCKITT, K.; HARRINGTON, D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. **BMJ**, v. 330, n. 7491, p. 565, Mar 12 2005. ISSN 1756-1833 (Electronic) 0959-535X (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15743856>>. Acesso em: 12 de abril 2015.

GOMEZ, O. *et al.* Uterine artery Doppler at 11–14 weeks of gestation to screen for hypertensive disorders and associated complications in an unselected population. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 26, n. 5, p. 490-494, 2005. ISSN 1469-0705.

GRANGER, J. P. *et al.* Pathophysiology of hypertension during preeclampsia linking placental ischemia with endothelial dysfunction. **Hypertension**, v. 38, n. 3, p. 718-722, 2001. ISSN 0194-911X.

GURGEL ALVES, J. A. *et al.* First-trimester maternal ophthalmic artery Doppler analysis for prediction of pre-eclampsia. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 44, n. 4, p. 411-8, 2014. ISSN 1469-0705 (Electronic) 0960-7692 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24585555>>. Acesso em: 29 de novembro de 2015.

GYSELAERS, W. Hemodynamics of the maternal venous compartment: a new area to explore in obstetric ultrasound imaging. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 32, n. 5, p. 716-7, Oct 2008. ISSN 1469-0705 (Electronic) 0960-7692 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18677700>>. Acesso em: 13 de novembro 2015.

GYSELAERS, W.; MESENS, T. Renal interlobar vein impedance index: a potential new Doppler parameter in the prediction of preeclampsia? **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 22, n. 12, p. 1219-21, Dec 2009a. ISSN 1476-4954 (Electronic) 1476-4954 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19916724>>. Acesso em:

GYSELAERS, W. *et al.* Maternal renal interlobar vein impedance index is higher in early- than in late-onset pre-eclampsia. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 36, n. 1, p. 69-75, Jul 2010. ISSN 1469-0705 (Electronic) 0960-7692 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20178114>>. Acesso em: 13 de novembro 2015.

GYSELAERS, W. *et al.* Maternal hepatic vein Doppler velocimetry during uncomplicated pregnancy and pre-eclampsia. **Ultrasound Med Biol**, v. 35, n. 8, p. 1278-83, Aug 2009b. ISSN 1879-291X (Electronic) 0301-5629 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19540654>>. Acesso em: 16 de março de 2015.

GYSELAERS, W. *et al.* Doppler measurement of renal interlobar vein impedance index in uncomplicated and preeclamptic pregnancies. **Hypertens Pregnancy**, v. 28, n. 1, p. 23-33, Feb 2009c. ISSN 1525-6065 (Electronic) 1064-1955 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19165667>>. Acesso em: 16 de março de 2015.

GYSELAERS, W. *et al.* Doppler assessment of maternal central venous hemodynamics in uncomplicated pregnancy: a comprehensive review. **Facts, Views & Vision in ObGyn** 1.3 (2009d): 171-181. Print.

GYSELAERS, W.; PEETERS, L. Physiological implications of arteriovenous anastomoses and venous hemodynamic dysfunction in early gestational uterine circulation: a review. **J Matern Fetal Neonatal Med**, Feb 5 2013. ISSN 1476-4954 (Electronic) 1476-4954 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23339488>>. Acesso em: 16 de março de 2015

GYSELAERS, W. *et al.* Maternal venous Doppler characteristics are abnormal in pre-eclampsia but not in gestational hypertension. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 45, n. 4, p. 421-6, Apr 2015. ISSN 1469-0705 (Electronic) 0960-7692 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24890401>>. Acesso em: 06 de maio de 2015.

GYSELAERS, W. *et al.* Interlobar venous flow is different between left and right kidney in uncomplicated third trimester pregnancy. **Gynecol Obstet Invest**, v. 65, n. 1, p. 6-11, 2008. ISSN 1423-002X (Electronic) 0378-7346 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17671385>>. Acesso em: 06 de maio de 2015.

HARRINGTON, K. Early screening for pre-eclampsia and intrauterine growth restriction. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 37, n. 5, p. 623-624, 2011. ISSN 1469-0705.

KARABULUT, N.; BAKI YAGCI, A.; KARABULUT, A. Renal vein Doppler ultrasound of maternal kidneys in normal second and third trimester pregnancy. **Br J Radiol**, v. 76, n. 907, p. 444-7, Jul 2003. ISSN 0007-1285 (Print) 0007-1285 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12857702>>. Acesso em: 06 de maio de 2015.

KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 384, n. 9947, p. 980-1004, 2014. ISSN 1474-547X (Electronic) 0140-6736 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24797575>>. Acesso em: 28 de julho de 2015.

LESLIE, K.; THILAGANATHAN, B.; PAPAGEORGHIOU, A. Early prediction and prevention of pre-eclampsia. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 25, n. 3, p. 343-354, 2011. ISSN 1521-6934.

LOWE, S. A. *et al.* Guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2008. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v. 49, n. 3, p. 242-6, 2009. ISSN 1479-828X (Electronic) 0004-8666 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566552>>.

MASOURA, S. *et al.* Biomarkers in pre-eclampsia: a novel approach to early detection of the disease. **J Obstet Gynaecol**, v. 32, n. 7, p. 609-16, 2012. ISSN 1364-6893 (Electronic) 0144-3615 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22943702>>. Acesso em: 28 de julho de 2015.

MATIAS, D. S. *et al.* Ophthalmic artery Doppler velocimetric values in pregnant women at risk for preeclampsia. **Journal of Ultrasound in Medicine**, v. 31, n. 10, p. 1659-1664, 2012. ISSN 0278-4297.

MELCHIORRE, K. *et al.* Mid-gestational maternal cardiovascular profile in preterm and term pre-eclampsia: a prospective study. **BJOG**, v. 120, n. 4, p. 496-504, Mar 2013. ISSN 1471-0528 (Electronic) 1470-0328 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23190437>>. Acesso em: 06 de maio de 2015.

MESENS, T. *et al.* Reproducibility and repeatability of maternal venous Doppler flow measurements in renal interlobar and hepatic veins. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 36, n. 1, p. 120-1, Jul 2010. ISSN 1469-0705 (Electronic) 0960-7692 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20503227>>.

NORTH, R. A. *et al.* Clinical risk prediction for pre-eclampsia in nulliparous women: development of model in international prospective cohort. **BMJ: British Medical Journal**, v. 342, 2011.

OLIVEIRA, M. I. *et al.* Quality assessment of labor care provided in the Unified Health System in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil, 1999-2001. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 5, p. 895-902, Oct 2008. ISSN 1518-8787 (Electronic) 0034-8910 (Linking). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500015>>. Acesso em: 28 de julho de 2015.

ONWUDIWE, N. *et al.* Prediction of pre-eclampsia by a combination of maternal history, uterine artery Doppler and mean arterial pressure. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 32, n. 7, p. 877-83, Dec 2008. ISSN 1469-0705 (Electronic) 0960-7692 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18991324>>. Acesso em: 06 de maio de 2015.

ORGANIZATION, W. H. **The World health report: 2005: make every mother and child count.** 2005.

PARK, F. J. *et al.* Clinical evaluation of a first trimester algorithm predicting the risk of hypertensive disease of pregnancy. **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, v. 53, n. 6, p. 532-9, 2013. ISSN 1479-828X (Electronic) 0004-8666 (Linking). Disponível em: <<http://www>>.

ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23919594>. Acesso em: 28 de julho de 2015.

PARRA-CORDERO, M. *et al.* Prediction of early and late pre-eclampsia from maternal characteristics, uterine artery Doppler and markers of vasculogenesis during the first trimester of pregnancy. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, 2012. ISSN 1469-0705.

PIJNENBORG, R. *et al.* Placental bed spiral arteries in the hypertensive disorders of pregnancy. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 98, n. 7, p. 648-655, 1991. ISSN 1471-0528.

PLASENCIA, W. *et al.* Uterine artery Doppler at 11 + 0 to 13 + 6 weeks in the prediction of pre-eclampsia. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 30, n. 5, p. 742-9, Oct 2007. ISSN 0960-7692 (Print) 0960-7692 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17899573>>. Acesso em: 28 de julho de 2015

POON, L. *et al.* First-trimester maternal serum pregnancy-associated plasma protein-A and pre-eclampsia. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 33, n. 1, p. 23-33, 2009a. ISSN 1469-0705.

POON, L. C. *et al.* First-trimester prediction of hypertensive disorders in pregnancy. **Hypertension**, v. 53, n. 5, p. 812-818, 2009b. ISSN 0194-911X.

POON, L. *et al.* **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 34, n. 2, p. 142-148, 2009c. ISSN 1469-0705.

POON, L. C. *et al.* Hypertensive disorders in pregnancy: screening by biophysical and biochemical markers at 11-13 weeks. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 35, n. 6, p. 662-670, 2010a. ISSN 1469-0705.

POON, L. C. *et al.* Maternal risk factors for hypertensive disorders in pregnancy: a multivariate approach. **J Hum Hypertens**, v. 24, n. 2, p. 104-10, Feb 2010b. ISSN 1476-5527 (Electronic) 0950-9240 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19516271>>.

POON, L. C.; NICOLAIDES, K. H. Early prediction of preeclampsia. **Obstet Gynecol Int**, v. 297397, n. 10, p. 17, 2014. ISSN 1687-9589 (Print).

PRACTICE, A. C. O. O. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Number 33, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 77, n. 1, p. 67, 2002. ISSN 0020-7292.

REDMAN, C.; SARGENT, I. Pre-eclampsia, the placenta and the maternal systemic inflammatory response—a review. **Placenta**, v. 24, p. S21-S27, 2003. ISSN 0143-4004.

REDMAN, C. W.; SACKS, G. P.; SARGENT, I. L. Preeclampsia: an excessive maternal inflammatory response to pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, v. 180, n. 2, p. 499-506, 1999. ISSN 0002-9378.

RISKIN-MASHIAH, S. *et al.* Transcranial doppler measurement of cerebral velocity indices as a predictor of preeclampsia. **Am J Obstet Gynecol**, v. 187, n. 6, p. 1667-72, 2002. ISSN 0002-9378 (Print) 0002-9378 (Linking).

ROOBOTTOM, C. *et al.* Hepatic venous Doppler waveforms: changes in pregnancy. **Journal of Clinical Ultrasound**, v. 23, n. 8, p. 477-482, 1995. ISSN 1097-0096.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Factors associated with cesarean section rates in a university hospital. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 3, p. 472-80, 2009. ISSN 1518-8787 (Electronic) 0034-8910 (Linking). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300011>>.

SAKAI, K. *et al.* Venous distensibility during pregnancy. Comparisons between normal pregnancy and preeclampsia. **Hypertension**, v. 24, n. 4, p. 461-6, Oct 1994. ISSN 0194-911X (Print) 0194-911X (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8088912>>.

SIBAI, B.; DEKKER, G.; KUPFERMINC, M. Pre-eclampsia. **The Lancet**, v. 365, n. 9461, p. 785-799, 2005. ISSN 0140-6736.

SONEK, J. D.; NICOLAIDES, K. H.; JANKU, P. Screening at 11-13+6 weeks' gestation. **Ceska Gynekol**, v. 77, n. 2, p. 92-104, 2012. ISSN 1210-7832 (Print) 1210-7832 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22702065>>.

THANGARATINAM, S. *et al.* Prediction and primary prevention of pre-eclampsia. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 25, n. 4, p. 419-33, 2011. ISSN 1532-1932 (Electronic) 1521-6934 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21454131>>.

TOMSIN, K. The maternal venous system: the ugly duckling of obstetrics. **Facts Views Vis Obgyn**, v. 5, n. 2, p. 116-23, 2013. ISSN 2032-0418 (Print) 2032-0418 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24753937>>.

WRIGHT, D. *et al.* A competing risks model in early screening for preeclampsia. **Fetal Diagn Ther**, v. 32, n. 3, p. 171-8, 2012. ISSN 1421-9964 (Electronic) 1015-3837 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22846473>>.

CAPÍTULO 15

MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE E AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS ÓBITOS

Sônia Samara Fonseca de Moraes
Francisco José Maia Pinto

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil compreende os óbitos ocorridos no período desde o nascimento até o final do primeiro ano de vida. É um importante indicador do nível de desenvolvimento econômico de uma população. A taxa mortalidade infantil (TMI) é classificada em duas componentes: a mortalidade infantil neonatal (precoce e tardia) e pós-neonatal (GORGOT, *et al.*, 2011; LANFRANCHI, 2011).

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), no Ceará, a TMI mantém a tendência de declínio, passando de 32 por mil nascidos vivos em 1997, para 18,28 por mil nascidos vivos em 2005, para 15,4 por mil nascidos vivos em 2008 e em 2010 reduziu-se para 13,11, evidenciando melhorias nas condições de saúde da população (IPECE, 2010).

A diminuição desses óbitos nos últimos anos deve-se à redução importante da mortalidade pós-neonatal, em es-

pecial às causadas por pneumonia e diarreia. As causas perinatais continuam responsáveis por mais de 50% dos óbitos de menores de um ano, alcançando 58,8% no ano de 2008. Dos 2.092 óbitos ocorridos, 1.414, ou seja, a maioria foram crianças com menos de 28 dias de vida (CEARÁ, 2008).

Os óbitos neonatais tiveram como principais causas: as afecções originadas no período perinatal (principalmente transtornos respiratórios e cardíacos específicos do período neonatal); as malformações congênitas; deformidades e anomalias cromossômicas (mais frequentes os transtornos relacionados à duração de gestação e crescimento fetal) (CEARÁ, 2011).

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, através do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), traz como responsabilidades executivas, a pactuação de indicadores de vigilância do óbito infantil e redução da mortalidade infantil. O COAP regulamenta no Plano Estadual de Redução da Mortalidade Infantil, especialmente no componente neonatal, nos anos de 2012 e 2013 (BRASIL, 2011a).

O Plano estabelece três linhas de ação prioritárias: a implantação de novos leitos de UTI neonatal, criação de novos leitos nas unidades de cuidados intermediários neonatais e expansão da cobertura da Estratégia Saúde da Família nos 18 municípios prioritários. Os municípios prioritários para as ações de redução da mortalidade infantil são: Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Canindé, Itapipoca, Quixadá, Sobral, Tianguá, São Benedito, Viçosa do Ceará, Crateús, Camocim, Granja, Icó, Iguatu, Crato, Barbalha e Juazeiro do Norte, selecionados pelo Ministério da Saúde por concentrarem 50% do total de óbitos do Estado (SESA, 2009).

A esperança de vida ao nascer é também um indicador importante na qualidade de vida das pessoas. Esta avalia as condições sociais, de saúde e de salubridade por considerar as taxas de mortalidade das diferentes faixas etárias, sendo estas: as causas de morte ocorridas em função de doenças e as provocadas por causas externas (violências e acidentes), consistindo em efeitos melhorias e avanços nas condições de saúde e de uma população (PNUD, 2013).

O Brasil, dentre os países pertencentes à Organização das Nações Unidas (ONU), tem o compromisso de cumprir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, que é atingir a meta da redução em dois terços, entre os anos de 1990 e 2015, da mortalidade infantil (BRASIL, 2009).

Nos anos 80, a redução da mortalidade infantil passou a ser uma das metas das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). Já na década de 90 surge a implantação da atenção primária à saúde com a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Saúde da Família. E, no ano 2000, com a diminuição dos índices da mortalidade infantil, a mortalidade neonatal passou a assumir prioridade por representarem dois terços dos óbitos infantis (VICTORA *et al.*, 2011).

Nas últimas décadas, o Brasil vem sendo marcado por diversas mudanças no desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica e na saúde da população, sob critérios de melhoramento amplo em todo território (FRIAS *et al.*, 2009; LANSKY *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2010).

No início do século XX, nos Estados Unidos, a taxa era de aproximadamente 200 recém-nascidos mortos por mil nascidos vivos. Em 2004, a TMI era de 6,78 óbitos por

mil nascidos vivos. Na América do Sul, o Brasil e o Peru apresentam indicadores com índice de proporcionalidade significativo para atingirem a meta proposta pela ONU (GAÍVA; BITTENCOURT; FUJIMORI, 2013).

No entanto, estratégias devem ser direcionadas para aumentar a cobertura, principalmente, programas de saúde da mulher nos âmbitos do planejamento familiar, assistência ao nascimento, ao recém-nascido sejam estes prematuros ou não (BRYCE *et al*, 2008).

Sabe-se, que uma atuação mais efetiva dos serviços de saúde é de grande importância, de modo a promover a equidade, reduzir as desigualdades e reduzir os riscos relacionados das condições de vida nos óbitos infantis.

Nessa perspectiva, o estudo teve como propósito descrever a mortalidade neonatal precoce e as principais características dos óbitos.

METODOLOGIA

Tipos de Estudo

A pesquisa é do tipo documental, transversal, com abordagem descritiva. A abordagem quantitativa é definida como algo quantificável, apresenta informações que possam ser traduzidas em números para classificar e analisar (GIL, 2010).

Estudos transversais são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2006).

A pesquisa descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre as variáveis, caracterizada pela utilização de técnicas padronizadas. O estudo descritivo envolve a análise frequencial (absoluta e percentual) e/ou paramétrica (ARANGO, 2005).

Local e período de estudo

A pesquisa foi realizada no Estado do Ceará, referente ao período de 01/01/2013 a 31/12/2013.

As fontes de informação foram os bancos de dados dos Sistemas de Informações em Saúde: (SINASC) e (SIM) disponibilizada pelo DATASUS/Ministério da Saúde, banco de dados públicos, acessado em junho de 2015.

População e amostra

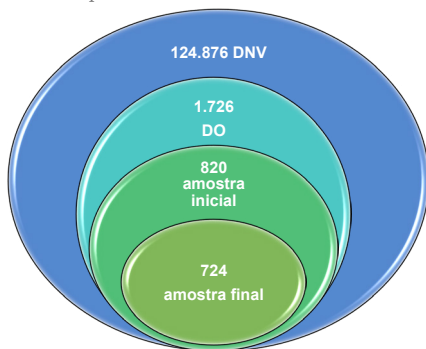
A população foi composta por todas as declarações de nascidos vivos referentes aos óbitos neonatais precoces ocorridos no Estado do Ceará, no ano de 2013.

Esses dados estão registrados e tabulados pelo SINASC, que no ano 2013 tiveram 124.876 registros de Nascidos Vivos e o SIM, obtendo 1.726 registros de óbitos. Ambos os sistemas são alimentados, respectivamente, pela DO (Declaração de Óbito) e DNV (Declaração de Nascido Vivo) (DATASUS, 2015).

Ao cruzar os dois bancos SINASC e SIM, obteve-se uma amostra inicial de 820 casos de óbitos neonatais. Para

isso foram excluídas do banco as observações que contivessem valores ausentes ou ignorados (*missing*) nas variáveis selecionadas. Ao final restaram 724 observações, que representa a amostra final de óbitos neonatais precoces estudada no presente trabalho. (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma para composição da amostra final da pesquisa sobre óbito neonatal precoce no Ceará, 2013.



Técnicas de Coletas de Dados

Os dados foram extraídos dos dois bancos: SINASC e SIM, através do *download* bancos DATASUS, expandido no arquivo do tabwin.

Variáveis de estudo

Neste estudo, a variável dependente foi a ocorrência do óbito neonatal precoce (sim ou não).

Quadro 1 –Variáveis selecionadas para análise de acordo com características óbito neonatal precoce.

1. Características dos óbitos	
Idade do óbito	Neonatal precoce (até 6 dias) Neonatal Tardio (7 a 27 dias) Pós-neonatal (28 dias ou mais)
Óbito fora do hospital	Sim Não
Causa básica do óbito	CID 10
Município de ocorrência do óbito	TODOS
2. Características das condições de nascimento	
Apgar 5' (insatisfatório)	Sim Não
Baixo peso ao nascer	Sim Não
Pequeno para a idade gestacional	Sim Não
Presença de anomalia	Sim Não

Fonte: Elaboração própria.

Técnicas de análise de dados

Os dados foram analisados através da análise descritiva que constitui na construção de tabelas de frequência, com valores absolutos e percentuais e de todas as variáveis apresentadas no estudo, através *Microsoft Excel*. A rotina de extração dos dados foi processada com o auxílio do Tabwin.

Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme as normas e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e aprovado pelo parecer N° 939.670.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da tabela 1 observou-se que mais da metade dos óbitos infantis caracteriza-se pela componente neonatal precoce 498(68,8%), ocorridos na unidade hospitalar 676(93,4%). A maioria das causas de óbito 260(36%) foi distribuída entre: imaturidade extrema, asfixia ao nascer, síndrome da angústia respiratória, septicemia bacteriana e em Fortaleza 299(41,3%), que foi o município com a maior presença dos casos de óbitos.

Tabela 1 – Características dos óbitos ocorridos no Ceará, 2013.

VARIÁVEL	n=724	%
Idade do óbito		
Neonatal Precoce (até 6 dias)	498	68,8
Neonatal Tardio (7 a 27 dias)	131	18,1
Pós- Neonatal (28 dias ou mais)	95	13,1
Óbito fora do hospital		
Sim	48	6,6
Não	676	93,4
Causas básicas do óbito		
P072 - Imaturidade extrema	46	6,4
P219 - Asfixia ao nascer	42	5,8
P220 - Síndrome da angústia respiratória	58	8,0
P369- Septicemia bacteriana	114	15,8
Outros (≥1 e < 29 casos)	464	64,0
Município de ocorrência do óbito		
Fortaleza	299	41,5
Sobral	156	21,5
Juazeiro do Norte	40	5,5
Outros	229	31,5

Fonte: SIM / SINASC.

N: tamanho da amostra; % frequência percentual.

Na tabela 2, observou-se que dentre as características da condição de nascimento, as variáveis que apresentaram mais da metade dos casos, foram: apgar no quinto minuto com o grau insatisfatório 399 (55,1%), baixo peso ao nascer 478(66%), não era pequeno para idade gestacional 649(89,6%) e não apresentavam presença de anomalia 629(86,9%).

Tabela 2 - Característica das condições de nascimento, Ceará, 2013.

VARIAVÉIS	N=724	%
Apgar 5'		
Insatisfatório	399	55,1
Satisfatório	325	44,9
Baixo peso ao nascer		
Sim (< 2500g)	478	66,0
Não(≥ 2500g)	246	34,0
Pequeno para idade gestacional		
Sim	75	10,4
Não	649	89,6
Presença de anomalia		
Sim	95	13,1
Não	629	86,9

Fonte: SIM / SINASC.

n: tamanho da amostra; % frequência relativa.

A mortalidade infantil apresenta-se distribuída em componentes, onde a mortalidade neonatal precoce foi responsável por 68,8%, dos casos, no Estado do Ceará em 2013. Esses óbitos encontram-se distribuídos nos 184 municípios do Ceará, dentre estes os que apresentaram maior número de casos foram: Fortaleza 299(41,5%), Sobral 156 (21,5%), Juazeiro do Norte 40(5,5%). Portanto, essas três

idades reunidas representam mais da metade dos óbitos neonatais ocorridos no Estado e estando em diferentes regiões: a primeira, refere-se à capital do Estado; a segunda, localiza-se na região norte; a terceira na região do Cariri, sul do Estado.

Esses municípios correspondem aos mais populosos, fato que pode ter ocorrido devido apresentarem melhores condições na assistência materna e infantil, oferecem serviços de alta complexidade, de referência no Estado, nas áreas Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

Sendo assim, os casos mais complexos e com pouca possibilidade de intervenção são encaminhados para estes municípios, acarretando uma grande concentração de óbitos, concordado com o achado na pesquisa onde mais da metade dos óbitos ocorre no hospital, correspondendo a 93% dos casos.

Estudo de análise espacial das taxas de óbito neonatal no Vale do Paraíba permitiu identificar municípios prioritários para intervenção. A localização espacial dos eventos em saúde e os Sistemas de Informações têm sido utilizados com mais frequência na área da saúde pública, podendo oferecer subsídios para ações de melhorias dos serviços de saúde, com vistas à diminuição desta taxa de mortalidade neonatal (ALMEIDA, GOMES e NASCIMENTO, 2014).

A sepse neonatal, com conseqüente choque séptico, é causa de elevada morbidade e mortalidade infantil precoce há muitos anos. Ocorre quando o recém-nascido aspira ao patógeno presente no canal vaginal (colonização materna) poderá ocorrer invasão pulmonar e, em seguida, a bactéria atingir a corrente sanguínea, promovendo intensa síndrome

da resposta inflamatória sistêmica, classicamente descrita como sepse precoce (SILVEIRA, GIACOMINI e PROCIANOY, 2010).

Nas características das condições de nascimento, a pesquisa revelou que no Ceará as variáveis: apgar no quinto minuto inferior a sete, classificado no estudo, como sendo de grau insatisfatório, por mais da metade dos RN's (55,1%); baixo peso ao nascer, menor de 2500g (66%) e a presença de anomalia (86,9%) estiveram associadas ao óbito.

O índice de apgar reflete as condições de vitalidade do recém-nascido e, associada a outras variáveis identifica preditores de morte neonatal. O índice de apgar inferior a sete, no quinto minuto, pode expressar o tempo e o grau de sofrimento do RN ao nascer ou à execução inefetiva dos procedimentos de reanimação neonatal, devido às condições deficitárias de infraestrutura e de recursos humanos dos serviços de saúde, o que favorece o óbito dos recém-nascidos, nas primeiras 24 horas de vida (SILVA, *et al.*, 2014; DARIPA, *et al.*, 2013).

Apesar das complicações obstétricas e da indisponibilidade de UTI neonatal retardarem a internação da gestante em unidades apropriadas, o fator que mais influencia a sobrevivência neonatal é a assistência em tempo oportuno, sinalizando um acompanhamento insatisfatório do trabalho de parto.

Portanto, a utilização de recursos adequados durante esse período pode reduzir os óbitos em até 50%, conforme trabalhos envolvendo recém-nascidos brasileiros, quando internados em UTI (KASSAR, *et al.*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se, através dos resultados encontrados, que esses óbitos concentram-se em maior quantidade nos municípios de médio e grande porte do Estado. Confirmando assim que estas cidades, por serem mais desenvolvidas no âmbito da assistência à saúde, recebem um número alto de gestantes referenciadas de municípios menores. Possivelmente inviabilizando os cuidados necessários às gestantes e aos recém-nascidos, certamente vitimados de um pré-natal de baixa qualidade em seus municípios de origem.

Desse modo, conclui-se que há necessidade de proporcionar treinamento, conscientização dos gestores e dos recursos humanos, para qualificar os dados dos sistemas de informações. Uma vez que estas devem ser preenchidas corretamente para que se possa conhecer melhor e implantar políticas de saúde, com mais eficiência, identificando mais facilmente as necessidades de cada município, evitando atrasos nas medidas preventivas e desperdício de recursos.

É necessário também capacitar os profissionais que fazem acompanhamento de pré-natal e do parto na rede pública de saúde. Através de especialização e residências que os habilitem a desenvolver a função com mais qualidade. Dar condições de trabalho estruturais: físicas e tecnológicas na atenção básica e nas maternidades públicas. Ampliar comitês de investigação do óbito e trabalhar com os resultados obtidos como fonte de medidas preventivas a serem construídas e implantadas, a fim de minimizar os registros de óbitos no Estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.S.; GOMES, C.M.S.; NASCIMENTO, L.F.C. Análise espacial da mortalidade neonatal no estado de São Paulo, 2006-2010. **Rev Paul Pediatría**. 2014; **32(4)**: 374-380.

ARANGO, Héctor Gustavo. Bioestatística: teoria computacional. 2. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-nascido: guia para os profissionais de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. Ministério da Saúde, Brasília,DF: 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, DF: 2009.

BRYCE, J. *et al.* Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. **Lancet**, London, v. 371, p. 1247-1258, 2008.

CEARÁ. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO – SESA. **Situação da saúde no Ceará/ Secretaria da Saúde do Estado do Ceará**; Organização, Cícera Borges Machado; Manoel Dias-da Fonseca Neto – Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2011.80 p.

_____. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO – SESA. **Portaria nº. 1234/2008**, que dispõe sobre a criação, as atribuições e o funcionamento do Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, orienta a implantação de Comitês Regionais de Prevenção ao óbito Infantil e Fetal no âmbito da Secretaria do Estado do Ceará. Fortaleza: SESA, 2008.

DARIPA, M. *et al.*, Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. **Rev Paul Pediatría**, 2013; 31(1): 37-45.

FRIAS, P. G. *et al.* Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços a partir de traçadores. In: **Saúde Brasil 2008**. Ministério da Saúde, 2009.

GAÍVA, M. A. M., BITTENCOURT R. M, FUJIMORI, E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013;34(4):91-97.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5º ed. Ed. Atlas, 2010.

GORGOT, LRMR *et al.*, Óbitos evitáveis até 48 meses de idade entre as crianças da Coorte de Nascimento de Pelotas de 2004. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(2): 334-42.

IPECE–INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará**. 2010, Ceará em Mapas.

KASSAR. S.B. *et al.* Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna. **Jornal de Pediatría (Rio J)**. 2013; 89(3): 269-277.

LANFRANCHI, L. M. M. M. *et al.* Uso da regressão de Cox para estimar fatores associados a óbito neonatal em UTI privada. **Rev Paul Pediatría**, 2011; 29(2):224-30.

LANSKY, S. *et al.* **A mortalidade Infantil**: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal. Em 20 anos do SUS - Ministério da Saúde, 2009.

PNUD –PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento presentes na publicação Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013)**. Mapas Temáticos – Saúde.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde** 6. Ed, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2006.

SANTOS, H. G. *et al.* Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. **RevPediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2: p. 131-43, 2010.

SESA –Secretária da Saúde do Estado do Ceará. Comissão Intergestores Bipartite. **Ata da 5ª reunião ordinária do ano 2009**.

SILVEIRA, R. C.; GIACOMINI, C.; PROCIANOY, R.S. Seps e choque séptico no período neonatal: atualização e revisão de conceitos. **RevBras Ter Intensiva**. 2010; 22(3): 280-290.

SILVA, C. F. *et al.* Fatores associados ao óbito neonatal em recém-nascidos de alto risco. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 (2): 355-368, fev., 2014b.

VICTORA, C. G.; AQUINO E. M.L., LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Saúde no Brasil 2 –Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, London, p. 32-46, Mai. 2011.

CAPÍTULO 16

PREDIÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPSIA ATRAVÉS DA ASSOCIAÇÃO DE FATORES MATERNS À AVALIAÇÃO TRÍPLICE VASCULAR NO SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

Paulo César Praciano de Sousa
Fabrício da Silva Costa

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) é uma doença específica da gravidez que atinge cerca de 3 a 5% das mulheres grávidas em todo o mundo. Representa uma das complicações médicas mais frequentes da gravidez. Classicamente, apresenta-se com hipertensão e proteinúria maternas após 20 semanas de gestação. Entretanto, é uma síndrome caracterizada por achados clínicos e laboratoriais heterogêneos. (SIBAI;-DEKKER,KUPFERMINC, 2005). Em estudo prévio realizado na cidade de Fortaleza, a incidência de PE foi de 7,0% (GURGEL ALVES *et al.*, 2014).

A PE é classificada em leve ou grave, considerando-se a gravidade das manifestações clínicas. (NORWITZ;FUNAI,2008). Podemos também classificar a PE considerando o momento do parto. Na PE precoce (PEP), as pacien-

tes apresentam o parto abaixo de 34 semanas. Por outro lado, na PE tardia (PET) o parto é realizado com idade gestacional maior ou igual a 34 semanas (YU *et al.*, 2005).

A PE é uma síndrome sistêmica da gravidez que se origina na placenta. Onde ocorre uma invasão citotrofoblástica inadequada, seguida por uma disfunção endotelial materna generalizada, responsável pelas manifestações clínicas e laboratoriais. A base molecular da disfunção placentária permanece desconhecida. Diversos fatores podem contribuir para a patogênese da PE: hipóxia, alterações no sistema renina-angiotensina-aldosterona, estresse oxidativo excessivo, inflamação, má adaptação imune e suscetibilidade genética. A hiperperfusão central é consequência da perda de capacidade de autorregulação de fluxo das artérias do sistema nervoso central. Tem como evolução o desenvolvimento de edema cerebral, causa direta das crises convulsivas tônico-clônicas que caracterizam a eclâmpsia (YOUNG; LEVINE; KARUMANCHI, 2010).

As modificações vasculares ocorridas durante o processo de placentação podem ser avaliadas indiretamente pelo Doppler das artérias uterinas, que reflete a velocidade do fluxo sanguíneo aumentado na circulação uteroplacentária, enquanto sua impedância diminui com o evoluir da gestação. Avaliam-se os índices de resistência (IR) e de pulsatilidade (IP) e a relação sístole/diástole (S/D). Observa-se ainda a onda de velocidade de fluxo, que pode revelar uma incisura, chanfradura ou entalhe no início da diástole chamada “incisura protodiastólica”, considerada resultado de uma onda refletida de grande amplitude retornando de um leito placentário de alta resistência. A incisura está pre-

sente nas artérias uterinas desde o início da gravidez, desaparece por volta da 20ª semana de gestação, e pode eventualmente ser detectada na 24ª a 26ª semanas da gestação (LOVGREN; DUGOFF; GALAN, 2010).

A dilatação fluxo-mediada da artéria braquial (DFM) é um método atrativo por ser não invasivo e de relativo baixo custo. Uma isquemia transitória provocada por uma pressão aplicada no membro superior provoca a liberação de óxido nítrico (NO) pelo endotélio vascular, causando vasodilatação compensatória. Observa-se que, no endotélio lesado, a quantidade de NO liberada não é capaz de provocar a vasodilatação, promovendo aumento no lúmen vascular em proporção menor que o esperado (PECHANOVA; SIMKO, 2007).

Na PE, a dopplerfluxometria das artérias oftálmicas, por meio da diminuição do índice de resistência da artéria oftálmica, indica o acometimento das artérias centrais que culmina na hiperperfusão. Considerando-se que o fluxo sanguíneo da artéria oftálmica reflete indiretamente o estado hemodinâmico da vasculatura intracraniana, seu estudo pode ajudar a compreender doenças sistêmicas com insuficiência vascular central, tais como a PE. É comumente aceito que a vasoconstrição arteriolar generalizada causada pela disfunção endotelial está associada com o início da PE, e o envolvimento ocular tem sido frequentemente relatado nesta doença. O IP e a razão de pico (RP) da artéria oftálmica são considerados os índices que melhor refletem a vascularização do olho. O PR é visto como o mais útil índice para avaliar o grau e a gravidade da PE. Quanto maior o PR, maior a gravidade da doença. Alguns autores sugere-

riram que o agravamento da pré-eclâmpsia está associado com diminuição resistência vascular na órbita, secundária à vasodilatação, devido a mecanismos autorreguladores que se refletem no aumento da velocidade média, diminuição da IR e IP e aumento RP devido à maior velocidade de fluxo mesodiastólico (DINIZ *et al.*, 2008). Optou-se por um período de 18 a 22 semanas para predição de PE, pois nesse momento as gestantes eram encaminhadas para realização da ultrassonografia morfológica do segundo trimestre. Acrescentamos ao exame morfológico fetal, a avaliação dopplerfluxométrica tríplice vascular (artérias uterinas, braquial e oftálmica). Apesar das evidências de que a prevenção de PE tem melhores resultados se iniciada precocemente, antes da instalação dos mecanismos fisiopatológicos, pacientes de alto risco identificadas por volta de 20 semanas podem beneficiar-se de um seguimento pré-natal mais rigoroso. A lógica por trás da recomendação de basear a frequência das consultas pré-natais no risco específico da paciente para pré-eclâmpsia é que o aumento da vigilância e intervenção oportuna em mulheres com alto risco poderia potencialmente melhorar os resultados materno e fetal.

A pré-eclâmpsia (PE) é a principal causa de morbidade e mortalidade perinatal. É responsável por cerca de 60.000 mortes maternas, anualmente, em todo o mundo. Configura-se, portanto, como um problema de saúde pública de elevada gravidade.

Clinicamente, seria de grande importância determinar a ocorrência desses fenômenos antes do aparecimento das manifestações clínicas, propiciando a possibilidade de novos métodos de predição da PE. A capacidade de prever

as formas mais graves da pré-eclâmpsia permitiria maior vigilância, prevenção e intervenção precoce para melhorar os resultados maternos e perinatais.

Propô-se estudar como método de predição de PE uma avaliação doppler- fluxométrica tríplice vascular, ou seja, a combinação da avaliação da artéria uterina, artéria braquial e artéria oftálmica no segundo trimestre da gestação, associada a fatores maternos (marcadores clínicos da história materna e pressão arterial média).

MÉTODO

Foi realizado estudo tipo coorte, prospectivo, em pacientes atendidas por conveniência no Serviço de Medicina Materno-Fetal UECE/HGF, localizado no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), no município de Fortaleza, no Estado do Ceará, Nordeste do Brasil. A coleta teve uma duração de 45 meses, de fevereiro de 2011 até outubro de 2014. As pacientes foram acompanhadas até a alta hospitalar pós-parto.

Gestantes encaminhadas do ambulatório de pré-natal do referido Hospital ou encaminhadas de outros serviços para o exame ultrassonográfico morfológico entre 18 e 22 semanas. As pacientes foram previamente informadas sobre os testes vasculares e os seus objetivos. Aquelas que aceitaram inclusão no estudo assinaram um termo de consentimento informado, estando cientes que poderiam se retirar do projeto a qualquer momento.

Foram incluídas no estudo, pacientes atendidas no Serviço de Medicina Materno-Fetal UECE/HGF, com gravidez única que estavam entre 18 e 22 semanas de evo-

lução, que aceitaram participar do estudo após terem sido esclarecidas sobre a pesquisa e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: gestantes que tiveram abortamentos (resolução da gravidez antes de 24 semanas); malformações fetais maiores; os casos em que houve perda do seguimento; patologias oculares.

O exame de doppler fluxometria das artérias uterinas foi realizado por via transabdominal no momento da realização da ultrassonografia morfológica do segundo trimestre. As medidas doppler velocimétricas foram feitas utilizando-se sonda convexa de 3,5 a 5,0 MHz e filtro de 50 Hz. O transdutor foi colocado no quadrante inferior do abdômen, angulado medialmente. O Doppler colorido foi utilizado para identificar a artéria uterina ao nível do seu aparente cruzamento com a artéria ilíaca externa. As medidas foram feitas cerca de 1cm de distância desse ponto de cruzamento. O vaso uterino foi abordado em um ângulo de insonação menor do que 30°. A amostra de volume do Doppler era de 2mm.

Selecionou-se para análise um segmento do traçado do Doppler que apresentasse três a cinco ondas consecutivas e com aspecto homogêneo. Foi observada a presença ou não da incisura protodiastólica e realizada a medida do índice de pulsatilidade, bilateralmente.

A técnica utilizada para análise do DFM foi a proposta em 1992 (CELERMAJER *et al.* 1992) e modificada em 2004 (MONTENEGRO *et al.*, 2004). Em resumo, a paciente, após ter repousado pelo menos 10 minutos, era posicionada em decúbito dorsal com abdução discreta do

braço direito. O transdutor linear, que apresentava um intervalo de frequência variando entre cinco e 12 MHz, era posicionado na face medial do braço para obter imagem longitudinal ao modo-B da artéria braquial direita (paralela ao transdutor), 5-10cm acima da prega ante-cubital. Para atestar a localização da artéria braquial era acionado o mapeamento de fluxo em cores.

O diâmetro da artéria braquial era medido na imagem longitudinal dessa artéria em que as interfaces luz-íntima proximal e distal eram visualizadas. Acionamos o modo B e Doppler, simultaneamente, em tempo real. A amostra do Doppler pulsátil era posicionada na artéria braquial, no mesmo local de medida do diâmetro. O vaso foi abordado em um ângulo de insonação de no máximo 60°.

A amostra de volume do Doppler era de 1mm. O diâmetro máximo da artéria braquial, no centro do vaso, foi medido no plano longitudinal das imagens com as interfaces luz-íntima proximal e distal. Foi medido o diâmetro basal (D1) da artéria no modo-B. Após a medida do diâmetro basal, o local do transdutor na pele era demarcado com caneta para a aferição do diâmetro pós-oclusão no mesmo lugar. Por fim, a artéria braquial era ocluída durante 5 minutos, com manguito de pressão colocado no antebraço, com uma pressão de 200mmhg. Após 1 minuto de cessada a insuflação, quando ocorre a dilatação máxima, medimos o diâmetro pós-oclusão (D2) da artéria, sem alterar os ajustes já feitos, na diástole fluxométrica. As medidas D1 e D2 foram feitas no mesmo local do vaso.

A FMD foi calculada usando a fórmula da DFM(%)
= [(pós-oclusão diâmetro arterial - diâmetro arterial basal)

/ diâmetro basal arterial] x 100. Foram medidos também os índices de pulsatilidade pré e pós-oclusão para calcularmos a Variação do Índice de Pulsatibilidade ($V-IP = (IP_{\text{pós}} - IP_{\text{pré}}) / IP_{\text{pré}}$). Todos os dados da DFM foram adquiridos por um único observador.

O exame dopplervelocimétrico da artéria oftálmica foi realizado com transdutor linear eletrônico, na frequência de 10 a 12 MHz. As pacientes permaneceram dez minutos em repouso antes da realização do exame. Os exames foram executados com a paciente em decúbito dorsal, posicionando-se o transdutor transversalmente sobre a pálpebra superior com os olhos fechados, após a colocação de gel. Foi avaliado apenas um olho. O examinador realizou movimentos no sentido crânio-caudal, sem pressionar muito com o transdutor para evitar alterações dos dados dopplervelocimétricos. A artéria oftálmica foi registrada a aproximadamente 15mm do disco óptico, medialmente ao nervo óptico. Após a identificação da artéria, foram registradas pelo menos seis ondas sem mudança do padrão, para posterior aferição dos índices dopplervelocimétricos.

O ângulo da amostra volume da dopplervelocimetria foi obrigatoriamente inferior a 20 graus, com filtro de 50 Hz, frequência de repetição de pulso de 125 kHz e amostra volume de 2mm. As variáveis que foram analisadas na artéria foram o IP e o IR, os picos de velocidade sistólica e diastólica e a razão entre picos de velocidade sistólica e diastólica (CARNEIRO *et al.*, 2008) .

As pacientes foram seguidas até o parto. As informações sobre os resultados maternos e perinatais foram obtidas dos registros hospitalares. Foi considerada perda de

seguimento se o pesquisador não conseguiu dados sobre o desfecho da gestação.

Os dados foram compilados em uma planilha e a análise estatística foi realizada. As mulheres foram divididas em quatro grupos dependendo do desfecho gestacional: gestações que não foram afetadas por qualquer desordem hipertensiva e não apresentaram recém-nascido PIG (Controle), pré-eclâmpsia (PE total), hipertensão gestacional (HG) e pequenos para a idade gestacional não associados a distúrbios hipertensivos (PIG). Posteriormente, dividimos as pacientes que desenvolveram pré-eclâmpsia em dois subgrupos: pré-eclâmpsia precoce (PEP) e pré-eclâmpsia tardia (PET).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza. Todos os pacientes envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso de adolescentes, termo de assentimento também foi assinado por um responsável legal ou por um acompanhante maior de idade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das variáveis utilizadas nos modelos de regressão logística (RL), algumas foram provenientes do questionário clínico: história pessoal de PE e a cor da pele. Outros dados coletados no momento do questionário foram as medidas do peso e da altura da paciente, que originaram o índice de massa corporal (IMC) e a PAM. Com isso, variáveis importantes dos modelos foram constituídas por variáveis obtidas sem sofisticação tecnológica.

Tabela 1 – Comparação das características epidemiológicas maternas entre Controle e os desfechos PE total, HG e PIG simultaneamente.

Características Maternas	Controle (n=309)	PE total (n=40)	HG (n=23)	PIG (n=43)	P
Idade (anos)	25 (20-31)	27 (20.3-34.3)	26 (19-32)	24 (17-29)	0.33 ^a
IMC (kg/m ²)	25.2 (23.5-29)	29.1 (25.6-31.1)†	31.3 (24.2-35.7)†	24.7 (20.4-27.4)	<0.001^a
Etnia					0.48 ^b
Branca	68 (22.00)	10 (25)	5 (21.73)	5 (11.62)	
Negra	6 (1.94)	2 (5)	0 (0)	0 (0)	
Parda	217 (70.22)	26 (65)	18 (78.26)	38 (88.37)	
Outras	1 (0.32)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Não especificada	17 (5.50)	2 (5)	0 (0)	0 (0)	
Paridade					<0.001^b
Nulípara	163 (52.75)	21 (52.5)*	13 (56.52)*	32 (74.41)*	
Parto prévio sem PE	124 (40.12)	11 (27.5)*	5 (21.73)*	11 (25.58)*	
Parto prévio com PE	22 (7.11)	8 (20)*	5 (21.73)*	0 (0)*	
Tabagismo	13(4.2)	0 (0)	0 (0)	2 (4.65)	0.42 ^b
Alcoolismo	6 (1.94)	1 (2.5)	0 (0)	0 (0)	0.70 ^b

Variáveis contínuas expressas em mediana (amplitude interquartil) e variáveis categóricas em n(%). O teste de Kruskal-Wallis (pa) foi usado para comparar variáveis contínuas e o Chi-quadrado(pb) para variáveis categóricas. PE total, pré-eclâmpsia total; HG, hipertensão gestacional; PIG, pequeno pra idade gestacional não associado a distúrbios hipertensivos.*p < 0.05 em relação ao controle. † p < 0.01 em relação ao controle.

Tabela 2 – Comparação das características epidemiológicas maternas entre Controle e os desfechos PEP, PET, GH e PIG simultaneamente.

Características Maternas	Controle (n=309)	PEP (n=4)	PET (n36)	HG (n=23)	PIG (n=43)	P
Idade (anos)	25 (20-31.0)	36 (30.5-37.8)	26.5 (19.3-31)	26 (19-32)	24 (17-29)	0.08 ^a
IMC (kg/m ²)	25.2 (23.5-29.0)	27.3 (24.8-30.9)	29.1 (26.5-31.1)*	31.3 (24.2-35.7)*	24.7 (20.4-27.4)	<0.001 ^a
Etnia						0.44 ^b
Branca	68 (22)	1 (25)	9 (25)	5 (21.73)	5 ()	
Negra	6 (1.94)	0 (0)	2 (5.55)	0 (0)	0 (0)	
Parda	217 (70.22)	2 (50)	24 (66.66)	18 (78.26)	38 ()	
Outras	1 (0.32)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Não especificada	17 (5.50)	1 (25)	1 (2.77)	0 (0)	0 (0)	
Paridade						0.005 ^b
Nulípara	163(52.75)	2(50)	19(52.77)*	13(56.52)*	32(74.41)*	
Parto prévio sem PE	124(40.12)	1(25)	10(27.77)*	5(21.73)*	11(25.55)*	
Parto prévio com PE	22(7.11)	1(25)	7(19.44)*	5(21.73)*	0(0)	
Tabagismo	13(4.20)	0(0)	0(0)	0(0)	2(4.65)	0.59 ^b
Alcoolismo	6(1.94)	0(0)	1(2.77)	0(0)	0(0)	0.81 ^b

Variáveis contínuas expressas em mediana (amplitude interquartil) e variáveis categóricas em n(%). O teste de Kruskal-Wallis (pa) foi usado para comparar variáveis contínuas e o Chi-quadrado(pb) para variáveis categóricas. PEP, pré-eclâmpsia precoce; PET, pré-eclâmpsia tardia; HG, hipertensão gestacional; PIG, pequeno para a idade gestacional não associado a distúrbios hipertensivos. *p<0.05 em relação ao controle. † p< 0.01 em relação ao controle. ‡ p < 0.001 em relação ao controle.

A média do IPAUt ([IPAUt direita + IPAUt esquerda] / 2) é considerado o melhor parâmetro Doppler das artérias uterinas. O valor do percentil 50 no grupo controle (0,97) foi semelhante ao referido em um estudo

feito com gestantes entre 22 e 24 semanas (1,04) (PAPA-GEORGHIOU *et al.*, 2001). Em nosso estudo, essa variável apresentou-se mais elevada nos grupos PE total (1,20) e PIG (1,15) do que no grupo Controle (0,97), apresentando diferença estatisticamente significativa. Isso demonstra que a falha na invasão trofoblástica é um importante mecanismo na gênese da doença nos casos estudados.

Tabela 3 – Comparação dos fatores biofísicos entre Controle e os desfechos PE total, HG e PIG simultaneamente.

Fatores Biofísicos	Controle (n=309)	PE total (n=40)	HG (n=23)	PIG (n=43)	P
PAM (mmHg)	80 (73.3-90)	90 (80-93.3)‡	93.3 (83.3-93.3)‡	80 (73.3-86.7)	<0.001
A. uterina IP	0.97(0.82-1.22)	1.20 (0.86-1.60)*	1.00 (0.78-1.07)	1.15 (0.97-1.63)†	<0.001
A. braquial FMD (%)	6.25 (3.03-10.34)	7.39 (3.33-11.68)	3.44 (3.03-9.37)	7.4 (3.84-10.34)	0.17
V-IP (%)	-18.8 (-47.0a16.7)	-19.7 (-39.8a14.2)	-42.3 (-67.6a9.9)	-23.6 (-40.5a20.0)	0.38
A. oftálmica IP	2.03 (1.69-2.35)	1.94 (1.67-2.25)	2.11 (1.82-2.53)	2.11 (1.82-2.53)	0.41
PD1	20.0 (16.5-24.3)	21.1 (17.6-24.3)	21.5 (17.2-27.9)	22.2 (19.1-27.9)	0.11
RP	0.53 (0.45-0.60)	0.57 (0.48-0.66)	0.49 (0.44-0.61)	0.55 (0.46-0.60)	0.16

Variáveis contínuas expressas em mediana (amplitude interquartil). O teste de Kruskal-Wallis foi usado para comparar variáveis contínuas. PE total, pré-eclâmpsia total; HG, hipertensão gestacional; PIG, pequeno para a idade gestacional não associado a distúrbios hipertensivos. *p<0.05 em relação ao controle. † p < 0.01 em relação ao controle. ‡ p < 0.001 em relação ao controle.

Tabela 4 – Comparação dos fatores biofísicos entre Controle e os desfechos PEP, PET, GH e FIG simultaneamente.

	Controle (n=309)	PEP (n=4)	PET (n=6)	HG (n=23)	FIG (n=43)	p
PAM (mmHg)	80,0 (73.3-90.0)	93,3 (93.3-108.3)*	88,3 (77.5-93.3)*	93,3 (83.3-93.3)‡	80,0 (73.3-86.7)	<0,001
A. Uterina IP	0,97 (0.82-1.22)	1,95 (1.84-2.68)†	1,11 (0.82-1.48)	1,00 (0.78-1.07)	1,15 (0.97-1.63)†	<0,001
A. braquial DFM (%)	6,25 (3.03-10.34)	4,70 (2.91-6.68)	8,58 (3.36-11.86)	3,44 (3.03-9.37)	7,40 (3.84-10.34)	0,15
V-IP (%)	-18,9 (-47,0 a 16,7)	37,3 (-20,9 a 72,3)	-20,8 (-41,1 a 4,5)	-42,3 (-67,6 a 9,9)	-23,6 (-40,5 - 20,0)	0,28
A. Ofalrnica IP	2,03 (1.69-2.35)	1,92 (1.63-2.03)	1,94 (1.67-2.28)	2,11 (1.82-2.53)	2,11 (1.82-2.53)	0,51
PDI	20,04 (16.48-24.33)	24,74 (22.0-30.8)	20,0 (17.2-24.2)	21,5 (17.2-27.9)	22,2 (19.1-27.9)	0,06
RP	0,53 (0.45-0.60)	0,69 (0.65-0.74)*	0,57 (0.48-0.63)	0,49 (0.44-0.61)	0,55 (0.46-0.60)	0,03

Variáveis contínuas expressas em mediana (amplitude interquartil). O teste de Kruskal-Wallis foi usado para comparar variáveis contínuas. PEP, pré-eclâmpsia precoce; PET, pré-eclâmpsia tardia; HG, hipertensão gestacional; FIG, pequeno para a idade gestacional não associado a distúrbios hipertensivos. *p<0,05 em relação ao controle. †p< 0,01 em relação ao controle. ‡p< 0,001 em relação ao controle.

Os primeiros trabalhos sobre Doppler das artérias uterinas no segundo trimestre evidenciaram que as mulheres que não conseguiram diminuir a resistência do fluxo nestas artérias até a 24ª semana de gravidez pertenciam ao grupos de maior risco para PE. Pesquisadores demonstraram que, em mulheres que desenvolveram PE e RCF, havia um aumento na resistência na circulação materna, desde o primeiro trimestre (ZEMEL *et al.*, 1990). Uma revisão sistemática sobre Doppler das artérias uterinas no segundo trimestre de gravidez, observou que os melhores parâmetros preditores foram a incisura bilateral e a média de IP das artérias uterinas, no seu valor percentil 95, com uma sensibilidade de 65% e 78% e com as razões de verossimilhança de 13,4 e 15,5, respectivamente (CNOSSSEN *et al.*, 2008). No Brasil, autores encontraram uma sensibilidade de 83% para predição de PE, entretanto com um baixo VPP de 29% (COSTA *et al.*, 2005).

Nessa casuística, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os valores da DFM do grupo Controle e os possíveis desfechos (PE total, HG e PIG). Alguns trabalhos mostraram diferença estatística, entretanto foram trabalhos realizados no terceiro trimestre e envolvendo pequeno número de gestantes (TAKATA *et al.*, 2002; TAKASE *et al.*, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Uma revisão da literatura com cerca de 250 artigos apresentou uma grande variação nos valores da medida da DFM. Para pacientes saudáveis, a média da DFM variou entre 0,2% a 19,2%. Estes achados sugerem que aspectos técnicos das medidas, a localização da oclusão, se no braço ou no antebraço e a duração da oclusão podem explicar, em

parte, esta grande variação de valores (BOTS *et al.*, 2005). Em nosso estudo, a mediana para as pacientes do grupo Controle foi 6,25%.

A DFM tornou-se amplamente utilizada, desde a sua descrição (CELERMAJER *et al.*, 1992). No entanto, existem algumas questões relativas à técnica e às limitações na interpretação da DFM. Uma ressalva importante é que a quantidade de dilatação normal varia de acordo com o diâmetro arterial basal. Outra ressalva é o alto nível de precisão que a aferição da DFM requer. A vasodilatação promovida pela função endotelial durante a DFM leva a uma queda na resistência arterial no braço testado, que pode ser avaliada através do PI. Um estudo considerou que aferição da Variação do Índice de Pulsatilidade (V-IP), avaliados antes e 1 minuto depois de 5 minutos do período de inflação do manguito, possa avaliar a função endotelial (MARTINS *et al.*, 2008). Outro trabalho, avaliando a reprodutibilidade intra e interobservador da DFM e da V-IP, concluiu que as medidas da V-IP são mais confiáveis que as medidas da DFM. Em nosso estudo, também não observamos diferença estatisticamente significativa entre os valores da V-IP do grupo Controle e os possíveis desfechos (PE total, HG e PIG).

Unindo as informações de outros trabalhos com as deste estudo, pode-se supor que a lesão endotelial sistêmica ainda não esteja bem instalada por volta de 20 semanas, quando a etiopatogenia mais provável seja a falha de invasão placentária. A lesão endotelial pode participar da fisiopatologia numa fase mais avançada da doença. Nesta pesquisa, a AOft foi avaliada através de 3 parâmetros: índice de pulsatilidade (IPAOf), pico diastólico inicial (PD1) e

razão de pico (RP). Os primeiros estudos com Doppler da AOft em gestantes encontraram uma diminuição do índice de pulsatilidade em associação com PE, correspondendo a uma vasodilatação orbital. Os nossos valores do IP, do PD1 e da RP no grupo Controle foram 2,03, 20,0 e 0,53, respectivamente; compatíveis com os limites da curva de normalidade publicada para as grávidas no segundo e terceiro trimestres de gestação (OHNO *et al.*, 2002; DINIZ *et al.*, 2008; CARNEIRO *et al.*, 2008). Por sua vez, os valores do IP, do PD1 e da RP no desfecho PE total foram 1,94, 21,1 e 0,57, respectivamente. Portanto, o grupo PE apresentou diminuição do IP e aumento do PD1 e RP. Apesar de não termos observado diferença estatística significativa, este achado sugere os relatos de outros autores no início das pesquisas com AOft, quando detectou-se a diminuição do IP em mulheres com PE, revelando hiperfluxo cerebral (SAVVIDOU *et al.*, 2003). Corroborando com os nossos dados, autores haviam encontrado valores mais elevados da razão de pico em gestantes com hipertensão (AYAZ *et al.*, 2003; CARNEIRO *et al.*, 2008; DINIZ *et al.*, 2008).

Ao subdividir-se o grupo PE total em PEP e PET, a variável RP apresentou significância estatística ($p < 0.05$) ao compararmos o grupo PEP e Controle. Por sua vez, a variável PD1 apresentou indicativo de que possa vir apresentar significância estatística ($p = 0.06$) com um tamanho amostral maior. O número reduzido de pacientes com PE, especialmente para compor o grupo PEP, pode ter sido responsável pela insignificância estatística da variável PD1.

Dentre os parâmetros da AOft, destacamos as variáveis PD1 e RP. Estas variáveis representam modificações

no formato de onda de fluxo da AOft. No caso do índice de resistência, o cálculo baseia-se em dois pontos do traçado do fluxo, ou seja, no início e no fim; desprezando, assim, as informações contidas no meio da onda. Justamente no meio do espectro da onda de fluxo ocorrem as modificações nas gestantes com PE, devido a uma elevação marcante do primeiro pico diastólico (HATA *et al.*, 1997; DINIZ *et al.*, 2008). Com o agravamento da doença, ocorrem sintomas de iminência de eclâmpsia, que se relaciona com a vasodilatação e hiperperusão orbital e esta congestão da trama capilar resulta em um espasmo secundário da artéria retiniana, como um mecanismo protetor (BELFORT *et al.*, 1999; DINIZ *et al.*, 2008).

A combinação de testes foi a solução encontrada para melhorar o poder de predição de PE. Tentamos prever PE no segundo trimestre gravidez buscando associar o Doppler de diferentes territórios vasculares (artérias uterinas, braquial e oftálmica) com as características epidemiológicas e biofísicas maternas para melhorar a taxa de detecção de PE.

O risco específico de cada paciente desenvolver PE em nosso trabalho foi calculado a partir de um modelo de RL, que associou os marcadores da história clínica e exame físico (Fatores maternos) e marcadores biofísicos (PAM, IPAUt e RP), depois de um ajustamento apropriado feito pelo programa estatístico. Foram obtidos valores de TD de 45%, 27,8% e 100% para PE, PET e PEP, respectivamente, no modelo completo a uma TFP de 10%. Em contrapartida, a taxa de detecção obtida pela FMF, demonstrada em um trabalho incluindo 3359 mulheres de baixo risco, utilizando características maternas, PAM e IPAUt, foi de 56,4

e 100% para PET e PEP, respectivamente (ONWUDIWE *et al.*, 2008). A exemplo de outros autores, elaboramos uma equação logística diferente para cada desfecho e isto garantiu uma melhor eficiência para cada modelo desfecho-específico (POON, L.C. *et al.*, 2009).

Tabela 5 –Distribuição da área sob a curva ROC e da taxa de detecção a uma TFP de 10% e 5% para os marcadores do modelo de Regressão logística para PE total.

	PE total Área sob a curva	IC 95%	TD, TFP = 10%	TD, TFP = 5%
FM	0,673	0,580-0,765	27,5%	17,5%
FM + PAM + IPAUt	0,701	0,604-0,799	42,5%	30,0%
FM + PAM + IPUt +RPAOf	0,710	0,613-0,807	45,0%	37,5%

FM = $-0,120 + 0,008 \cdot \text{IMC} + 0,111$ (Se PE prévia); $R^2 = 0,035$

FM+PAM+IPAUt = $0,066 + 1,048 \cdot \log(\text{PAM em MoM}) + 0,311 \cdot \log(\text{IPAUt em Mom}) + 0,240 \cdot (\text{se negra}) + 0,112 \cdot (\text{Se PE prévia})$; $R^2 = 0,077$

FM+PAM+IPAUt+RPAOf = $0,068 + 0,992 \cdot \log(\text{PAM em MoM}) + 0,295 \cdot \log(\text{IPAUt em Mom}) + 0,201 \cdot (\text{se negra}) + 0,119 \cdot (\text{Se PE prévia}) + 0,221 \cdot \log(\text{RPAOf em MoM})$; $R^2 = 0,081$

A taxa de detecção de PE total foi 45% quando foram associadas às variáveis (Fatores Maternos + PAM + IPAUt + RP), a uma TFP de 10%. A área sob a curva foi 0.710. Uma área sob a curva entre 0,60 a 0,75 classifica o teste como regular. A maior taxa de detecção foi para PEP (100%), com uma área sob a curva igual a 0,997. Na RL desta pesquisa, observou-se que a combinação de testes diagnósticos foi mais eficiente para identificar as pacientes que viriam a desenvolver PEP, dado coincidente com o achado de outras publicações. (PLASENCIA *et al.*, 2008; POON *et al.*,

2009; AKOLEKAR *et al.*, 2011). Neste estudo, quando os fatores maternos foram combinados com PAM e Doppler das uterinas, as taxas de detecção para PEP e PET (100% e 22.2%) enquanto que as da FMF (100% e 56.4%) (ONWUDIWE, 2008). Ao acrescentarmos a RP ao modelo, as nossas taxas de detecção para PEP e PET foram 100% e 27.8%, respectivamente.

Na análise estatística, foram excluídas as variáveis que não se mostraram úteis ao modelo de predição para PE. O número reduzido de pacientes com PE, especialmente apenas quatro pacientes compondo o grupo PEP, pode ter sido responsável pela insignificância estatística de algumas variáveis bem estabelecidas na literatura. Além disso, devido ao pequeno número de observações no grupo do desfecho PEP, esse modelo não permite nenhum ajuste confiável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Salienta-se que o trabalho apresenta desenho prospectivo, obtendo um bom seguimento dos casos, com uma perda de 3,18%; utilizando um equipamento moderno de ultrassonografia, o que garantiu uma boa resolução dos exames; abordando uma patologia de grande relevância para Saúde Pública e de interesse científico mundial, cujas recentes evidências sobre a sua prevenção, valorizam ainda mais os estudos de predição; utilizando uma análise estatística da maior complexidade exigida para se equiparar com as publicações recentes; e que foi inédito por avaliar a Variação do IP da artéria braquial no segundo trimestre da gravidez.

A análise desta coorte demonstra aspectos interessantes, revelando que medidas simples e de boa reprodutibilidade como a história clínica, PAM e o IMC são parâmetros significativamente diferentes entre o grupo Controle e os desfechos. É importante ressaltar que há um avanço, da nossa parte, ao desenvolver-se um estudo prospectivo e acrescentar-se a Razão de pico da artéria oftálmica à combinação já estudada pela FMF (fatores maternos, PAM e IPAUt) no segundo trimestre.

Dessa forma, acompanha-se, através de um estudo regionalizado, a tendência da literatura científica mundial em antecipar os maus prognósticos da gravidez através da combinação de fatores maternos e biofísicos, com o objetivo de melhorar a predição de PE. Lembrando que os recursos tecnológicos utilizados estão disponíveis à nossa realidade, facilitando a introdução desses exames na rotina pré-natal, ao lado de exames já consagrados.

Não conseguimos legitimar a incorporação do Doppler da artéria oftálmica na prática clínica, uma vez que a maior taxa de detecção nesse estudo corresponde a 45%. Entretanto, esse trabalho contribui para a compreensão da fisiopatologia da PE, na medida que avaliou o território da artéria oftálmica.

Os parâmetros da história clínica e do exame físico que apresentam significância para comporem o modelo de PE total são os que compõem a variável paridade, ou seja, as categorias nuliparidade e parto prévio com PE, e o IMC. Por sua vez, dentre os marcadores biofísicos, os que apresentam significância estatística são a PAM e o IP da artéria uterina. A DFM e o V-IP da artéria braquial no segundo trimestre não são parâmetros preditores de PE.

A melhor taxa de detecção de PE, de uma forma geral, a uma TFP de 10%, refere-se a combinações fatores maternos, PAM, IP das artérias uterinas e RP da artéria oftálmica (45%).

REFERÊNCIAS

AKOLEKAR, R.; SYNGELAKI, A.; SARQUIS, R.; ZVANCA, M.; NICOLAIDES, K. H. Prediction of early, intermediate and late pre-eclampsia from maternal factors, biophysical and biochemical markers at 11-13 weeks. **Prenat Diagn.**, v. 31, n. 1, p. 66-74, 2011.

AYAZ, T.; AKANSEL, G.; HAYIRLIOGLU, A.; ARSLAN, A.; SUER, N.; KURU, I. Ophthalmic artery color Doppler ultrasonography in mild-to-moderate preeclampsia. **Eur J Radiol.**, v. 46, p. 244-249, 2003.

BELFORT, M.A.; GIANNINA, G.; HERD, J.A. Transcranial and orbital Doppler ultrasound in normal pregnancy and preeclampsia. **Clin Obstet Gynecol**, v. 42, p. 479, 1999.

BOTS, M.L.; WESTERINK, J.; RABELINK, T.J.; KONING, E.J.P. Assessment of flow-mediated vasodilatation (FMD) of the brachial artery: effects aspects of the FMD measurement on the FMD response. **Eur Heart J**, v. 26, p. 363-368, 2005.

CARNEIRO, R.S.; SASS, N.; ANGELICA, L.; DINIZ, A.L.; SOUZA, E.V.; MARIA, R.; TORLONI, M.R.; MORON, A.F. Ophthalmic artery Doppler velocimetry in healthy pregnancy. **Int J Gynecol Obstetr**, v. 100, p. 211-215, 2008.

CELERMAJER, D. S. *et al.* Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis. **Lancet**, v. 340, n. 8828, p. 1111-5, 1992.

CNOSSEN, J.S.; MORRIS, R.K.; GERBEN, T.R.; BEN, W.J.; JORIS, A.M.; ARRI, C. Use of uterine artery Doppler ultrasonography to predict pre-eclampsia and intrauterine growth restriction: a systematic review and bivariable meta-analysis. **CMAJ**, v.178, n.6, p.701-711, 2008.

COSTA, F. S.; CUNHA, S. P.; BEREZOWSKY, A. T. Doppler-velocimetria das artérias uterinas na predição de complicações em gestações de baixo risco. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 27, n. 6, p. 323-30, 2005.

DINIZ, A.; MORON, A.; DOS SANTOS, M.; SASS, N.; PIRES, C.; DEBS, C. Ophthalmic artery Doppler as a measure of severe pre-eclampsia. **Int J Gynaecol. Obstet**, v. 100, p. 216-220, 2008.

GURGEL ALVES, J. A. *et al.* First-trimester maternal ophthalmic artery Doppler analysis for prediction of pre-eclampsia. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 44, n. 4, p. 411-8, Oct 2014.

HATA, T.; HATA, K.; MORITAKE, K. Maternal ophthalmic artery Doppler velocimetry in normotensive pregnancies and pregnancies complicated by hypertensive disorders. **Am J Obstet Gynecol**, v. 177, n. 1, p. 174-8, 1997.

LOVGREN, T. R.; DUGOFF, L.; GALAN, H. L. Uterine artery Doppler and prediction of preeclampsia. **Clin Obstet Gynecol**, v. 53, n. 4, p. 888-98, 2010.

MARTINS, W. P. *et al.* Brachial artery pulsatility index change 1 minute after 5-minute forearm compression: comparison with flow-mediated dilatation. **J Ultrasound Med**, v. 27, n. 5, p. 693-9, May 2008.

MONTENEGRO, C. A. B. *et al.* Dilatação fluxo-mediada endotélio-dependente da artéria branquial. **Femina**, v. 32, n. 4, p. 279-284, 2004.

NORWITZ, E. R.; FUNAI, E. F. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: hope for the best, but expect the worst. **Am J Obstet Gynecol**, v. 199, n. 3, p. 209-12, 2008.

OHNO, Y.; KAWAI, M.; ARII, Y.; MIZUTANI, S. Effect of prostaglandin E1 on ophthalmic artery velocimetry in a pre-eclamptic woman with visual disturbance caused by retinal arterial narrowing. **Gynecol Obstet Invest**, v.53, p.68-70, 2002.

OLIVEIRA, O. P. *et al.* Flow-mediated dilation of brachial artery and endothelial dysfunction in pregnant women with preeclampsia: a case control study. **Minerva Ginecol**, Dec 5, 2014.

ONWUDIWE, N.; YU, C.K.; POON, L.C.; SPILIOPOULOS, I.; NICOLAIDES, K.H. Prediction of pre-eclampsia by a combination of maternal history, uterine artery Doppler and mean arterial pressure. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 32, p. 877-883, 2008.

PAPAGEORGHIOU, A. T. *et al.* Multicenter screening for pre-eclampsia and fetal growth restriction by transvaginal uterine artery Doppler at 23 weeks of gestation. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 18, n. 5, p. 441-9, Nov 2001.

PECHANOVA, O.; SIMKO, F. The role of nitric oxide in the maintenance of vasoactive balance. **Physiol Res**, v. 56, n. 2, p. S7-S16, 2007.

PLASENCIA, W.; MAIZ, N.; POON, L.; YU, C.; NICOLAIDES, K. H. Uterine artery Doppler at 11 + 0 to 13 + 6 weeks and 21 + 0 to 24 + 6 weeks in the prediction of pre-eclampsia. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 32, n. 2, p. 138-146, 2008.

POON, L. C.; KAMETAS, N. A.; MAIZ, N.; AKOLEKAR, R.; NICOLAIDES, K. H. First-trimester prediction of hypertensive disorders in pregnancy. **Hypertension**, v. 53, n. 5, p. 812-818, 2009.

SAVVIDOU, M. D.; HINGORANI, A. D.; TSIKAS, D.; FRÖLICH, J. C.; VALLANCE, P.; NICOLAIDES, K. H. Endothelial dysfunction and raised plasma concentrations of asymmetric dimethylarginine in pregnant women who subsequently develop pre-eclampsia. **Lancet**, v. 361 p. 1511-1517, 2003.

SIBAI, B.; DEKKER, G.; KUPFERMINC, M. Pre-eclampsia. **Lancet**, v. 365, n. 9461, p. 785-99, 2005.

TAKASE, B.; GOTO, T.; HAMABE, A.; UEHATA, A.; KURODA, K.; SATOMURA, K.; OHSUZU, F. Flow-mediated dilation in brachial artery in the second half of pregnancy and prediction of preeclampsia. **Journal of Human Hypertension**, v. 17, p. 697-704, 2003.

TAKATA, M.; NAKATSUKA, M.; KUDO, T. Differential blood flow in uterine, ophthalmic, and brachial arteries of pre-eclamptic women. **Obstet Gynecol**, v. 100, n. 5 Pt 1, p. 931-9, 2002.

YOUNG, B. C.; LEVINE, R. J.; KARUMANCHI, S. A. Pathogenesis of preeclampsia. **Annu Rev Pathol**, v. 5, p. 173-92, 2010.

YU, C. K.; SMITH, G. C.; PAPAGEORGHIU, A. T.; CACHO, A. M.; NICOLAIDES, K. H. Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group. An integrated model for the prediction of preeclampsia using maternal factors and uterine artery Doppler velocimetry in unselected low-risk women. **Am J Obstet Gynecol**, v. 193, n. 2, p. 429-436, 2005.

ZEMEL, M.B.; ZEMEL, P.C.; BERRY, S.; NORMAN, G.; KOWALCZYK, C.; SOKOL, R.J.; STANDLEY, P.R.; WALSH, M.F.; SOWERS, J.R. Altered platelet calcium metabolism as an early predictor of increased peripheral vascular resistance and preeclampsia in urban black women. **N Engl J Med**, v. 323, p. 434-438, 1990.

CAPÍTULO 17

AMBIÊNCIA, INSUMOS E MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Braulio Nogueira de Oliveira

Lúcia Conde de Oliveira

INTRODUÇÃO

O referencial normativo brasileiro no campo da saúde, em especial a Política Nacional de Humanização (PNH), aborda um conceito de ambiência para além de mero espaço físico que conhecemos. Compreendemos que essa política traz uma ressignificação do local físico, que é entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais. Nesse sentido, tem como premissas viabilizar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010).

Desse modo, sua operacionalização segue prioritariamente três eixos: A confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos e que visem à integração; a viabilização da produção de sujeitos, que consiste em um local para encontro de sujeitos, por meio do qual seja possível a ação e reflexão sobre os processos de trabalho; bem como facilitar o processo de trabalho, no sentido de favorecer a otimização de recursos, o atendimento

humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010). Destacamos que esses eixos se encontram organicamente interligados; além de que são somente um parâmetro norteador, o qual podem ser agregados outros aspectos importantes, tais como a concepção de território vivo.

No que se refere à efetivação das premissas da ambiência no contexto da Atenção Primária à Saúde, não basta somente a mudança estrutural e uma postura “humanizada” por parte dos profissionais de saúde, mas também a disponibilidade adequada de insumos e medicamentos necessários para manutenção dos serviços básicos de saúde. Sabemos que tanto a ambiência, quanto os insumos e medicamentos, dependem de recursos financeiros públicos, todavia, não “disputam” espaço entre si. A ambiência – construção, ampliação e reforma de unidades de saúde – são consideradas despesas de capital; e os insumos e medicamentos, são considerados despesas de custeio (MANGUEIRA *et al.*, 2001).

É preciso destacar que o valor destinado ao setor saúde no cenário brasileiro não se destina apenas ao setor público. Paim *et al.* (2011) indicam a existência de três subsetores: (i) o subsetor público, que compreende aqueles financiados e providos pelo Estado; (ii) o subsetor privado, em que os serviços são financiados de diversas maneiras, sejam os prestadores de serviço com fins lucrativos ou não; e (iii) o subsetor de saúde suplementar, que envolve os planos privados de saúde, apólices de seguro e subsídios fiscais. Nesse contexto, os autores afirmam que o apoio estatal ao setor privado, a concentração de serviços de saúde em regiões mais desenvolvidas, bem como o “subfinanciamento

crônico” foram barreiras para implantação do SUS. Passados mais de 25 anos de sua implantação, identificamos que esses limites permanecem.

Diante disso, a ambiência das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), bem como a disponibilização de insumos e medicamentos são destoantes na pluralidade de municípios brasileiros. Especificamente em Fortaleza, Ceará, algumas mudanças vêm sendo implantadas no setor saúde, em especial a partir da atual gestão municipal (2013-2017), dentre as quais a política de Atenção Primária à Saúde é afetada. No Plano Plurianual do município, referente ao quadriênio 2014-2017, por exemplo, é prevista a criação de 25 UAPS, bem como reforma e ampliação de outras 60, que incide diretamente na despesa de capital. Além disso, a adesão ao Programa de Valorização dos Profissionais da Saúde (PROVAB) gerou uma ampliação de 238 para 300 equipes de Saúde da Família, assim como o horário de atendimento, que deixou de ser somente no horário comercial e passou a ser horário contínuo de 12 horas (7 às 19 horas) (FORTALEZA, 2014). Todo esse incremento nas UAPS e na quantidade de profissionais – embora por meio de um programa temporário/sem vínculo – impactam na saúde dos usuários e, obviamente, demandam um acompanhamento simultâneo na quantidade de insumos e medicamentos.

Diante disso, o presente capítulo visa avaliar a ambiência, bem como a disponibilização de insumos e medicamentos, e as ressonâncias disso no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde e na condição de saúde da população. Vale ressaltar que esse artigo é resultante de uma

dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e faz parte de um projeto maior, desenvolvido pelo Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) da UECE, intitulado “Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção”.

METODOLOGIA

Consiste em uma pesquisa qualitativa, avaliativa, na modalidade estudo de caso. Para isso, fundamentamos na avaliação de quarta geração, conforme a proposta de Guba e Lincoln (2011), com algumas adaptações realizadas por Wetzell (2005). Assim, a pesquisa se deu a partir dos seguintes passos metodológicos: contato com o campo, organização e condução da avaliação, identificação dos grupos de interesse, desenvolvimento construções conjuntas, ampliação das construções conjuntas, preparação da agenda para negociação e execução da negociação.

O cenário do estudo foi uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza, Ceará. Pelo caráter construtivista do método, a organização e a condução da avaliação ocorreu a partir de um processo participativo, de consultas sistemáticas aos sujeitos participantes.

Na perspectiva desse método, os participantes do estudo são denominados grupos de interesse, por serem sujeitos que podem ser afetados pelos resultados do estudo e, com isso, possuem interesse no estudo. Esse estudo foi composto por dois destes grupos: um com os trabalhadores,

o qual foi composto por nove participantes, com média de idade de 46,6 anos, com de nível de escolaridade médio e/ou superior, e que atuam, em média, há 14,9 anos na APS; e outro composto pelos gestores, composto por cinco participantes - coordenador de coordenador de UAPS, membro da Secretaria Regional IV e da SMS -, com média de idade de 45 anos, todos de nível superior, e que atuam, em média, há 14,8 anos na APS.

O desenvolvimento das construções conjuntas e sua respectiva ampliação, se deu a partir do ciclo hermenêutico-dialético, que consistiu em observação participante e entrevista.

Durante esse processo, desenvolvemos 80 horas de observação participante, com registro em diário de campo, no período compreendido entre 21 de janeiro de 2015 e 27 de março de 2015, em que ocorreram 28 visitas, que duraram em média 2h48min cada uma. Os registros foram feitos de maneira narrativa e descritiva, sendo expostas nos resultados resgatando a data em que foi registrado.

Com base no círculo hermenêutico-dialético, as entrevistas foram realizadas por grupo de interesse. Partimos de uma pergunta base para cada um dos grupos de interesse (dos trabalhadores e dos gestores) – Fale sobre a Estratégia Saúde da Família e sua função nas Redes de Atenção à Saúde no contexto de sua atuação. A partir da resposta do primeiro entrevistado, outras temáticas surgiram, as quais foram sendo desenhadas de modo diferente entre os dois grupos de interesse, evidenciando o caráter singular do método. Essas novas temáticas foram sendo incorporadas à temática inicial, de maneira que, a cada entrevista, o ro-

teiro de temas era maior e mais elaborado para a realidade do grupo. A temática da formação – objeto desse estudo –, portanto, foi incorporada no círculo hermenêutico-dialético por ser significativo para os sujeitos, e não por uma questão levantada pelo pesquisador/avaliador. Essas entrevistas ocorreram entre 11 de fevereiro de 2015 e 18 de março de 2015. Posterior as entrevistas, ocorreu um diálogo sobre os achados e busca por estabelecer consensos, no encontro também por grupo de interesse denominado encontro de negociação, que envolveu as fases de preparação da agenda para negociação e execução dela.

Para o processo de interpretação construtivista, que contou com o olhar tanto do avaliador quanto do avaliado, foi utilizado durante a construção das informações empíricas o método comparativo constante, o qual operamos na busca perene por unidades de informação e categorização. Após todo material empírico consolidado, sistematizamos a partir do modelo operacional hermenêutico-dialético, conforme proposto por Minayo (2008), bem como readaptamos o fluxograma analisador indicado por Assis e Jorge (2010). Assim, buscamos resgatar uma visão geral das informações empíricas, entrelaçando o discurso dos gestores e trabalhadores por núcleos de sentido, em que foram identificadas convergências, divergências, complementaridades e diferenças. Assim, apresentamos para este artigo duas perspectivas: uma que diz respeito a ambiência e os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde; e outra que trata da disponibilização de recursos materiais, medicamentos e insumos.

A pesquisa seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece a eticidade da pesqui-

sa em: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Procedemos, portanto, munidos do parecer favorável para sua realização pelos setores do município em estudos responsáveis pela análise dos projetos de pesquisa, bem como por um Comitê de Ética em Pesquisa em 21 de outubro de 2014, sob o número 880.192.

RESULTADOS

Ambiência e os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde

A temática da ambiência ingressou ao círculo hermenêutico-dialético principalmente pela ocorrência das reformas realizadas a partir da nova gestão municipal. O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2014-2017) aponta para investimentos significativos no campo de melhorias estruturais (FORTALEZA, 2014).

Essas ações chegaram até a UAPS Luís Albuquerque Mendes, com uma reforma acentuada do espaço físico. Em primeira análise, isso é bastante reconhecido pelos sujeitos deste estudo. Entretanto, as construções são arraigadas de reivindicações, dentre as quais destacamos, inicialmente, em relação ao tamanho da unidade de saúde, que não comporta as equipes, nem tampouco a demanda de usuários, conforme podemos observar na opinião dos trabalhadores.

Melhorou bastante, mas apesar de que essa unidade ainda é pequena para demanda que ela tem,

mas melhorou bastante. Pelo menos todas as salas estão com ar-condicionado, estão refrigeradas [...], mas é preciso aumentar, pois continua pequena, não atinge a demanda que é para ter não. Se todos os profissionais tivessem atendendo aqui ao mesmo tempo, não dava não, pela quantidade de salas que é insuficiente (Trabalhador 4, 05/03/2015, tarde).

Não há um ambiente pra reuniões, sempre tem que ser no consultório. Uma área disponível para fazer palestras, que é muito difícil. Muitos profissionais precisam esperar que outros profissionais saiam de uma sala para fazer o seu atendimento. Nunca dá para todos os profissionais ocuparem uma sala (Trabalhador 6, 11/03/2015, manhã).

Por ter vivenciado a realidade dessa mesma unidade de saúde, outrora, por meio do PET-Saúde¹ (2010-2012), nos permitimos confirmar alguns avanços destacados pelos trabalhadores, tais como a climatização das salas, maior quantidade de cadeiras para os usuários, televisão fixa e pintura. No entanto, diante desses achados e na perspectiva do

1 Uma das unidades de saúde em que o PET-Saúde/Saúde da Família da UECE operava era na UAPS, onde essa avaliação foi realizada. O primeiro autor deste artigo participou do PET-Saúde/Saúde da Família como bolsista e a segunda autora, participou como tutora, entre os anos de 2010 e 2012.

referencial normativo dessa área, compreendemos que os eixos da ambiência foram parcialmente contemplados.

A confortabilidade focada na privacidade e individualidade, como eixo presente na concepção de ambiência da Política Nacional de Humanização, confronta com diversas câmeras de segurança espalhadas pela UAPS. De acordo com a observação participante, identificamos que elas ainda não estão operando e que os vigilantes se encontram apreensivos, tendo em vista que uma diminuição da quantidade desses trabalhadores faz parte de um plano de redução de gastos da gestão, na medida em que as câmeras estejam em plena monitoração. Os discursos não apontaram para a questão das câmeras, mas sim da problemática da violência. Durante as observações, alguns trabalhadores ressaltaram que já houve assaltos no percurso entre a UAPS e o seu veículo, fato esse que pode justificar a necessidade da implantação das câmeras de segurança. Essa é uma fragilidade recorrente na realidade de Fortaleza. Os índices de violência nos chamam tanta atenção quanto os da desigualdade social.

O confronto entre os discursos e o referencial normativo se distancia quando se pensa a ambiência na perspectiva de seus outros dois eixos, que tratam da viabilização da produção de sujeitos, assim como ferramenta facilitadora de mudança do processo de trabalho. Isso se dá pela ausência, na UAPS, de espaço adequado para os encontros, que por sinal, deixaram de ser semanalmente e passaram a ser bastante pontuais. Isso é algo preocupante, tendo em vista que uma das maiores barreiras para o trabalho em equipe são as relações interpessoais e de poder. Caso a ambiência não permita a ocorrência desses espaços, essas relações podem estar comprometidas (PONTE, 2014).

Quando é necessária alguma reunião, seja para qual motivo for, o responsável pela atividade procura outro equipamento social para seu uso. Em geral, é utilizado o espaço da Igreja Católica que é vizinho a UAPS, ou alguma sala do Projeto ABC da Serrinha. Outra opção, caso o encontro não tenha tantos participantes, é utilizar uma das salas de atendimento da própria UAPS, que a partir do discurso anterior apresentado pelo Trabalhador 6, identificamos que o espaço físico não contempla sequer a demanda dos profissionais de saúde que lá trabalham.

Os trabalhadores em saúde argumentam que há necessidade de ampliar a quantidade de equipes de Saúde da Família. Alguns deles, inclusive, relatam que o ideal seria quatro outras, além das quatro já existentes. No entanto, alertam que, dentro das condições estruturas atuais da UAPS, isso não é possível, principalmente porque esses profissionais não teriam onde atender, por conta que muitas vezes acontece de a quantidade de salas não ser suficiente sequer para os profissionais que lá atuam – incluindo também equipes de residência, por exemplo. Diante disso, os trabalhadores sugerem a construção da UAPS em outro espaço, ou que o território seja subdividido em duas UAPS, tendo em vista que não há espaço para ampliação da unidade de saúde.

Outro grupo de reivindicação colocada pelos trabalhadores foi que não basta reformar e ao mesmo tempo sustentar ou retroceder a organização dos serviços de saúde para o modelo centrado na doença. Essa argumentação se faz presente transversalmente no discurso dos trabalhadores em saúde, a qual destacamos a seguir na narrativa do Trabalhador 9; por outro lado, os gestores não apontam

para essa direção. Isso evidencia o caráter desse método avaliativo, em que de fato, os grupos defendem seus interesses e possuem pontos de vista.

O posto está lindo, mas não está funcional, não está sendo operacional, ou seja, de modo que as atividades a serem desenvolvidas verdadeiramente aconteçam, estejam acontecendo como tem que ser, propaganda linda, posto lindo, mas não condiz com a realidade, conforme a necessidade dos usuários (Trabalhador 9).

Conforme podemos observar, alguns trabalhadores fazem uma associação entre a reforma realizada e a questão do *marketing* político. Ao mesmo tempo em que reconhecem os aspectos positivos advindos da reforma realizada, alertam que, apesar da UAPS estar visualmente bem equipada, isso não se manifesta no sentido de contemplar as necessidades de saúde dos usuários.

Desse modo, a crítica incide muito mais no modelo de atenção à saúde, que propriamente na ambiência. É possível identificar no estudo de Ponte (2014), que também teve como cenário o município de Fortaleza, que alguns usuários referem que a reforma estrutural não é suficiente para atender toda a população, que demanda mais recursos humanos, materiais de insumos e agilidade no agendamento de consultas a especialistas (PONTE, 2014). Portanto,

essas são questões realmente recorrentes que indicam um distanciamento entre o conceito ampliado de ambiência e as mudanças realizadas no contexto da UAPS estudada.

Disponibilização de recursos materiais, medicamentos e insumos

No que se refere à disponibilização de medicamentos e insumos, encontramos um consenso entre os dois grupos de interesse em relação ao que vem sendo chamado de “desabastecimento” das unidades de saúde. Durante a vivência de observação participante pudemos comprovar que, por diversas vezes, os usuários se dirigiam até a farmácia da UAPS em busca de medicamentos e muitos deles estavam em falta. Isso tem impactado diretamente sobre o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, em especial, daqueles mais vulneráveis, que não dispõem de recursos financeiros para acessar esses medicamentos em uma farmácia privada ou até mesmo em uma farmácia popular.

Os trabalhadores se mostram amplamente revoltados com essa questão. Se por um lado os profissionais não dispõem do principal recurso do modelo de atenção curativista o qual dizem estar submetidos – o medicamento – por outro, alguns serviços nem sequer são ofertados pela ausência de insumos, como, por exemplo, a prevenção do câncer de colo uterino. Portanto, não se trata da não oferta de serviços especializados, mas sim de serviços básicos. Nesse contexto, conforme podemos observar no discurso dos trabalhadores e nos registros em diário de campo a seguir, nem mesmo

uma APS seletiva, baseada na oferta de pacotes básicos de serviços de saúde, tem sido realizada, visto que muitos dos serviços básicos não estavam sendo desenvolvidos.

[Tema da disponibilidade de recursos materiais provoca risos] A gente está vivendo dificuldades com problema de falta de material, na verdade é isso. Tem muito serviço aí parado, prevenção está parado por falta de material [...] então isso aí é bem complicado, está faltando mesmo e está comprometendo o serviço (Trabalhador 4).

Uma senhora chegou em busca de realizar exame de sangue. Foi informada que não está sendo realizado e que não há previsão para ser feito (Diário de campo, 18/02/2015).

Uma mulher pergunta se pode marcar o exame de prevenção. A atendente informa que não está havendo marcação (Diário de campo, 19/02/2015).

Embora a observação participante tenha evidenciado que situação na UAPS Luis Albuquerque Mendes tenha se “agravado” a partir de alguns meses atrás, conforme as

informações empíricas, Gondim *et al.* (2011), em pesquisa realizada em 2009, no contexto de uma região de saúde de Fortaleza, aponta que a estrutura e a disponibilização de medicamentos já era insuficiente. Em análise da assistência farmacêutica no Ceará, com ênfase em Fortaleza, Quintino, Silva e Ávila (2012) apontam a existência de alguns entraves, onde destacam a carência de farmacêuticos, bem como o despreparo profissional no campo da Atenção Primária à Saúde.

Em uma dimensão macropolítica, podemos argumentar que a reforma neoliberal iniciada na década de 1990, centrada em um modelo gerencialista e na desresponsabilização do Estado em relação à parcela significativa dos direitos sociais conquistados. Especialmente, capilarizou no seio da sociedade brasileira diversas estratégias de privatização como as Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), cooperativas e outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho, que impactam fortemente na prestação de serviços do sistema de saúde público. Isso, por um lado fez com que a Reforma Sanitária contemplasse apenas parte dos seus objetivos e, ao mesmo tempo, a manteve viva, com agenda ainda inacabada (PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Há uma insuficiência nas modalidades de gestão atual, principalmente no que se refere às OS e às OSCIP. As OS surgiram na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso e tem como característica ser um ente privado – não integra a administração pública indireta –, sem fins lucrativos, criado com objetivo de operacionalizar serviços públicos de cunho social, a partir do controle e o apoio financeiro

público. Com isso, diversas críticas são elencadas, onde a questão primordial gira em torno de ser uma modalidade de gestão que não integra a administração pública, mas que executa serviços públicos, com recursos, pessoal e bens públicos. Já as OSCIP, embora também sejam entidades privadas, sem fins lucrativos, devem atuar em cooperação com o poder público, e nunca em substituição a ele na realização de serviços públicos de cunho social. Não se configura, portanto, como um modelo para a gestão do sistema ou de serviços públicos de saúde (PINTO *et al.*, 2014).

No cenário de Fortaleza, o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), criado no município de Fortaleza, em 11 de julho de 2002, foi a primeira instituição a ser qualificada como OS. Com a experiência de gestão em alguns hospitais públicos, tais como o Hospital Dr. Walde-
mar Alcântara e o Hospital Regional do Cariri, o ISGH, em 2013, passou a gerir, dentre outras instituiu no município de Fortaleza, em 11 de julho de 2002, foi a primeira (ISGH, 2016). Assim, identificamos que o ISGH passou a operar efetivamente na APS de Fortaleza a partir da nova gestão municipal (2013-2017).

Essa conjuntura faz com que não haja financiamento adequado para o sistema público de saúde, além de repercutir fortemente na ausência de medicamentos e insumos básicos. De acordo com as informações empíricas e teóricas aqui emergentes, podemos afirmar que prejudica-se com isso tanto os usuários com condições agudas, pois falta o material básico para contemplar as condutas tomadas pelos profissionais de saúde; quanto aqueles com condições crônicas, tendo em vista que alguns procedimentos básicos

como a prevenção do câncer de colo uterino deixaram de acontecer, assim como a ausência de diversos medicamentos também essenciais; e os trabalhadores com ideário sanitário, que encontram na revolta um disparador de ocupação dos espaços de reivindicação, ou desanimam.

Diante disso, emerge uma questão importante: Que estratégias os profissionais de saúde eticamente implicados estão adotando para lidar com essa situação? Os resultados apontam que muitos deles estão comprando os próprios insumos. Com isso, quesitos básicos da unidade de saúde, como, por exemplo, papel toalha, gaze e luva, já foram levados pelos próprios trabalhadores, tendo em vista que a ausência desses materiais, inviabilizaria ou comprometeria seu próprio trabalho. No entanto, como podemos observar no discurso dos trabalhadores a seguir, alguns já não estão mais realizando essa compra com recursos próprios, tendo em vista que isso acaba comprometendo sua renda e não parece ser algo eventual. Segundo eles, a situação começou a se agravar em dezembro de 2014 e é a mesma para toda a cidade de Fortaleza, portanto, sem prazo para ser resolvido.

É péssima, não tem não. Pelo menos no meu trabalho, agente de saúde, é a gente que tem que comprar, não tem não. É fornecido nada! (...). Pelo posto geralmente falta algodão, falta gaze, geralmente falta álcool, falta até soro. Então é uma fatura, “farta” tudo. Que é coisa básica (Trabalhador 3, 03/03/2015, manhã).

Então, é uma coisa que a gente vem aí há alguns meses sem material né, então, eu mesma como profissional vendo a questão dos pacientes já trago uma quarta caixa de luva, já venho com o segundo pacote de gazes, já venho trazendo papel de toalha de consultório de outros locais para poder suprir, só que chega um ponto que a gente não pode mais estar fazendo isso porque você se compromete (Encontro de negociação, trabalhadores).

Embora seja algo peculiar a iniciativa desses profissionais, por terem comprado alguns insumos com recursos próprios, os usuários do SUS não podem ficar dependentes dessas atitudes. Até mesmo porque o que os profissionais acreditavam ser algo ocasional, passou a ser contínuo. Por conta disso, eles tomaram a decisão de não realizar mais essa aquisição, a qual, inclusive, nem ocasionalmente é de competência deles. Por conta disso, alguns outros serviços culminaram com sua suspensão durante esse tempo, como por exemplo, alguns procedimentos de saúde bucal como referido no encontro de negociação.

Quanto à questão dos medicamentos, os registros em diário de campo indicam a presença de muitos usuários sem ter acesso a alguns deles. Situação essa que era agravada pelo fato dos trabalhadores não terem nenhuma previsão quanto à sua chegada, ou se sabiam, não poderiam se com-

prometer com a comunidade e essa data não ser cumprida, até porque, se chegaria no dia previsto ou não, fugia das competências deles.

No que se refere à disponibilização de medicamentos pelo sistema de saúde brasileiro, temos um avanço em relação a outros países que não possuem sistema universal, todavia, encontra-se bem distante de muitos outros. Essa problemática inclusive está entre as principais causas para uma insatisfação no trabalho dos profissionais da APS, isso porque fragiliza a resolutividade da atenção (OLIVARES; BONITO; SILVA, 2015).

Fortaleza, assim como outros municípios brasileiros, lida com a questão da ausência frequente de medicamentos básicos, como é o caso para hipertensão e diabetes (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006). Essa problemática se agravou na gestão atual. Assim como indicam os discursos a seguir, assim como o registro em diário de campo, essa falta repercute diretamente nas redes de atenção, tendo em vista que a consequência óbvia de alguém que precisa rotineiramente de determinado medicamento e não tem acesso, é realmente uma situação de agudização de sua condição crônica e busca por atendimento em outros pontos de atenção.

É, com a falta de medicamentos, alguns pacientes com doenças crônicas, perdem o controle, não encontram medicamento, tem dificuldade de locomoção, de estar sempre vindo ao posto para ver se chega o medicamento. Então, com essa possibilidade aumenta

a demanda espontânea, no posto, conseqüentemente, aumenta a demanda espontânea, em hospitais, nas emergências (Trabalhador 6, 11/03/2015, manhã).

Aqui no posto falta tudo, desde dezembro que não tem material para curativo. Falta remédio, remédio básico: metformina, cálcio, omeprazol, em relação aos materiais, ficou foi pior. Falta tudo. Uma porcaria, sinceramente (Trabalhador 2, 12/02/2015, manhã).

Do ponto de vista das condições de saúde, o Trabalhador 6 traz uma informação importante que é o usuário com uma condição crônica que não seja devidamente cuidada, culmina com uma agudização dessa situação, decorrente de complicações. Com isso, para que a agudização das condições crônicas seja minimizada, é importante que sejam desenvolvidas ações de melhorias da atenção programada às condições crônicas, de maneira que se tenha uma APS resolutiva e, desse modo, interrompendo a necessidade de encaminhamentos evitáveis (MENDES, 2011).

Dessa maneira, além da organização da agenda de serviços estar inclinada às condições agudas, na concepção dos trabalhadores, a ausência de medicamentos básicos dificulta ainda mais o cuidado aos usuários com condições crônicas. Com isso, os usuários precisam recorrer com maior frequência aos serviços de demanda espontânea, da UAPS,

ou até mesmo a outros pontos de atenção, o que contribuiu para o cenário de superlotação dos hospitais. É preciso uma APS robusta, inclusive no que concerne a disponibilização de medicamentos e insumos, para que o sistema de saúde possa dar resposta às necessidades de saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa enfatizou os aspectos da UAPS estudada no que se refere à ambiência e à disponibilização de recursos materiais, insumos e medicamentos com esforços de contextualizar as ressonâncias no processo de trabalho e na condição de saúde da população.

No que se refere à ambiência, há consenso em relação ao avanço proporcionado pela reforma realizada na unidade de saúde. Todavia, os trabalhadores indicam que não existe local adequado para realizar encontros e reuniões, nem tampouco caso a gestão resolvesse inserir mais equipes de Saúde da Família naquele cenário. Desse modo, argumentamos que a arquitetura atual contraria a PNH, por não permitir a ação e reflexão sobre os processos de trabalho na própria unidade de saúde, sendo utilizados outros equipamentos sociais para realização desses encontros.

Com relação à disponibilização de insumos e medicamentos, identificamos que a ausência no contexto de todas as UAPS de Fortaleza se agravou nos últimos. Destacamos que, além da ausência de insumos fez com que diversos serviços básicos parassem (temporariamente) de ser ofertados, tais como o exame de prevenção primária do colo uterino, também deixaram de ser disponibilizados medicamentos bá-

sicos, como por exemplo a metformina, cálcio e omeprazol. Isso traz fortes repercussões nos outros pontos de atenção da rede, pois potencializa a agudização das condições crônicas.

Devido à ausência de insumos e medicamentos, a atuação passou a ser também restrita, pois alguns materiais básicos estão ausentes, os quais comprometem ou até mesmo tornam inexistentes alguns procedimentos básicos a serem realizados nas unidades de saúde, tais como a realização de curativos. Esse fato, faz com que alguns profissionais não vejam sentido em ampliar o horário de atendimento, sem que possam ofertar esses procedimentos básicos.

Diante dos achados, recomendamos que, pela demanda da UAPS Luiz Albuquerque Mendes, seja avaliada a possibilidade de construção de outra sede em local maior, ou que se tenha duas unidades de saúde para aquele território. Isso porque a quantidade de equipes ali existentes não condiz com a área de abrangência correspondente, além da impossibilidade de incorporar outras equipes, e da realização de encontros entre esses trabalhadores, justamente pela falta de espaços.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. p. 139-59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. **Plano Plurianual 2014-2017**, 2014a, 382 p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce>> Acesso em: 19 nov. 2014.

GONDIM, A. P. S. *et al.* Análise estrutural da atenção pré-natal e do serviço de farmácia em uma região do município de Fortaleza/CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 296-305, 2012.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Tradução Beth Onorato. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

ISGH. Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. **Histórico**. 2016. Acesso em 04/04/2016. Disponível em: <http://www.isgh.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=77&Itemid=475>. Acesso em: 19 nov. 2014.

MANGUEIRA, J. A. B. *et al.* **Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS, repassados fundo a fundo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Acesso em: 03 abr. 2016. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/orientacoes_sobre_aplicacao_de_recursos_financeiros_sus.pdf>. Acesso em: 03 maio 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

OLIVARES, A.; BONITO, J.; SILVA, R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (Brasil). **Psic, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 1, mar. 2015 .

PAIM, J. S. *et al.* Saúde no Brasil: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet (Série Brasil)**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, mai. 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc Saúde coletiva [on-line]**, Rio de Janeiro, v. 12, n. supl, p. 1819-1829, 2007.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

PINTO, I. C. M. *et al.* Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-243.

PONTE, D. C. F. **Política de humanização na Estratégia Saúde da Família**: Caso de uma unidade de saúde no município de Fortaleza/CE. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – PPGSC/UECE, Fortaleza, 2014.

QUINTINO, L. V. O.; SILVA; B. Y. C.; ÁVILA, M. M. M Acesso ao Medicamento: uma condição essencial da garantia do direito à saúde. In: OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M.; MAIA, L. F. R. B. (Orgs). **Organização dos serviços de saúde do Ceará**: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza/CE: Ed. UECE, 2012, p. 155-168.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental**: a construção de um processo participativo. São Paulo. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo; 2005.

CAPÍTULO 18

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, FORTALEZA/CE

Débora Cardoso Ferreira da Ponte

Erasmio Miessa Ruiz

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega no seu cerne os princípios e diretrizes daquilo que poderia ser a grande política de humanização da assistência à saúde no país, garantindo acesso universal, gratuito e integral, retirando o caráter de mendicância e transformando a saúde em direito (RIZZOTO, 2002).

Humanização é uma expressão de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Inserida no contexto da saúde, a humanização, muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Dicionários da língua portuguesa definem a palavra humanizar como: tornar humano, civilizar, dar condição humana. Portanto, é possível dizer que humanização é um processo que se encontra em constante transformação e que sofre influências do contexto em

que ocorre, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem (SIMÕES *et al.*, 2007).

Em 2000, foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propôs mudanças nos padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar. Em 2003, com a nova gestão do Ministério da Saúde, foi iniciada uma proposta que expandisse a humanização para além do ambiente hospitalar; a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS ou Humaniza/SUS (ONOCKO CAMPOS, 2003; PESSINI *et al.*, 2003).

A PNH se propõe a melhorar a qualidade da resposta assistencial e gerencial de todo o sistema de saúde e que configura projeto em construção, entendendo a humanização como uma transformação cultural. A política preza pela indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, justamente na perspectiva de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil na atenção primária, surge a Estratégia Saúde da Família. A ESF vem ganhando espaço e relevância em todo o Brasil por priorizar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, sendo um pilar essencial na construção desse novo modelo de atenção à saúde é a humanização (SIMÕES *et al.*, 2007).

Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da importância do diálogo (TEIXEIRA, 2005).

Ante tantas expectativas, tem-se o confronto com as práticas, pois quando se analisa o atendimento aos usuários nos estabelecimentos de saúde, percebe-se a ausência de interação entre os sujeitos envolvidos, constituindo em um encontro frio, tecnicista, excessivamente objetivo, centrada em procedimentos, orientado pelo paradigma biologicista, no qual as pessoas são tomadas por objetos, por um diagnóstico de doença, por um histórico de queixas, entre outras condições que as dessingularizam (CECCIM; MERHY, 2009).

Destarte, o foco deste estudo consistiu em apreender a percepção dos trabalhadores em saúde sobre a implementação da Política de Humanização na Estratégia de Saúde da Família em uma unidade de saúde no município de Fortaleza, Ceará.

O presente estudo se justifica pela necessidade de trabalhos brasileiros que almejem aprofundar a percepção dos atores nas práticas em saúde envolvidos, tendo como premissa o imperativo da qualificação do encontro e da alteridade na clínica.

Humanização na saúde

Humanização é o termo utilizado para descrever a aquisição ou assimilação de características humanas positivas por uma pessoa ou grupo de pessoas. Humanizar, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (RIOS, 2009).

Para Goulart e Chiari (2010), humanizar é parte de um processo baseado em atitudes simples como ouvir, contar, trocar experiências e comparar histórias, possibilitando assim identificação e reciprocidades de vidas, permitindo o reconhecimento de possíveis imperfeições como também, possibilidades ilimitadas de fazer de novo.

Segundo Deslandes (2004), a humanização na saúde seria estabelecida através do compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contra faticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum; contrapondo assim os efeitos desumanizantes e fragilmente éticos que as práticas modernas de saúde assumem.

A desumanização existente nos serviços de saúde é um produto humano, ainda quando resulte de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores (ONOCKO CAMPOS, 2004). Assim, mesmo com a conquista de se obter um Sistema Único de Saúde, a baixa responsabilização e descontinuidade nos tratamentos, resultando na baixa qualidade das relações clínicas (refletida no descaso, no descuido, no cuidado burocrático e indiferente a que é submetido um vasto contingente de brasileiros) são ainda aspectos que refletem a “falta” de humanização (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Desse modo, a humanização do corpo, na saúde, surge pelo confronto ao modelo hegemônico com suas reificações na clínica nas quais o outro indivíduo é só um caso a ser enfrentado por tecnologias duras ou leve-duras, presentes na soberania dos sistemas profissionais sobre as práticas, na

disciplinarização que legitima as condutas do tipo diagnóstico-prescrição ou na disseminação de mecanismos, quem em nome da longevidade dos indivíduos, estacam a sua produção de singularidade (CECCIM; MERHY, 2009).

Política Nacional de Humanização

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social” foi explícito, ainda que timidamente, o tema da humanização na saúde. Ainda no ano 2000, foi lançado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, este mais voltado para práticas humanizadas no âmbito hospitalar, com a justificativa de que a fragilidade em que o indivíduo se encontra no momento da hospitalização pode ser agravada pela falta de humanização da assistência (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006; SOUZA; MENDES, 2009).

Outros programas também foram lançados no ano 2000 como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e o Método Canguru. No ano seguinte, lançou-se ainda o Programa de Acreditação Hospitalar. Vários outros programas e iniciativas se seguiram, relacionados, ainda que parcialmente, à humanização da atenção à saúde na construção do SUS (SOUZA; MENDES, 2009). Porém, tais iniciativas eram pontuais e isoladas, além de serem estruturadas a partir de concepções institucionais variadas e de intenções e enfoques peculiares, que foram concebidas pelas necessidades específicas de cada serviço em particular.

Em 2002, na 13ª Conferência Nacional de Saúde foi discutida realmente a humanização na saúde. Naquela oportunidade, foram retomadas as recomendações da Carta de Ottawa referentes à organização dos serviços, incluindo o conceito de ambiência com intuito de contribuir no atendimento humanizado nos serviços de saúde (CZERESNIA, 2003).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida também como HUMANIZASUS, pelo Ministério da Saúde e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde (SANTOS FILHO *et al.*, 2009). A PNH nasce com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão da saúde no Brasil, por meio do fortalecimento da humanização como política transversal na rede, afirmando a indissociabilidade do modelo de atenção e de gestão (BRASIL, 2010a).

A PNH vem redirecionar todos os projetos e atividades propostas voltadas para esse intuito, pois as experiências anteriores evidenciavam o caráter fragmentado e separado, notando-se pouca horizontalidade entre elas, bem como grande verticalidade com relação ao Ministério da Saúde e SUS. A PNH, ao contrário dessas primeiras iniciativas, não se trata apenas de um programa, mas uma política para se reinventar modos de gerir e de cuidar (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A proposta sustenta-se nas proposições do SUS de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado, em que se lida com a defesa da vida por meio do direito à saúde. A Política Nacional de Humanização é tanto

um atributo substantivo, no que diz respeito às formas de qualificação dos sistemas de saúde, como capacitações, treinamentos e modificação na forma de atenção à saúde, quanto uma questão epistemológica, envolvida na produção de conhecimento sobre as formas, cuidados e atenção à vida. O conceito de humanização é entendido, pela Política Nacional, como o “aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho”, e fundamenta-se “na troca e construção de saberes, no diálogo entre profissionais, no trabalho em equipe, na consideração às necessidades, nos desejos e interesses dos diferentes atores do campo” (BERNARDES, 2007).

Assim, com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde (MS) espera consolidar quatro marcas específicas: redução das filas e tempo de espera; conhecimento, por parte dos usuários, dos profissionais que cuidam de sua saúde; garantia de informações ao usuário por parte das unidades de saúde e gestão participativa das unidades de saúde aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores (SIMÕES *et al.*, 2007).

As principais prioridades da PNH são: construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede o SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de

saúde e de sujeitos; valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, orientação sexual e às populações específicas (BRASIL, 2010a).

Para que tais mudanças se efetivem, surge a necessidade de estender a discussão especificamente para o nível da Atenção Primária, foco deste trabalho, considerando sua potencialidade neste processo de humanização.

A Atenção Primária tem sido incluída na PNH como espaço de reflexão e de ação estratégica, uma vez que constitui espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública. A atenção básica no Brasil utiliza a Estratégia Saúde da Família como tática para reorganizar e ampliar o sistema de saúde melhorando sua efetividade desde 1994. Para que isso se cumpra, a ação de equipes de saúde da família em um território com uma população referida deveria ser capaz tanto de enfrentar necessidades de saúde expressas na forma de demandas aos serviços, induzindo gradualmente um sentido organizativo no fluxo assistencial; como deveria produzir interferências nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, alterando-os, modificando as cadeias produtivas das doenças e dos agravos (BRASIL, 2010b).

METODOLOGIA

O estudo caracterizou-se como estudo de caso. Denis e Champagne (1997) e Yin (2001) relatam que os estudos de caso constituem estratégias úteis de pesquisa qualitativa

quando está em foco a análise de políticas, programas ou projetos. Um estudo de caso justifica-se na investigação empírica de um fenômeno que pode dificilmente ser dissociado de seu contexto e, também, quando se torna difícil diferenciar efeitos da intervenção propriamente dita das características do meio, revelando *nuances* difíceis de serem interpretadas isoladamente. Trabalha-se, deliberadamente, com um número pequeno de unidades de análise, de tal forma que a “potência explicativa” do estudo decorre mais da profundidade da análise, e não do número de unidades observadas, o que favorece uma visão holística sobre os acontecimentos.

Na primeira fase do trabalho foi realizada pesquisa na literatura relativa ao tema, que compôs o arcabouço teórico conceitual e definiu os contornos do objeto. Em seguida, foi dado entrada em um processo na Secretaria Municipal de Saúde para que ocorresse a anuência com conseqüente permissão do desenvolvimento da pesquisa junto ao serviço de saúde. Em paralelo, o projeto de pesquisa foi encaminhado por meio da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará obedecendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa, envolvendo seres humanos aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado em 29 de abril de 2014, sob o registro 630.911

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas incluindo os profissionais de saúde que se encontram em exercício na Estratégia Saúde da Família na unidade de saúde em tela desde a implantação da Política Municipal de Humanização (2005-2006). Com relação aos critérios de exclusão, delimitou-se excluir aqueles que estivessem de

férias ou de licença durante o período da coleta das informações desta pesquisa, que ocorreu nos meses de julho e agosto de 2014.

Para a interpretação das entrevistas, o estudo apoiou-se na técnica de Análise do Discurso, que, segundo ORLANDI (1999, p.15) procura “compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados cinco profissionais de saúde que possuíam entre 35 e 42 anos; todas do sexo feminino, sendo duas com nível superior e servidoras públicas municipais (uma enfermeira, mestre em Educação à Saúde e uma dentista, especialista em Saúde da Família); e três com nível médio (uma agente comunitário de saúde, um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal), mas apenas o agente de saúde possui vínculo como estatutário, as demais são terceirizadas. Todos estão atuando na Estratégia Saúde da Família da unidade de saúde Frei Tito de Alencar desde 2006.

Significando a humanização na saúde

O termo humanização é polissêmico e tanto mais o é quando empregado em contextos como os de serviços em saúde. Deslandes (2004), Benevides e Passos (2005), Ayres (2005), e Pedroso e Vieira (2009) afirmam que humanização em saúde ocorre pelo fortalecimento dos coletivos, sujeitos

que compartilham o saber, poder e experiência vivida, a fim de promover mudanças nos modelos de atenção e gestão.

Percebe-se que a maioria dos entrevistados possui um entendimento limitado do espectro do tema, isso constitui uma das dificuldades de se trabalhar com a noção de humanização, uma vez que no senso comum a visão de humanização está quase sempre ligada ao tratar bem o paciente. Como podemos ver nos relatos: “Humanização na saúde é quando a pessoa chega, o paciente chega na unidade que é bem atendido, que ele consegue sair satisfeito com o que ele veio a procurar, né, caso de medicamento, de consulta, atendimento em si” (P 3). E ainda, “Humanização? Humanização, para mim, seria você atender bem a pessoa, a pessoa chegar e ser informada, a pessoa perguntar assim: aonde é o curativo, aí eu, urgentemente, levar até a sala do curativo” (P 4).

Todos os profissionais do nível superior e um do nível médio alegaram já ter participado de capacitações sobre humanização, apesar de não lembrarem o ano que realizaram e nem a carga horária que fora proposto na época. Entretanto, quando indagados se conheciam a Política Nacional de Humanização e suas propostas, tivemos como respostas: 1 profissional afirmou ser conhecedor, 2 profissionais afirmaram não conhecer a Política e 1 profissional conhecia a Política superficialmente.

Ambiência: necessidade de corpo e alma

No que se refere à ambiência, ela se constitui na estrutura física, entorno profissional e de relações interpessoais, que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado

para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, como, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, a decoração (BRASIL, 2006). Na unidade observada, ocorreu reforma e melhorias em seu espaço físico no ano de 2013. Essa ação da gestão municipal é reconhecida e apontada como uma grande melhoria para a Atenção Primária.

A gente tem que dá esse ponto positivo para a gestão, ela realmente melhorou a ambiência que é um dos aspectos da PNH, a partir do momento que o paciente se sente bem, que tem uma sensação de agradabilidade de estar naquele local, isso favorece o processo do cuidado, do cuidado na saúde, assim também como um ambiente mais agitado vai proporcionar estados de agressividade. A ambiência realmente melhorou, nós temos salas climatizadas que não tínhamos antes, sistema informatizado, hoje nós temos mais funcionários que ajudam na condução (...) (P 2)

Um aspecto muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da

atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores (BRASIL, 2010a). A interação entre os trabalhadores e a gestão local é bem avaliada: “O relacionamento é muito aberto entre todos, aqui vamos dizer é uma família, a gente se trata todo mundo bem, na minha opinião, não sei na dos outros, mas desde do vigia, até a coordenação” (P 4). Outro profissional relata ainda “Aqui é família, mas existem os atritos, como toda família, mas eu gosto porque fazemos reuniões, aniversários. É uma família unida”(P 1).

Em relação ao trabalho em equipe, Carvalho (2012) afirma que uma das maiores barreiras é a relação interpessoal, a relação de poder e as distintas concepções do que seja trabalhar em equipe. O que demonstra a importância da dimensão do trabalho enquanto interação social no campo da saúde.

Outro ponto positivo citado juntamente com as reformas foi a readequação da carga horária dos profissionais da ESF que estabelece 32 horas para atuação na assistência e 8 horas para processos de educação permanente, representou um ganho para os profissionais, pois se garantiu um espaço nas agendas para se estimular a qualificação com a estipulação de uma carga horária específica.

Gestão compartilhada

As transformações no cotidiano do serviço devem emergir a partir da gestão participativa que seria incluir novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de dife-

renças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010a).

Uma gestão participativa opera no sentido de conquista de espaços coletivos em que ocorrem a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde (CEARÁ, 2004).

Mas o que se pode ver é que a participação na gestão dos serviços feita de modo compartilhado não é uma realidade. Ocorre uma verticalização das decisões, que já chegam formatadas para a unidade de saúde realizar, ou quando são deliberadas no próprio estabelecimento são feitas, muitas vezes, isoladamente por setor e sem a participação de todos os profissionais e da comunidade. Pode-se ter essa percepção quando os profissionais relatam que: “Não tem participação não, já vem da Secretaria de Saúde o que a gente tem que fazer. Já vem você vai fazer isso, isso e isso, aí vem e você já tem que executar” (P 3). E ainda, “Não, não[ocorre]...na odontologia a gente faz os processos isolados lá dentro sem os outros profissionais, e com a comunidade também não” (P 5).

Pode-se perceber que os trabalhadores, enquanto sujeitos corresponsáveis pelas transformações de suas condições de trabalho, pela qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde, ainda são figuras pouco visualizadas na realidade objetiva. Ainda se tem um longo caminho pela frente até que aconteça a cogestão, uma gestão compartilhada dos serviços de saúde. Esse cenário é oriundo do

contexto cultural brasileiro, que é marcado pelo autoritarismo ainda persistente. Isso produz, entre outras coisas, uma cultura de sujeição imbricada em diversas demonstrações de passividade (FERREIRA; ARAÚJO, 2014).

Acolhimento: principal dispositivo da política de humanização

O acolhimento constitui um marco referencial de grande relevância para a PNH. Busca-se o ideal de identificação e satisfação das necessidades do usuário, para construir um encaminhamento eficaz, tendo como produto final a qualificação da relação trabalhador/usuário. “Sujeitos são desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito. Eles inventam o mundo se inventando. Aqui, o mundo do trabalho é criação e uso de si, mas também é luta e resistência ao trabalhar em si” (SANTOS FILHO *apud* SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012, p. 2).

Foi instituída há um(1) ano uma mudança na organização das agendas dos profissionais, que devem ter turnos específicos em salas exclusivas, organizados por escala, para atender às demandas espontâneas que procuram a unidade de saúde baseado na classificação de risco. A escala, para os eventos agudos, é organizada da seguinte maneira: fica uma equipe responsável pelo acolhimento naquele período que irá receber as demandas que chegarem com queixa na unidade de saúde, independente da área de abrangência, para ser feito um prontoatendimento naquele momento, passando primeiro pela enfermeira e se necessitar depois pelo médico escalado.

Os profissionais sentiram que os processos que eram desenvolvidos há anos foram subestimados e desconsiderados. Muitos alegam que a Estratégia Saúde da Família está desvirtuada. Essa medida não foi muito bem aceita pelos profissionais, uma vez que eles alegam que essa nova gestão possui caráter autoritário e não possui diálogo aberto junto aos profissionais que já atuam nos serviços de saúde.

(...) as pessoas da Secretaria de Saúde, bem os altos né, deviam ter mais compreensão com nós que trabalhamos no posto, porque eles não fazem tanto caso da gente não, a gente para eles é desca-so, eles só mandam e a gente tem que executar e pronto, seria bem melhor se eles pudessem ouvir a gente também, não só a gente ouvir eles. (P 4)

Entendeu-se que a forma como vem acontecendo o acolhimento, acarreta sobrecarga e conseqüente insatisfação, fato que as equipes de saúde assumem no seu cotidiano. Os profissionais afirmam que o que estão instituindo por acolhimento nas unidades básicas de saúde, não atendem às necessidades da atenção primária; pois a classificação de risco tomada como base é para serviços de urgência, além de não estarem considerando as vulnerabilidades. Os discursos apontam a necessidade de uma reestruturação das práticas:

(...) atualmente, eu acho que a gestão que está um pouco confusa, o que é realmente a função do acolhimento, eu acho que eles estão dando nome de acolhimento, ao que não tem atribuições e nem as qualidades que o acolhimento tem, onde eu não tenho como acolher uma comunidade, porque ele vem também de você conhecer as vulnerabilidades do seu paciente, não só os riscos, para eu conhecer isso, eu tenho que ter o conhecimento da minha clientela, (...) não como um acolhimento em nível hospitalar, e foi o que aconteceu com a gestão essa confusão com o acolhimento hospitalar, quando eu falo em acolhimento hospitalar eu avalio os riscos em detrimento as vulnerabilidades (...) (P2)

Quando o processo de trabalho é construído pautado na lógica procedimental, centrado na consulta médica, existirá filas intermináveis, além das necessidades reais dos indivíduos ficarem ocultas (SILVA, PONTES, SILVEIRA, 2012). Na medida em que profissionais e serviços fecham os olhos para essas questões, o acolhimento terá o direcionamento apenas para as ações terapêuticas executadas de forma pontual e limitada.

Mais humanização, por favor!

O grande desafio para todos a ser enfrentado, trabalhadores, gestores e usuários, é na efetivação do SUS para além do que está na constituição; transpor os princípios que estão aprovados em lei e, realmente, aprimorar os modos de operar a atenção e gestão (NEVES, ROLLO, 2006).

Tem-se, assim, o compromisso de repensar novos caminhos capazes de modificar os sujeitos provocando-os para que viabilizem mudanças concretas no sistema público de saúde. Nessa reestruturação do trabalho em saúde, as práticas de saúde precisarão ter apreciados os seus aspectos até então renunciados dentro das instituições de saúde, que seriam: as diferenças, as relações, a afetividade, a vontade, a produção desejanete, o implicamento, a criatividade, a responsabilização, entre outros.

A humanização da atenção abrangeria aquelas iniciativas que apontam para a democratização das relações entre os sujeitos, um maior diálogo, primando pela melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente e, por fim, reconhecendo os direitos do usuário e sua subjetividade (TEIXEIRA, 2005).

Como último tema das entrevistas foi aberto para que os sujeitos, na sua visão, explanassem o que necessitaria para que o serviço de saúde fosse humanizado, reconhecendo suas lacunas. O que foi mais citado pelos trabalhadores foi (re)organização dos processos de trabalho, com criação de protocolos, e capacitações/sensibilizações.

Reestruturação do serviço tem que ter novamente ter o resgaste da política, mas não de boca as-

sim: não faço triagem, faço acolhimento, eu acho de essência de postura, mas para que tudo isso ocorra tem que ter um posicionamento de gestão municipal de visualizar onde estão as falhas e para que isso aconteça tem que descer na ponta, então eu acho que a palavra é reorganização do processo de trabalho, sensibilização dos profissionais e ordenamento de prioridades. Outra coisa que seria muito importante seria a criação de protocolos, protocolos de vulnerabilidades, não de risco, isso a gente já sabe, para isso já existe os manuais as diretrizes que já direcionam, mas o protocolo de cruzamento de vulnerabilidade com o risco, isso realmente ser criado em Fortaleza, porque isso não existe, a gente ter que criar isso, acho que isso está faltando (...) (P 2)

Outro ponto bem enfatizado por parte dos profissionais foi a relação entre servidores das unidades e gestão. Alega-se ausência de diálogo entre a assistência e a gestão:

(...) visão mais aberta por parte de todo mundo ponta(?), gestão de que as coisas precisam mudar e que todo mundo precisa conver-

sar para que o processo cresça, e que todo mundo está em prol do mesmo ideal, só que atualmente e que as pessoas estão em campos opostos, aí como vou humanizar o processo, quando eu me sinto acolhido, eu acolho, então eu acho que tem que passar por isso. (P 2)

Eu acho que nós [profissionais] estamos precisando ser humanizado para depois humanizar as pessoas, tem que ser para depois repassar, a gente não é muito bem acolhido não [pela gestão], então quando a pessoa não está satisfeita obviamente a pessoa não vai receber as pessoas bem. (P 3)

Cita-se também a precarização do vínculo de trabalho do pessoal auxiliar, os que prejudicam diretamente a humanização da atenção:

(...) muita gente tercerizada, aí o que acontece, as meninas mesmo da odontologia, as ASB, queira ou não queira descontam nos pacientes, por essa precarização do trabalho, eu acho que se tivesse concurso, elas ficavam mais satisfeita, (...) assim desprecariza as condições de trabalho, eu acho que o pessoal fica mais empolgado. (P 5)

Como se viu, a maioria dos entrevistados citou objetivamente ações que deveriam ser instituídas para que a humanização fosse presente nos serviços. Lógico que se entende que são necessárias condições mínimas para que se consiga dá garantias dos direitos de cidadãos, mas deve-se abordar também a dimensão subjetiva a essas mudanças, que seria o implicamento direto dos cuidadores nessas mudanças do processo de trabalho na perspectiva da humanização, que reverbera na mudança de comportamento e adoção de uma postura acolhedora e afetiva.

CONCLUSÃO

Nas entrevistas concluímos que uma das dificuldades de se trabalhar com a noção de humanização é que no senso comum a visão de humanização está quase sempre ligada ao tratar bem o paciente. Esse é, entre outras coisas, um sentido reducionista da dimensão do termo, que não raro exclui outras ações que dão sustentação ao crivo ético-político da humanização, este significado foi dado inclusive pelos gestores e profissionais.

No que tange à ambiência, no quesito estrutural, a nova gestão investiu em ampliação e reformas das unidades primárias à saúde. Isso reverbera diretamente na melhoria das condições de trabalho e de qualidade de atendimento aos usuários; aspectos essenciais à humanização na saúde. A interação afetiva entre os profissionais de saúde e gestão local também é exaltada pelos entrevistados com sendo um forte aliado na humanização.

O incentivo a aperfeiçoamento profissional, através da readequação da carga horária e as melhorias das condições de trabalho através das reformas, fomenta estratégias de valorização do trabalhador, incluída na Política Nacional de Humanização.

Uma gestão participativa opera no sentido de conquista de espaços coletivos em que ocorrem a análise das informações e a tomada das decisões. Porém, atualmente, no município de Fortaleza, não se está possuindo espaços para propiciar a gestão compartilhada, o que promove uma concentração das decisões, que já chegam formatadas para a unidade de saúde, o que causa grande descontentamento, segundo os profissionais entrevistados da unidade em tela.

A mudança instituída na organização das agendas dos profissionais, que devem ter turnos específicos, organizados por escala, para atender às demandas espontâneas (DEP) que procuram a unidade de saúde baseado na classificação de risco, não foi bem vista pelos profissionais. Alega-se que o vínculo entre os profissionais das equipes e sua população adscrita está sendo perdido, e que a diretriz desse acolhimento está baseada apenas na classificação de risco, sem considerar as vulnerabilidades, o que estabelece uma visão hospitalar a essa estratificação, promovendo apenas prontoatendimento aos indivíduos.

Os profissionais sentiram que os processos que eram desenvolvidos há anos foram subestimados e desconsiderados. Muitos alegam que a Estratégia Saúde da Família está desvirtuada.

Entendeu-se que a forma como vem acontecendo o acolhimento, na unidade em estudo, acarreta sobrecarga dos profissionais e consequentes insatisfações, fato que as

equipes de saúde assumem no seu cotidiano. Os profissionais afirmam que o que estão instituindo por acolhimento nas unidades básicas de saúde, não atendem às necessidades da atenção primária.

Os profissionais relatam que a lógica do serviço mudou, e o que se preza, atualmente, é pelo atendimento individual e de cunho curativista. Foi enfatizado que o processo de humanização está esquecido atualmente.

Na percepção dos entrevistados, o que foi mais citado para se ter uma melhora e inserção factível da humanização nos serviços de saúde foi a (re)organização dos processos de trabalho, com criação de protocolos e capacitações/sensibilizações. Verbalizou-se que deveriam ser retomadas as discussões em torno da humanização à saúde englobando todos os atores envolvidos.

Outra questão bem enfatizada por parte dos profissionais foi a relação entre servidores das unidades e gestão, que compõe uma grande fragilidade da implementação de políticas públicas, soma-se ainda a precarização do vínculo de trabalho do pessoal auxiliar, o que prejudica diretamente a humanização.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERNARDES, A.G. Estratégias de Produção de Si e a Humanização no SUS, **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 3, p. 462-475, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. DocumentoBase**. 3. ed. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Documento Base para gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4.ed. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: DF, 1.ed. 2010b.

CARVALHO, G. **Coordenação de unidade de atenção básica no SUS: trabalho, interação e conflitos**. 2012. 300 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CEARÁ. Secretária de Saúde do Estado. **Política Estadual de humanização da atenção e gestão em Saúde do Ceará**. Coordenadores Annatália Meneses de Amorim Gomes e José Jackson Coelho Sampaio. Fortaleza, 2004.

CECCIM, R.B.; MERHY,E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 531-42, 2009. Suplemento I.

CZERESNIA, D. The conceptofhealthandthe diference betweenpromotionandprevention (Versão atualizada e revisada). Cadernos de Saúde Pública. In: CZERESNIA, D, FREITAS C.M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE,F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-05.pdf>>. Acesso em: 12 dez.13.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FERREIRA, J.A.; ARAÚJO, G.C. Humanização na Saúde: uma análise dos sentidos na óptica do trabalho cotidiano. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 199-213, jan/jun. 2014.

GOULART, B.N.G.; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n 1, p. 255-268, 2010.

NEVES, C.; ROLLO, A. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-84, 2006.

ONOCKO CAMPOS, R. Reflexões sobre conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n.64, p. 123-130, maio/ago. 2003.

_____. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.) **Salud Colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p. 103-21.

ORLANDI, E, P. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 695-700, 2009.

PESSINI, L.; PEREIRA, L.L.; ZAHER, V.L.; SILVA, M.J.P. Humanização em saúde: o resgate do ser com competência científica. **Mundo Saúde**. v. 27, n. 2, p. 203-205, 2003.

RIOS, I.C. **Caminho da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea, 2009.

RIZZOTO, M.L.F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **RevBras Enfermagem**. v. 55, n. 2, mar/abr. 2002

SILVA, M.R.F.; PONTES, R.J.S.; SILVEIRA, L.C. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 784-788, dez. 2012.

SIMÕES, A.L.A.; RODRIGUES, F.R.; TAVARES, D.M.S. Humanização na saúde: enfoque na atenção básica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, julho/set. 2007.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 681-688, 2009.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 585-597. 2005.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

CAPÍTULO 19

PESQUISAS REALIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA APLICABILIDADE NOS PROCESSOS DE TRABALHO

Jamine Borges de Moraes

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

Enquanto processo de construção do conhecimento, a pesquisa em saúde, em suas várias modalidades, promove a constatação de situações, de fenômenos que escapam a compreensão dos trabalhadores de saúde e gestores no cotidiano dos serviços. A investigação, ao elencar esses problemas, impulsiona avanços no conhecimento e possíveis transformações nas práticas, políticas e ideologias, pois como afirma Demo (1990, p.16) “em termos cotidianos, a pesquisa não é ato isolado, intermitente, mas atitude processual de investigação, situada no social e cultural e implicada com processos de mudança”.

Considerando o pensamento de Demo (1990) o qual converge com as ideias de Pang *et al.* (2003) os conhecimentos produzidos pela pesquisa em saúde, se amplamente disseminados, podem ser vistos como bens públicos globais,

pois podem contribuir para o aprimoramento das atividades, políticas e desempenho do sistema de saúde e a melhoria da saúde individual e populacional. Nessa perspectiva, os autores definem a pesquisa em saúde como “a geração de conhecimentos novos, através da aplicação do método científico, para identificar e lidar com problemas de saúde” (PANG *et al.*, 2003, p.816).

Partindo dessa definição, percebe-se que como fenômeno implicado com a transformação, as pesquisas possibilitam não somente a constatação de situações ou busca do conhecimento, da “verdade”, como foi outrora, mas também o compromisso ético de propor estratégias e ferramentas que auxiliem no manejo dos problemas na busca incessante de transformar realidades, práticas e sujeitos.

Nessa nova lógica de pesquisa em saúde, cuja produção do conhecimento exige uma aplicabilidade prática que seja capaz de transformar ações e sujeitos, torna-se relevante destacar a missão que as investigações possuem de instrumentalização dos profissionais, auxiliando-os a validar práticas consagradas; apontar, indagar, aprofundar conhecimentos e proceder mudanças necessárias no cotidiano do trabalho. Pesquisas desse tipo são capazes de inferir no cotidiano do trabalho.

No setor de serviços, em particular no setor saúde, há décadas, a gestão da força de trabalho tem se configurado como uma área que necessita de intervenções tanto no âmbito macro quanto no micropolítico, mediante o desenvolvimento, implementação e operacionalização de estratégias que tendam a equacionar os diversos impasses, conflitos e contradições que atravessam essa arena dentro dos sistemas e serviços de saúde.

Assim, considerando a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o papel singular dos trabalhadores de saúde, é fundamental analisar esse modelo a partir de várias vertentes. Avaliar como e se os resultados das pesquisas contribuem para o processo de trabalho da equipe de saúde da família se justifica pelo fato de que a reorientação do trabalho realizado, por meio da incorporação dos resultados de investigações científicas, detém potencial para as mudanças nas modalidades de trabalho e prática dos trabalhadores, favorecendo a inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência à saúde e também pela possibilidade de dar outra visibilidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às práticas desenvolvidas no âmbito da ESF.

Diante da problemática observada, considera-se que o ato de pesquisar favorece a cooperação entre universidade e serviços de saúde, entre profissionais e pesquisadores/estudantes possibilitando a troca de experiências muito saudáveis tanto para as instituições como para os sujeitos que dela fazem parte. Percebe-se que os pesquisadores de um lado contribuem com a atualização dos profissionais de saúde frente às rápidas mudanças que ocorrem no setor saúde. Por outro lado, os profissionais dos serviços de saúde proporcionam uma aproximação dos elementos teóricos com a realidade prática; e para ambos, uma fluidez na relação teoria-prática e pesquisas que respondam às necessidades do processo saúde-doença, bem como à organização das práticas.

Dessa forma, o investimento em pesquisas em saúde contribui para o preenchimento de lacunas de conhecimento em áreas prioritárias para a população interligando

o mundo acadêmico e as necessidades de saúde das pessoas. A partir da divulgação deste conhecimento, podem ser desenvolvidos novos procedimentos, ferramentas de intervenção e produtos, além de permitir a criação de subsídios para a formulação de políticas públicas e para o constante aperfeiçoamento do SUS.

Concorda-se com Oborn *et al.* (2010) quando estes afirmam que pesquisadores e todos aqueles envolvidos com a produção do conhecimento precisam ser muito mais encorajados a considerar como eles poderiam facilitar ativamente o uso dos resultados de pesquisa. Agências de financiamento precisam também começar a demandar um elemento de impacto a ser considerado como parte do papel dos pesquisadores (OBORN *et al.*, 2010).

Esse incentivo se faz necessário tendo em vista a capacidade que as pesquisas têm de propiciar cuidado condizente com as necessidades de saúde e fortalecimento do SUS, prática profissional ampla e eficiente, pautada em conhecimento seguro, flexível e sedimentado, que enobrecem profissionais e usuários e propicia assistência plena e garantida à população (REIS, 2005). Diante dos benefícios proporcionados pela pesquisa, Castro (2012) destaca a relação entre as pesquisas no Brasil e a produção de políticas e também a organização dos serviços e assistência. Deve-se, portanto, reconhecer o papel que as investigações possuem na elaboração e construção social da saúde.

Perante a assertiva fica claro o papel fundamental que trabalhadores de saúde, gestores e pesquisadores, enquanto atores das práticas de saúde, questionem as finalidades das pesquisas e, em conjunto, criem espaços, proponham estra-

tégias e aloquem recursos para realização/implementação dos resultados. Diante do contexto, questiona-se como e se as pesquisas realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde têm contribuído para a reorientação das práticas.

A fim de responder ao questionamento, este estudo centra-se na avaliação participativa como possibilidade de analisar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma investigação e propiciar espaço de construção e participação de sujeitos. Além disso, acredita-se que este tipo de investigação possibilita também que não se utilize os serviços de saúde apenas como fonte empírica de dados para os estudos científicos, mas significa aos participantes um processo de reflexão na direção da consciência política sobre saúde, favorecendo mudanças de concepções e posturas. Assim, a pesquisa desta natureza pretende ir além da realização de um trabalho formal, entendido como a produção de um texto. Teve-se a preocupação de contribuir para que tanto os profissionais dos serviços, como os pesquisadores desenvolvessem uma postura crítica no cotidiano dos seus trabalhos.

De acordo com o contexto apresentado, o objetivo deste estudo foi avaliar como e se as pesquisas realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde têm contribuído para a reorientação das práticas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo participativo ancorado numa abordagem construtivista. Conforme enfatizam Guba e Lincoln (2011), neste tipo de estudo, busca-se um

modelo de avaliação que vai além da obtenção e descrição dos fatos, envolvem aspectos humanos, físicos, psicológicos, políticos, sociais, culturais e contextuais. Sob a ótica da ética e política na avaliação, os autores supracitados consideram que o paradigma construtivista oferece vantagens devido à concessão de poder a todos os envolvidos (empoderamento), pela eliminação da garantia de busca de uma verdade suprema e permanente, a responsabilidade das informações é compartilhada com todos (elaboram-se construções).

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza-CE, especificamente nas seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES). Foram sorteados aleatoriamente seis Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), uma em cada COR para compor o campo empírico da pesquisa. A coleta das informações aconteceu no período de abril-julho de 2015. Os participantes foram os trabalhadores de saúde que compõem a Equipe da Estratégia Saúde da Família, sendo eles 3 médicos, 7 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem, fazendo um total de 15 entrevistados. Para a seleção dos participantes da pesquisa delimitou-se que eles deveriam atuar na UAPS há no mínimo três anos e serem membros do Conselho Local ou Regional de Saúde ou terem sido membros nos últimos cinco anos. Esse critério justifica-se pelo fato de nesses espaços de participação serem amplamente discutidos os problemas relativos aos serviços de saúde, desde as políticas que os sustentam até os processos de trabalho realizados.

Para a coleta de dados foram utilizadas como técnicas a entrevista em profundidade, no qual cada participante foi entrevistado duas vezes numa perspectiva dialética da

compreensão do conhecimento; o grupo focal realizado primeiro com os trabalhadores de saúde com nível superior, depois com os trabalhadores com nível médio/técnico e por fim com todos juntos; e observação livre do cotidiano do trabalho da equipe saúde da família. A análise do material empírico seguiu alguns passos, sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010): 1) ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos. O intuito foi o de estabelecer relações dialéticas entre as diferentes fontes, num processo de confronto do material empírico e o referencial teórico norteador, para chegar, finalmente, a considerações que dessem conta de explicar as questões relacionadas ao objeto de pesquisa.

Ressalta-se, este capítulo é um destaque da Dissertação de Mestrado apresentada Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva/UECE e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UECE, intitulada “Avaliação das pesquisas no SUS: contribuições para a participação”. A referida dissertação contemplou em seus objetivos a avaliação da aplicabilidade das pesquisas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a partir da percepção dos trabalhadores da equipe saúde da família.

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, salienta-se que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, recebendo parecer favorável. Por fim, todos os aspectos que constam na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, foram respeitados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre o papel da pesquisa e do pesquisador

A partir do discurso dos trabalhadores de saúde é possível observar severa distorção entre o que se espera que uma pesquisa ofereça – subsídios para mudança e melhoria das práticas em saúde, implantação de novas tecnologias, formulação de políticas, redução das desigualdades sociais, enfim, identificar e lidar com questões de saúde da população – e o que de fato ela vem proporcionando – título ao pesquisador e prestígio deste perante a comunidade científica.

Sei que elas (as pesquisas) são feitas por estudantes de graduação, mestrado e doutorado, na verdade quem mais vem fazer pesquisas aqui são esses estudantes, eles vêm aqui falam sobre as pesquisas e pedem para a gente responder umas perguntas, às vezes entregam questionário e às vezes fazem entrevista (...) só nunca vi os resultados, algumas dessas pesquisas a gente tem interesse em conhecer os resultados até para saber se o que eu respondi tem algum alinhamento com o que os outros profissionais responderam ou se o trabalho que estou desenvolvendo aqui no posto pode ser aprimorado, feito de outra forma (Trabalhador de Saúde).

Consoante o exposto tem-se a fala do trabalhador “Algumas pesquisas servem para pessoas fazerem seus trabalhos finais de curso, para conseguir o nível superior ou para se pós-graduar” que reflete a realidade das universidades brasileiras, totalmente desvinculadas de um compromisso ético e profissional que teria potencial de transformar o sistema de saúde e as práticas nele desenvolvidas, assim como de estimular o desenvolvimento da ciência, incrementando novas perspectivas, novos olhares, gerando impacto positivo na saúde.

A questão do impacto da pesquisa em saúde é um elemento crucial do sistema, do qual pesquisadores, estudantes, gestores e trabalhadores de saúde em geral devem estar plenamente cientes. A relevância dos temas abordados, ao lado da qualidade e das estratégias de divulgação dos resultados são componentes importantes para que as evidências científicas passem a ser utilizadas nos processos de tomada de decisão (COHRED, 2006).

Na realidade, se nós tivéssemos os resultados das pesquisas vinda, por exemplo, a Universidade Estadual do Ceará ela faz muito isso com os alunos, o pessoal da residência também, mas elas sequer são apresentadas para o conselho, então nós passamos em branco. Se elas fossem discutidas no conselho e fossem tiradas recomendações para discussão no conselho municipal, talvez elas tivessem resultados positivos. Isso

não quer dizer que tudo que se faz na pesquisa é perdido, não, alguém deve utilizar alguma coisa, agora da forma que é feita hoje, dos encaminhamentos que são dados é que não funciona. (Trabalhador de saúde)

A debilidade entre produção e utilização do conhecimento manifestada pela baixa utilização dos resultados das pesquisas para definição de políticas e programas e para a redefinição de práticas, processos de trabalho, produção de bens e serviços de saúde, tem suas raízes na concepção errônea sobre o processo de tomada de decisão e sobre a relação entre este e a pesquisa em geral. Concebem-se ambos os processos, o de produção de conhecimento e o de tomada de decisão, como processos separados, com lógicas, agentes e espaços institucionais específicos. De fato, é isso que tem-se observado na prática, e nos faz refletir sobre o enorme esforço que deve ser feito para convergir o que nasceu e se desenvolveu de maneira independente.

O contexto acima descrito também pode ser observado em trabalho realizado em Ribeirão, a autora, Mishima, discute a relação entre a universidade e o trabalho realizado pelos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, para a autora o trabalho da academia:

visa atender a uma finalidade de formação de agentes que se dirigirão ao mercado de trabalho e de produção de conhecimentos atra-

vés da atividade de pesquisa, que, em última instância, será 'consumida' pelos serviços de saúde. Já os profissionais de saúde constituem-se em agentes envolvidos em um processo, cuja finalidade primeira volta-se para o atendimento das necessidades de cura ou de atenção à saúde de indivíduos ou grupos, processo este constituído no limite do técnico e político (MISHIMA, 1995, p. 104)

Há, portanto, o estabelecimento de processos de trabalho distintos para o atendimento de finalidades igualmente diferenciadas, o que parece levar, em muitos momentos, a uma compreensão de que o processo investigativo cabe apenas à universidade.

Contudo, atualmente tem-se um entendimento oposto, ou seja, de que o processo de pesquisa não precisa (e não pode) ficar restrito ao âmbito da universidade e nem no âmbito do pesquisador individual, principalmente quando se trata de pesquisa operacional na área da saúde. Este processo pode (e deve) ser ampliado e tornar-se mais criativo, mais consoante às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores de saúde e, ainda, a realidade dos serviços de saúde. Para tanto, acredita-se que, quando houver a efetiva participação de profissionais que atuam nos serviços de saúde no processo de pesquisa desde o levantamento do problema a ser investigado até a consolidação final dos resultados, haverá também maior possibilidade de utilização

dos resultados das pesquisas em seus processos de trabalho e na organização dos serviços.

Há que se considerar que nem todas as pesquisas geram como produto resultados aplicáveis na prática dos serviços de saúde ou na própria organização do sistema de saúde, salienta-se que, mesmo as pesquisas teóricas e reflexivas, se divulgadas e discutidas em coletividade podem gerar um impacto difícil de ser medido, porém real, tendo em vista que o processo de divulgação por meio de programas de rádio, grupos de discussão e palestras tendem a provocar nos sujeitos que participam momentos de reflexão capaz de transformá-lo. Além disso, a própria técnica de coleta das informações poderá promover essa transformação, como é o caso do grupo focal, do círculo de cultura e da oficina participativas.

De acordo com Marcello Baquero, o Brasil pode ser caracterizado como uma sociedade de massas, justaposta a uma configuração estrutural de caráter patrimonialista. Em uma sociedade desse tipo, o Estado detém praticamente o poder absoluto na determinação das políticas públicas e a sociedade tem um papel insignificante, decorrente de um processo histórico no qual o Estado se estruturou antes da sociedade. Nessa situação, não existe espaço para que os cidadãos possam eficientemente influenciar as decisões governamentais que os afetam. Em tal contexto, o Estado, mesmo sendo democrático, não está submetido a regras eficientes, razão pela qual os investimentos sociais, via de regra, não correspondem adequadamente às necessidades da população, tampouco as pesquisas, que na atualidade também se encontram submissas ao poder do Estado, são balizadas por estas necessidades (BAQUERO, 2010)

Em tal cenário é inevitável a desarticulação entre as necessidades da sociedade e a produção científica, tendo em vista que de um lado temos pessoas alienadas politicamente e de outro, pesquisadores interessados no prestígio individual ou de um grupo de pesquisa em específico.

A estrutura é determinada pela distribuição do capital científico, em um dado momento e lugar. Os agentes caracterizados pelo volume do seu capital determinam a estrutura do campo em proporção ao seu peso, que depende do peso de todos os outros agentes, isto é, de todo o espaço. Os pesquisadores ou as pesquisas dominantes definem o que é, num dado momento do tempo, o conjunto de questões que importam para a comunidade científica, sobre os quais eles vão concentrar seus esforços e os esforços de pesquisa. Nas palavras de Bourdieu (2004, p. 54), “cada agente age sob a pressão da estrutura do espaço que se impõe a ele com brutalidade proporcional a seu peso relativo”.

A explicação de Bourdieu (2004) para a definição de problemas de pesquisa considera a ordem social vigente. Portanto, não é qualquer questão social que será objeto de pesquisa e foco de interesses dos pesquisadores. As questões com mais chances de receberem *grants* (ganhos, subsídios, privilégios) e serem bem vistas pelos gerentes de programas de pesquisa são tidas como legítimas, dignas de serem discutidas publicadas, oficializadas e incluídas na agenda (SANTOS, 2008).

Dessa forma, na realidade brasileira, o que temos visto é que as questões com mais chances de promover ganhos, prestígio e privilégios são as questões definidas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, tendo

em vista que as pesquisas elencadas nessa agenda são as que serão financiadas tanto pelo CNPq, como pela Funcap e as chances de estar na ANPPS é tão maior quanto mais aplicada for a pesquisa. As chances de uma pesquisa, de cunho qualitativo e aplicável a longo prazo, como, na maioria das vezes são feitas as pesquisas sobre participação social, são mínimas. E como já temos falado anteriormente, pesquisas não financiáveis parecem, de um modo geral, não ser objeto de interesse dos pesquisadores. Os Interesses em desenvolver ou não uma pesquisa são, portanto, contingenciados pelas agências de fomento e as circunstâncias são possibilitadoras da maior inserção e reconhecimento dentro do campo (SANTOS, 2008).

Para Santos (2008), o interesse está ligado à possibilidade da produção do conhecimento representar um ganho de capital simbólico para os pesquisadores, permitindo a visibilidade da posição em que se fala na estrutura do campo científico. No campo da saúde coletiva, a participação social é um tema de destaque motivado, sobretudo, pelo fato de alguns professores-pesquisadores e, em menor proporção, estudante da graduação e pós-graduação desse campo estarem inseridos em movimentos sociais, como podemos identificar pela fala de professor-pesquisador da Saúde Coletiva:

Se quero pesquisar sobre Processo de trabalho e os editais de pesquisa não contemplam esse tema, e não contemplam mesmo, tenho que submeter um projeto para concorrer ao tema avaliação de

serviços de saúde, por exemplo, para obter um financiamento e de um jeitinho ou de outro inserir, mesmo que timidamente a questão da precarização do trabalho no projeto. Para ser pesquisador hoje tem que se submeter aos editais, não há saída. Tento estimular ao estudante da graduação a desenvolverem trabalhos na área, mas ele ainda não tem vivência nos serviços de saúde e acabam por não desenvolverem o interesse (Professor/pesquisador)

Observamos que, no campo da saúde pública existem tensões devido à inclusão, preferencialmente entre as medidas de sucesso científico, as publicações e as citações em revistas de renome internacional, com pouca valorização em relação a resultado de pesquisa proporcionar benefícios para a saúde da população.

É forçoso reconhecer a existência de áreas de intersecção entre o processo de formulação de políticas públicas e o processo de seleção de temas de pesquisa, considerando o fato de não serem processos lineares, de serem objeto de jogos de interesses desde o momento da transformação de questões em problemas, seguido das disputas na construção de

agendas, na seleção de enfoques e abordagens nas investigações científicas, persistindo o paralelismo na adoção de mecanismos de legitimação das decisões, culminando ambos os processos com as fases de implementação e avaliação (ELIAS; PATROCLO, 2004).

Entretanto, coexiste também entre o processo de formulação de políticas e o de seleção de temas de pesquisa, conflitos que, dependendo do contexto vigente podem distanciá-los ao ponto de a pesquisa representar um fim em si mesmo, ou seguir o direcionamento dado pelos agentes financeiros e a política desvalorizar totalmente as possíveis contribuições da ciência reduzindo drasticamente seus subsídios ou tentar manipulá-la para torná-la refém dos desejos e recursos governamentais. Esses conflitos têm o potencial de contingenciar o exercício da criatividade, essencial à inovação científica (ELIAS; PATROCLO, 2004).

As intersecções e os conflitos entre pesquisa e política, precisam ser considerados no processo de gestão do conhecimento, com vistas à interação entre a produção do conhecimento e o processo de formulação de políticas e ou intervenções nas práticas dos serviços de saúde.

Acredita-se que a combinação dos conhecimentos existentes, com base no método científico, gera produtos culturais e alternativas, para a solução de problemas, validados cientificamente. A disseminação dos resultados é o primeiro passo de uma pesquisa e propicia a internalização do conhecimento, influenciando sua avaliação e utilização.

Sobre o papel do trabalhador de saúde e gestores como tomadores de decisão

O uso de pesquisa para subsidiar as práticas é sujeito de debate no campo da atenção à saúde em saúde, desde 1950, e existe unanimidade na literatura de que a lacuna entre conhecimento e prática recebeu precocemente a denominação de utilização de pesquisas, termo cunhado por Carol Weiss, nos Estados Unidos (OBORN *et al.*, 2010).

No que diz respeito ao uso do conhecimento produzido, a complexidade dos sistemas de saúde implica o domínio de distintas áreas de conhecimento, como biologia, sociologia, epidemiologia, administração, clínica, economia etc. Embora utilizem dos conhecimentos das mais variadas áreas, os formuladores de política e tomadores de decisão não dominam esse conjunto de conhecimento, portanto, a “grosso modo”, o conhecimento utilizado para decisões se concretizam com base naquilo que os gestores aprenderam no dia a dia, dos saberes que circulam a sociedade em geral e apenas, eventualmente, pesquisadores são consultados.

Considera-se que esse tipo de utilização do conhecimento é insuficiente e que, portanto, a utilização de conhecimentos científicos pode e deve ser melhor aproveitada. Os formuladores de políticas de saúde poderiam se beneficiar, mais do que fazem atualmente, dos conhecimentos produzidos pelos pesquisadores das áreas relacionadas à gestão da saúde. Se não se beneficiam tanto quanto poderiam, é porque existem obstáculos à utilização de conhecimentos científicos que precisam ser reconhecidos e superados.

Souza e Contandriopoulos (2004) elencam algumas características importantes para a utilização do conheci-

mento científico, são elas: segundo um padrão dominante de produção científica, os eventos a serem estudados devem ser bem definidos e uma relação de causa e efeito deve ser definida; a resolução de controvérsias é o *modus operandi* da ciência, sua presença é constante; a aplicabilidade dos resultados de muitas pesquisas não é facilmente perceptível; as pesquisas são feitas por meio de projetos específicos e isolados. Às vezes, os resultados de duas pesquisas igualmente válidas são contraditórios entre si; os problemas de políticas de saúde não interessam necessariamente aos pesquisadores.

Em relação à tomada de decisão, são elencados alguns aspectos que têm impacto sobre a utilização do conhecimento científico: a tomada de decisão não é um processo exclusivamente racional; toda decisão é necessariamente contextualizada; as relações de causa e efeito entre uma decisão particular e uma consequência específica raramente são claras; os problemas de gestão dos sistemas de saúde são frequentemente complexos, mal definidos ou de definição polêmica; a aprendizagem de novos conhecimentos é um processo complexo que não depende exclusivamente do acesso à informação; às vezes não levar em conta uma informação disponível é a opção politicamente mais adequada.

A partir das características elencadas, pode-se perceber que os obstáculos circundam tanto a produção do conhecimento científico quanto a utilização dos produtos para a tomada de decisão. E pior, mostram que não são obstáculos impostos de fora, mas são dificuldades postas pelos processos mesmo de produção e utilização das pesquisas. A superação dessa realidade posta exige, portanto, mudanças nos modos de conceber e fazer ciência e política.

Acho que o consolidado, os resultados finais das pesquisas deveriam ser apresentados. Por exemplo, se ela foi feita na regional, ser apresentada aos conselhos regionais em uma plenária organizada pelo próprio conselho, juntamente com técnicos da secretaria que pudesse emitir um parecer para o conselho municipal. Se a gente entendesse dentro dos resultados das pesquisas que algumas estratégias poderiam ser implementadas para trabalhar melhor uma política, nós poderíamos trabalhar resolução para que fossem implementadas essas estratégias para produzir essas melhoras. Agora, de outra forma não tem como. Se nós não produzimos resultados e não tiramos das discussões posicionamentos nós não temos como mudar esse modelo de saúde que ta aí (Trabalhador de Saúde).

Patton (1988), com sua obra *Utilization-Focused Evaluation*, propõe algumas pistas interessantes. A estratégia central é estabelecer boas parcerias entre formuladores de políticas e pesquisadores. A parceria deve ser forjada desde as etapas iniciais da pesquisa para assegurar que sejam levantadas as questões de maior interesse para a formulação de políticas. Além disso, o estudo deve enfatizar as

variáveis que o formulador de políticas a quem se destinam os resultados pode controlar, sem o que a pesquisa perderia em utilidade para o formulador envolvido. Por último, o pesquisador deve formular recomendações explícitas.

Infelizmente, como salienta Weiss (1988), mesmo adotando todas essas táticas, a utilização das pesquisas pode não se concretizar. É preciso, então, pensar em outras alternativas. De modo geral, o importante é identificar o canal de comunicação capaz de chamar a atenção dos gestores, tomadores de decisão para as pesquisas. São canais possíveis, os conselhos gestores de políticas públicas, no âmbito da saúde em especial o conselho de saúde, as conferências de saúde e os meios de comunicação em massa.

Fortalecer as interfaces entre pesquisadores e tomadores de decisão, trabalhadores de saúde ou gestores é, também para Hanney *et al* (2003), a estratégia mais importante para favorecer o uso de conhecimentos científicos. Eles ressaltam, contudo, a importância do papel do “receptor”, ou melhor, da capacidade receptiva do trabalhador, gestor, formulador de políticas, que pode ser ampliada por meio de treinamentos e da intermediação de agentes com dupla inserção, tanto acadêmica quanto política.

A falta de integração entre os processos de produção e utilização do conhecimento, em última instância, expressa uma debilidade das relações entre a ciência e os demais setores da sociedade, incluindo aqui os sindicatos de trabalhadores e os movimentos sociais. Além de impedir que os países da região utilizem plenamente seu já limitado potencial técnico-científico para a solução dos graves e comple-

xos problemas de desenvolvimento econômico e social que enfrentam, esta debilidade de relações entre ciência e sociedade põe em risco a própria sobrevivência da infraestrutura de pesquisa por torná-la um alvo bastante vulnerável.

As iniquidades de acesso a conhecimentos e informações são especialmente dramáticas, pois ao reforçar a exclusão, têm um enorme poder de gerar e ampliar outras iniquidades. No caso da saúde, as iniquidades de informação podem ser consideradas um importante determinante das iniquidades de saúde, na medida em que o acesso iníquo a conhecimentos e informações prejudica a atuação individual e coletiva dos membros de uma sociedade para a mudança de estruturas, comportamentos e políticas. O acesso universal à informação deve, portanto, ser parte essencial do processo de definição de políticas de saúde voltadas para a equidade. Para definir estratégias, canais e oportunidades que permitam disseminação ampla de resultados de pesquisa é necessário conhecer os diversos atores sociais, identificando as fontes de informação em que cada um deles confia, que tipo de informação lhes interessa, como avaliam a informação, que motivações têm para tomar decisões específicas e com quem interagem, competem ou se aliam (BRONFMAN; TROTSLE, 2000).

Teoricamente considera-se que em um processo de decisão onde trabalhadores de saúde decidem única e individualmente suas práticas atuando de maneira racional, utilizando da melhor informação disponível, pode-se acreditar que, neste caso, o problema da transferência de resultados de pesquisa se resume a uma aproximação entre dois atores centrais do processo de tomada de decisão, o trabalhador

de saúde, por um lado, e o pesquisador, por outro, para que esta faça chegar ao trabalhador a informação necessária em formato adequado e no momento oportuno, de modo que sua decisão seja cientificamente fundamentada.

Contudo, na realidade, o processo de tomada de decisão, mesmo no âmbito da micropolítica do processo de trabalho, não obedece a este modelo ideal. Em lugar do tomador de decisão, neste caso o trabalhador de saúde, fazendo escolhas racionais em maior ou menor grau baseadas em evidência, o que se observa é um processo bastante mais complexo que envolve diversos atores, com interesses diferenciados e por vezes contraditórios. Reconhecendo o caráter essencialmente político desse processo, a promoção de uma maior utilização de resultados de investigação para a definição de processos de trabalho implica instrumentar a atuação dos diferentes atores, particularmente dos que usualmente estão excluídos do processo de decisão, buscando diminuir as enormes iniquidades de acesso a informações e conhecimentos.

Não há, portanto, nenhuma contradição entre, por um lado, a promoção de práticas baseadas em evidência e, por outro, a ampliação da participação de gestores trabalhadores e da própria população usuária do serviço na definição das mesmas, pois ambos os processos se reforçam mutuamente. Entretanto, para que haja uma maior participação desses atores na definição de políticas e práticas de saúde é também necessário romper com o processo tradicional de definição de agendas de pesquisa em círculos de decisão restritos e multiplicar os espaços para a expressão dos diferentes interesses e a construção de consensos, o que, em última análise, significa o aperfeiçoamento das instituições democráticas

das sociedades e na cultura de participação dos sujeitos.

Enfrenta-se, portanto, o duplo desafio de desenvolver e fortalecer a capacidade de gerar, interpretar e adaptar novos conhecimentos e tecnologias e ao mesmo tempo, criar os espaços de ajustes democráticos que permitam que esta capacidade se ponha, de maneira equitativa, a serviço da melhoria da saúde da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado de um jogo de interesses, a pesquisa poderá representar um fim em si mesmo, de tal modo que os resultados alcançados se tornam incapazes de modificar práticas e propor políticas. Em concordância com a problemática apresentada, o distanciamento entre conhecimento científico e a gestão de políticas, os sistemas e os serviços de saúde são identificados pelos trabalhadores de saúde e reconhecidos pelos gestores como principais empecilhos para utilização dos resultados das pesquisas. A questão do impacto das pesquisas foi ressaltada nas entrevistas como elemento crucial do sistema, do qual pesquisadores, gestores e tomadores de decisão, em geral, devem estar plenamente cientes. A relevância dos temas abordados, ao lado da qualidade e das estratégias de divulgação dos resultados são componentes importantes para que as evidências científicas passem a ser utilizadas nos processos de tomada de decisão. Contudo, os trabalhadores de saúde argumentam que as pesquisas que são apresentadas tratam de temas repetitivos, desconectados das reais necessidades da população e do sistema de saúde.

Diante deste fato, o primeiro passo para o desenvolvimento de uma pesquisa já se encontra comprometido e, possivelmente, a utilização dos resultados não acontecerá, tendo em vista a não relevância do tema pesquisado, ficando, dessa forma, inviabilizado qualquer tipo de impacto.

Para que pesquisas sejam utilizadas para promover mudanças na realidade posta, construção de políticas e transformação de sujeitos, considera-se como pré-requisito a socialização das ideias para a definição de prioridades que deverão orientar a produção do conhecimento científico voltado para as necessidades da sociedade. Ressalta-se, portanto, que a questão da apropriação social não é meramente técnica, é ético-política. Acredita-se que a combinação dos conhecimentos existentes, com base no método científico, gera produtos culturais e alternativas para a solução de problemas, validados cientificamente. Considera-se que a disseminação dos resultados torna-se necessária para a aplicabilidade das pesquisas. Desse modo, o presente estudo busca pulverizar os conhecimentos adquiridos, considerando ser este um elemento crucial para implementação dos resultados dos estudos científicos, podendo ainda servir de mote para o desenvolvimento de outros projetos na área.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

BAQUERO, M. Democracia, participação e capital social no

Brasil hoje. In: FLEURY, L.; LOBATO, L. V. C. (Orgs). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP; 2004.

BRONFMAN, M.; TROTSLE, P. **De la investigación en salud a la política**: la difícil traducción. Editorial Manual Moderno. Santa Fé de Bogotá, 2000.

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviço. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 9, 2012.

COHRED - COUNCIL ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT. **Supporting health research systems development in Latin America**: collaborative paper. Antigua, 2006.

DEMO, P. **Pesquisa**: princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1990.

ELIAS, F. T. S.; PATROCLO, M. A. A. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação?. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 215-227, Mar. 2005 .

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta Geração**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

HANNEY, S. R.; GONZALEZ-BLOCK, M. A.; BUXTON, M. J.; KOGAN, M. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods os assessment. **Health Res Policy Sys**, v. 1, n. 2, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2013.

MISHIMA, S. M. *et al.* A relação universidade e serviços de saúde: construindo possibilidades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 17-22, abr. 1997.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1995. 355 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OBORN, E.; BARRET, M.; RACKO, G. **Knowledge translation in health care**: a review of the literature. Cambridge Judge Business School. University of Cambridge. Working Paper Series 5/2010.

PANG, T. *et al.* Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. **Bulletin of the World Health Organization**, Washington, v. 81, n. 11, 2003.

PATTON, M. **The evaluator's responsibility for utilization**. Eval Pract, 1988.

REIS, PED. A pesquisa em saúde: implicações para a prática profissional. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 18, n. 2, 2005.

SOUZA, L. E. P. F.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 546-554, mar-abril, 2004.

WEISS, C. H. Evaluation for decisions: is anybody there? Does anybody care? **Eval Pract**, v. 9, n. 1, p. 5-19, 1988.

CAPÍTULO 20

PESQUISA CLÍNICA MULTICÊNTRICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: FATORES QUE INFLUENCIAM NA ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Edina Silva Costa

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

A Pesquisa Clínica (PC) é uma investigação realizada na área da saúde, buscando a produção de conhecimentos e tecnologias que permitam a compreensão dos fatores relacionados à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças. Os resultados deste estudo permitem o desenvolvimento de inovações na prestação de serviços de atenção à saúde não só na clínica, mas, também, na vigilância, reabilitação e avaliação interdisciplinar de doenças emergentes (BRASIL, 2012).

A pesquisa clínica constituiu-se, ao longo dos anos, como um foco de interesse para as profissões de saúde de uma forma geral, em virtude da grande contribuição, relevância das suas finalidades e abrangência das suas intervenções e resultados (CARVALHO, 2011).

Cada vez mais são desenvolvidas PC em uma escala global, tendo a indústria e o governo como patrocinadores nos países ricos, assim como transferidores dessas pesquisas para os países menos ricos. A internacionalização das pesquisas clínicas pode, sem dúvida, ser benéfica para os países em desenvolvimento, caso se consiga somar os objetivos das instituições financiadoras e a capacidade de pesquisa dos países hóspedes (LIMA e PEREIRA, 2012).

A chamada globalização da pesquisa clínica oferece oportunidades de treinamento e capacitação aos membros dos centros de pesquisa, por meio do intercâmbio de informações, desenvolvimento e aprimoramento dos métodos de ensino e pesquisa, bem como fornecimento de novas opções terapêuticas aos pacientes (DAINESI e GOLDBAUM, 2012).

Glickman *et al.* (2009) afirmam que a globalização da pesquisa clínica é um fenômeno relativamente recente e que, apesar do grande número de estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, uma crescente variedade de países vem surgindo como locais de realização de ensaios clínicos fora da América do Norte. Nesse sentido, torna-se importante mencionar a participação do Brasil nesse cenário, uma vez que este vem ganhando espaço internacional. Tal crescimento pode proporcionar vantagens significativas para vários setores da sociedade.

Nessa conjuntura de expansão da pesquisa clínica no país, o Ministério da Saúde (MS) ressalta a relevância desse tipo de estudos, por estes serem capazes de gerar respostas aos problemas de saúde de boa parte da população, através da realização de estudos nacionais, longitudinais, multidisciplinares e, também, multicêntricos (BRASIL, 2010).

A pesquisa clínica multicêntrica é um desenho de estudo no qual ocorre a condução simultânea e controlada de um mesmo protocolo em diversas instituições, devendo ser conduzidas em conformidade com um grande número de leis, normas e diretrizes nacionais e internacionais. Vale destacar que as PC multicêntricas permitem a troca de informações e potencializa a produção do conhecimento e os resultados alcançados, proporcionando o fortalecimento da pesquisa e o vínculo entre todos os envolvidos, o que é indispensável para a geração de conhecimento (BRASIL, 2011).

Essa globalização das PC ainda é predominante na indústria farmacêutica multinacional, que vem expandindo seus horizontes em busca de outros centros de pesquisa e ampliando sua capacidade de recrutamento de pacientes (DAINESI e GOLDBAUM, 2012).

Esse crescimento não ocorre na mesma proporção quando se trata de estudos clínicos nacionais ou multicêntricos na atenção primária, uma vez que no Brasil essa prática ainda é pouco realizada e até mesmo a discussão na literatura sobre o tema é escasso, não considerando a necessidade cada vez mais crescente de intervenção e controle das doenças emergentes, que são, em sua maioria, diagnosticadas e acompanhadas na atenção primária (BRASIL, 2010).

A carência de PC multicêntricas na atenção primária dificulta a concretização deste tipo de pesquisa. Tais dificuldades podem ser facilmente percebidas quando se observa a falta de estrutura das unidades de saúde e a ausência de profissionais habilitados. Apesar das dificuldades enfrenta-

das no desenvolvimento de uma pesquisa clínica na atenção primária, não se pode negar a sua importância. Nesse sentido, o Manual Sobre Ética com Seres Humanos (2010), da prefeitura municipal de São Paulo, expõe que pesquisas deste tipo podem produzir resultados relevantes e muito contribuir para a saúde coletiva dos países envolvidos.

É notória a importância da PC para o desenvolvimento científico e tecnológico. Contudo, é preciso reinterar que as experimentações que envolvem seres humanos, devem ocorrer sempre com a valorização da autonomia do sujeito, o que permite perceber a importância do Consentimento Informado (CI) no desenvolvimento de toda e qualquer pesquisa, com especial destaque para os ensaios clínicos, uma vez que estes são, em sua maioria, realizados através de procedimentos invasivos.

Segundo Giostri (2003), o consentimento informado pode ser definido como sendo a livre aceitação de uma intervenção desenvolvida por um profissional de saúde, sendo esta permissão realizada por pessoa autônoma e capaz, depois de adequada exposição, pelo profissional, da natureza da intervenção, suas vantagens, desvantagens, riscos e benefícios.

O CI surge porque em nome da ciência e do paternalismo médico, a humanidade sofreu de forma perversa com as experimentações científicas que foram desenvolvidas, utilizando-se de quase nenhum padrão ético e quase nenhuma qualidade em todo o mundo (BITENCOURT *et al.*, 2007).

A referência mais marcante sobre experimentos que utilizaram humanos de forma inadequada pode ser remetida à Segunda Guerra Mundial, período em que ocorreram

verdadeiras atrocidades, realizadas por profissionais médicos em populações vulneráveis, as quais demonstram o fiel retrato da maldade humana produzida na busca de conhecimento (SILVA, OLIVEIRA e MUCCIOLI, 2005).

Durante esse período, diversos experimentos foram desenvolvidos nos campos de concentração, de forma repugnante. As experimentações causaram dor, humilhação e morte às pessoas confinadas, fossem elas judias, ciganas, homossexuais ou qualquer tipo de “inimigo” do regime. Assim, na perspectiva do avanço científico, foram realizados experimentos desenvolvidos diretamente nas pessoas, sem um consentimento prévio; como também a comercialização de fármacos que não possuíam eficácia garantida, os quais produziram verdadeiras mutilações em humanos (KIM e SCIALLI, 2011).

Com a intenção de limitar as barbaridades cometidas por pesquisadores, as quais representavam pesquisas não terapêuticas, em que os sujeitos envolvidos eram prisioneiros de guerra que estavam sob total submissão foi criado o consentimento informado (LUNA, 2008).

Portanto, na pesquisa com seres humanos deve sempre ser considerado o benefício das pessoas e não dos pesquisadores, sendo o CI absolutamente essencial para o desenvolvimento das pesquisas clínicas (WASHINGTON, 1947).

Então, tornou-se ponto primordial a questão do CI, tal consentimento representa a manifestação clara em favor do respeito e da dignidade das pessoas. Sendo justamente para a pessoa humana que se dirige o foco de atenção ao limitar ou regular as PC, pelas quais devem ser responsáveis cientistas qualificados (ZUBEN, 2007).

De tal modo, a comunicação passou a ter um lugar significativo no processo de recrutamento dos sujeitos. Uma vez que nas práticas assistenciais de saúde, a comunicação é um processo especial de interação humana, é a base da prática clínica em suas dimensões técnica, humanística e ética, fundamentando-se como ferramenta indispensável para obtenção do CI (GROSSEMAN e STOLL, 2008).

Assim, este estudo teve como objetivo descrever os fatores que influenciam na decisão de assinatura do consentimento informado de uma pesquisa clínica multicêntrica desenvolvida na atenção primária brasileira.

METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, desenvolvido mediante recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada: Consórcio Internacional de Pesquisa em Gestão de Risco, Avaliação e Vigilância em Dengue, (IDAMS), financiada pela União Europeia e envolvendo seis países, Vietnã, Malásia, Indonésia, Camboja, Alemanha e o Brasil (Ceará/Fortaleza). Que tinha como objetivo identificar o diagnóstico precoce e diferencial entre dengue clássica e grave, distinguindo-as de outras doenças febris em até 72h após o início da febre, no serviço de atenção primária.

O experimento foi realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Paracampos, unidade de saúde localizada no bairro Mondubim, da cidade de Fortaleza-CE, e vinculada à Secretaria Executiva Regional V, da Prefeitura Municipal. A escolha desta UAPS se deu pelo fato de seus

profissionais médicos e enfermeiros terem participado de um treinamento em boas práticas clínicas, o que os tornou aptos a colaborarem no atendimento aos pacientes do IDAMS.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de março a junho de 2013, por meio de observações participantes, diários de campo e entrevistas. Para a realização dessas observações, foram percorridos, além da UAPS, a comunidade e os domicílios, o que permitiu captar informações que foram registradas no diário de campo. No que corresponde às entrevistas, foram realizadas entrevistas abertas, gravadas em um gravador digital portátil, que ocorreram de acordo com a disponibilidade de horário e agenda dos participantes e seguiram um roteiro apresentado sob a forma de tópicos ou temas (temário), que não impediu o aprofundamento de aspectos que pudessem ser relevantes ao entendimento do objeto em estudo.

A população foi composta pelos pacientes cadastrados no IDAMS, o que permitiu a composição de uma amostra de 15 colaboradores.

Para análise dos dados foi utilizada como ferramenta de organização o *software Qualitative Solutions Research N-vivo* (QSR), versão 2.0, que corresponde a um *software* desenvolvido para realizar a organização e codificação de dados qualitativos.

Desenvolvida pela Universidade de La Trobe, Melbourne, Austrália, esse programa ajuda na administração e síntese das ideias dos pesquisadores e fornece a possibilidade de acrescentar, modificar, ligar e cruzar dados originados de documentos textuais (FERREIRA e MACHADO, 1999).

Alguns passos foram seguidos durante a utilização do N-vivo, como: 1) Codificação, categorização ou representação de uma categoria ou ideia abstrata onde é possível armazenar sua definição, e que no N-vivo nomeia-se de “nós”; 2) Conceituação das categorias; 3) Agrupamento; e 4) Análise dos dados.

O Quadro 1 mostra, de forma sucinta e com fácil visualização, todo o processo de utilização do N-vivo.

Quadro 1 – Etapas de configuração do N-Vivo.

Configuração do Projeto	Análise do Projeto
Inserção dos dados	Codificação
Agrupamento	Exploração dos dados
Categorização	Construção de modelos Resumo dos Dados

Fonte: Elaboração própria.

Após realizada a codificação e a organização dos dados pelo *software* QSR *N-vivo*, foi efetuada a análise temática dos temas provindos dessa organização, já que essa técnica é considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2010).

Foram levadas em consideração as exigências contidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que, atualmente, regulamenta os aspectos ético legais das pesquisas com seres humanos. Aos participantes foram asseguradas a autonomia, não maleficência, beneficência, anonimato, privacidade e o direito a desistência em qualquer etapa da pesquisa. Foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Informado, após os devidos esclarecimentos sobre este documento (BRASIL, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste seguimento, estão os achados obtidos nas entrevistas e observações, bem como se promove uma discussão baseada nas reflexões procedidas. Buscou-se compreender, por meio das observações e falas dos entrevistados descrever os fatores que influenciaram na decisão de assinatura do consentimento informado de uma pesquisa clínica multicêntrica desenvolvida na atenção primária brasileira.

Na sequência, apresenta-se a categoria constituída após submissão do material coletado no campo de estudo, as etapas da análise do *software* N-VIVO, tendo por base o objetivo delineado. A categoria corresponde à: “Procura por Assistência”.

Procura por assistência

Ao tratar da assistência à saúde será destacada a atenção primária, por ter sido este o campo do estudo e por caracterizar-se de acordo com o Ministério da Saúde (2013), como um nível de atenção que abrange a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde; além de ser o contato inicial dos usuários com os sistemas de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O foco desta discussão, nesse momento, também se volta brevemente para a dengue, por ser essa a doença acompanhada pelo IDAMS e por ser essa a patologia res-

ponsável pela procura do serviço de saúde. Assim, a assistência oferecida a pacientes diagnosticados com dengue na atenção primária levou a formulação dessa categoria.

O número de novos casos de dengue, a cada ano, está estimado em 50 milhões e, aproximadamente, 2,5 bilhões de pessoas vivem em áreas endêmicas. A doença predomina nas regiões tropicais e nos centros urbanos, podendo ser considerada um dos principais problemas de saúde pública no mundo. O Brasil tem sofrido muitas epidemias com graves formas da doença, representando, atualmente, mais de 70% dos casos relatados nas Américas. A dengue pode variar, apresentando desde uma sintomatologia leve a uma sintomatologia mais severa e, eventualmente, pode levar à morte (SÁ *et al*, 2012).

A dengue pode manifestar uma vasta gama de sintomas e sinais clínicos. Os mais presentes, normalmente, são: cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração e exantema. Apesar de possível a identificação de alguns sintomas da doença, ainda não existe métodos que determinem, com precisão, o início e a gravidade da doença. Fazendo-se essencial a procura pelo serviço de saúde em busca de um tratamento eficaz (GIBSON, 2013).

Em sua grande maioria, o atendimento às pessoas acometidas por sinais e sintomas da dengue é feito na atenção primária. Nesse sentido, apesar da dengue ser uma doença que pode evoluir gravemente, seu tratamento, quando oportuno e em um grande número de casos, é relativamente simples e barato, sendo necessário o acompanhamento dos sintomas, o que pode ser feito na atenção primária, de acordo com a evolução das manifestações clínicas (BRASIL, 2011).

A atenção primária oferece um atendimento que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde. A intensidade e o modo de utilização desse nível de atenção estão relacionados com a capacidade do indivíduo de autoavaliar seu estado de saúde, assim como suas expectativas e necessidades de saúde (GOLDBAUM, GIANINI, NOVAES e CÉSAR, 2005).

A disparidade existente entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a realidade vivenciada pelos usuários da atenção primária favorece a busca pelos serviços de saúde apenas quando é realmente necessário.

De tal modo, a procura pelo serviço de saúde muitas vezes ocorre devido à necessidade real de atendimento, a qual pode ser percebida pela presença de sinais e sintomas, seja de dengue, de qualquer outra doença ou de uma alteração que requeira cuidados. O que acarreta em uma maior predisposição do paciente a aceitar o tratamento que for sugerido pelo profissional, mesmo que este tratamento esteja vinculado a estudos científicos, como o que ocorreu com os participantes do IDAMS, que relatam aceitarem participar da PC por meio da assinatura do CI devido à presença dos sintomas da dengue e a garantia de receber assistência, conforme o relato apresentado.

[...]. Eu aceitei participar porque minha fia eu tava só viva, era dor em todo canto, febre, parecia que eu ia morre, aí cheguei no posto o [profissional] disse que eu ia ser atendida aqui no posto mesmo,

perto de casa, fazer os exames, aí eu assinei[o consentimento] qualquer coisa eu não vinha mais [...]

[...]. Eu assinei [o consentimento] justamente por estar doente, com febre e muita dor nas juntas, e por que era uma garantia de ser atendida aqui perto de casa [...]

[...]. Eu assinei [o consentimento] porque eu queria ficar boa, porque queria fazer o tratamento. É muito ruim você tá doente sem poder fazer nada. Eu fui bem atendida mas mesmo que não tivesse sido eu tinha assinado por que eu queria era ficar boa [...]

Os participantes do IDAMS deixaram claro em suas falas que a adesão à pesquisa se deu por que estavam à procura de solucionar suas necessidades de saúde, já que a pesquisa oferecia essa possibilidade de forma integral e sem a necessidade de percorrer grandes distâncias para chegar ao serviço, por isso eles decidiam participar assinando o CI.

O que corrobora com a fala de Marques e Lima (2007) quando dizem que a colaboração dos pacientes durante a realização das pesquisas em saúde e a procura por serviços assistenciais envolvem diversos fatores que dependem, dentre outras coisas, da estruturação da pesquisa ou do serviço, mais especialmente das necessidades do usuário. Dentre as mais influentes tem-se: a gravidade da situação colocada

pelo paciente, a resolatividade da atenção e as condições de acesso ao serviço, como deslocamento e distância do domicílio.

A necessidade de cuidados surge nos resultados da pesquisa como fator primordial para adesão ao IDAMS. Os participantes expuseram suas concepções sobre a assinatura do CI e enfatizaram que a participação no estudo estava diretamente relacionada a uma necessidade explícita e expressa de saúde. Muitos participantes acreditavam que suas necessidades seriam sanadas pela participação no estudo. Assim, a assinatura do consentimento informado envolve fatores que estão diretamente relacionados às condições de saúde e doença das pessoas, à busca pelo cuidado, ao acesso a exames, consultas e acompanhamento profissional, como é possível observar nos discursos.

[...]. Assinei o papel [consentimento] porque tava ruim com febre e dor em todo canto, aí me disseram que eu ia ser atendida aqui no posto ia fazer os exames e receber aqui mesmo, aí assinei se não desse certo, eu não vinha mais [...]

[...]. Assinei [o consentimento] porque eu tava doente, né, e a [profissional] disse que eu ia fazer os exame pra saber se era dengue e se fosse fazia o tratamento aqui no posto, aí assinei [consentimento] porque eu tava doente e queria saber realmente o que era que eu

tinha, é ruim demais essa doença, tava de cama, pra se levantar era um sacrifício [...]

[...]. Eu quis participar da pesquisa porque eu tava com febre, dor no corpo, uma moleza e enquanto eu tinha sintomas eu fiquei vindo pra ver o que era realmente né. E foi isso. Eu não tava nem trabalhando quiria fazer o exame, queria ficar boa [...]

Essa necessidade e busca por assistência influencia a construção e as escolhas subjetivas e individuais acerca do processo de participação na forma de tratamento, sob a influência de diversos fatores e contextos, que vão desde o contexto social, práticas religiosas, dispositivos biomédicos e outras formas assistenciais que variam entre os serviços da atenção primária (CABRAL, HEMÁEZ, ANDRADE e CHERCHIGLIA, 2011).

Os autores acima ainda colocam que, em tempos passados, a busca por assistência era interpretada somente do ponto de vista da demanda por serviços do sistema de saúde e de uma crença inquestionável no modelo biomédico. Esse comportamento vem sofrendo mudanças ao longo dos anos, permitindo perceber a inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na análise do comportamento da procura por atendimento, mostrando que as concepções sobre a enfermidade, os malefícios por ela causados e o acesso aos serviços de saúde definem a participação do paciente no processo do cuidado.

Como podemos perceber, a colaboração dos pacientes durante a realização das pesquisas em saúde e a procura por serviços assistenciais envolvem diversos fatores que dependem, dentre outras coisas, da estruturação da pesquisa ou do serviço, mais especialmente das necessidades do usuário. Dentre as mais influentes tem-se: a condição de saúde do paciente, a qualidade da assistência e as condições de acesso ao serviço (MARQUES e LIMA, 2007).

Assim, fica claro que a adesão ao estudo, pode ser percebida pelo paciente como a garantia da resolução dos seus problemas de saúde e que a necessidade de assistência implica na procura pelo serviço de saúde e na participação das pessoas em um determinado estudo clínico. Essa afirmativa pode ser visualizada por meio das falas dos participantes conforme mencionado anteriormente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a importância da pesquisa clínica para o desenvolvimento científico e tecnológico, uma vez que o conhecimento em saúde que nossa sociedade possui é proveniente de estudos realizados a partir de experimentações clínicas. Foi assim que o conhecimento evoluiu e atingiu o patamar que hoje possui.

A pesquisa clínica costuma, em sua maioria, independentemente do nível de atenção em que seja realizada, ser demorada, requerendo um acompanhamento prolongado do participante. Nesse sentido, identificou-se que a adesão ao IDAMS ocorria em virtude da busca por cuidados especializados.

Assim, ficou claro que a assinatura do CI consequentemente a participação na PC relacionava-se diretamente à presença de sinais e sintomas da doença acompanhada no estudo, o que permitiu perceber que a garantia da assistência era o real motivo de participação na pesquisa clínica.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. P; RAU, J. Estudos Clínicos Nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p 10-15, 2012.

BITENCOURT, A. G. V; NEVES, F. B. C. S; KUWANO, A. Y; REBELLO, G. S; FRAGA, A. M; NEVES, N. M. B. C. Reflexões sobre os Juramentos Médicos Utilizados nas Faculdades Médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p 31-37, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Acolhimento à Demanda Espontânea Série A. Normas e Manuais Técnicos, **Cadernos de Atenção Básica**, v. 1, n. 28, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Pesquisa Clínica do Brasil: Respostas e redução da dependência estrangeira. **Revista Saúde Pública**, Brasília, v. 44, n. 3, p 575-8, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. 4ª edição, Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Ministério da Saúde. Fortalecendo a pesquisa clínica no Brasil: A importância de registrar os ensaios clínicos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p 436-9, 2011.

_____. Ministério da Saúde, **Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica**, v. 2, 1ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2013-b.

CARVALHO, E. C. A pesquisa clínica e algumas estratégias para seu fortalecimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan-fev, 2011.

CABRAL, A. L. L. V; HEMÁEZ, A. M; ANDRADE, E. L. G; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

DAINESI, S. M; GOLDBAUM, M. Pesquisa clínica como estratégia de desenvolvimento em saúde. **Revista da Associação Medica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 1, p 2-6, 2012.

FERREIRA, V; MACHADO, P. **O programa informativo NUD IST: análise qualitativa de informação escrita**. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFSC, 1999.

GIBSON, G.; SANTOS, R. S.; BRASIL, P.; PACHECO, A. G.; CRUZ, O. G.; HONÓRIO, N. A.; KUBELKA, C.; CARVALHO, M. S. From primary care to hospitalization: clinical warning signs of severe dengue fever in children and adolescents during an outbreak in Rio de Janeiro, Brazil, **Caderno Saúde Pública**, v.29,n.1,p.82-90,jan,2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/10.pdf>> Acesso em: 22 out. 2013.

GLICKMAN, S. W.; MCHUTCHISON, J. G.; PETERSON, E. D.; CAIRNS, C. B.; HARRINGTON, R. A.; CALIF, R. M.; KEVIN, M. D.; SCHULMAN, M. D. Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. **N Engl J Med**, 360:816-23, 2009.

GIOSTRI, H. T. Sobre o consentimento informado: sua história, seu valor. **Jornal Vascular Brasileiro**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 267-

70, 2003. Disponível em: <<http://www.jvascbr.com.br/03-02-03/simposio/03-02-03-267.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2012.

GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v.31, n.1, p 90-99, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n1/12.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2013.

GROSSEMAN, S.; STOLL, C. O Ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p 301-308, 2008.

KIM, J. H.; SCIALLI, A. R. Thalidomide: the tragedy of birth defects and the effective treatment of disease. **Toxicol Sci**. 2011; 121:328-42.

LIMA, F. F. F.; PEREIRA, M. A. P. O papel do Brasil no cenário mundial da pesquisa clínica. **Revista Prática Hospitalar**, São Paulo, v. XIV, p. 158-164, 2012.

LUNA, F. Informed consent: still a useful tool in research ethics. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação na Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 41-51, 2008. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/208/184>>. Acesso em: 20 out. 2012.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, janeiro-fevereiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Manual sobre ética em pesquisa com seres humanos**. Secretaria Muni-

pal da Saúde. Comitê de Ética em Pesquisa. São Paulo: s.n., 2004. 2ª. Edição, p 113, 2010.

SÁ, R. T.; KUBELKA, C. F.; ZANDONADE, E.; ZAGNE, S. M. O.; ROCHA, N. S. M.; ZAGNE, L. O.; ARAÚJO, N. F.; AMIN, B.; FAZOLI, F.; SOUZA, L. J.; CRUZ, O. G.; CUNHA, R. V.; NASCIMENTO, D.; FROES, I. B.; NOGUEIRA, R. M. R. Clinical and hepatic evaluation in adult dengue patients: a prospective two-month cohort study, **Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical**, v.45, n.6, p 675-681, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n6/04.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.

WASHINGTON, D.C. Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law, v. 2, n. 10, p. 181-182. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1949. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/nuremcod.htm>>. Acesso em: 01 jul. 2012.

ZUBEN, N. A. V. As investigações científicas e a experimentação humana: aspectos bioéticos. **Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 12-23, 2007.

CAPÍTULO 21

IMAGEM CORPORAL E TRANSTORNOS ALIMENTARES ENTRE ESTUDANTES DE CURSOS DA SAÚDE

Nara de Andrade Parente
Helena Alves de Carvalho Sampaio

INTRODUÇÃO

Este capítulo objetiva discutir a questão da imagem corporal entre estudantes da área da saúde. São poucos os estudos que avaliam imagem corporal neste contexto. Trata-se de um recorte da dissertação desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (PARENTE, 2014).

A classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) coloca que as características diagnósticas da AN são: perda de peso e peso corporal mantido em, pelo menos, 15% abaixo do esperado; a perda de peso é autoinduzida; são evitados “alimentos que engordam”; há distorção da imagem na forma de psicopatologia específica com pavor de engordar e transtorno generalizado, envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado, em mulheres, como amenorreia, e, em homens, como perda de interesse e potência sexuais

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

A 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, conhecida como DSM-5 ou DSM-V traz também que esta perda de peso da AN acontece por restrição da ingestão energética em relação às necessidades, que conduz a peso corporal significativamente menor para idade, sexo, crescimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido aqui como peso menor que o minimamente esperado. E que há uma distorção na imagem corporal e influência negativa do peso ou forma corporal na autoavaliação, ou persistente ausência de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. E ainda subdivide a AN em dois tipos, o restritivo e o compulsivo/purgativo. É considerado restritivo quando, durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou purgação (vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Este subtipo apresenta perda de peso em consequência da dieta, jejum e/ou exercício excessivo. No tipo compulsivo/purgativo, durante os últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão e purgação alimentar. O nível de gravidade da AN está baseado, em adultos, no índice de massa corporal (IMC) e em crianças e adolescentes no percentil do IMC. Portanto, para adultos, o nível de gravidade é categorizado em leve ($IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$) e moderado ($IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2013).

Segundo Saikali *et al.* (2004), a primeira teoria sistemática a respeito de problemas de imagem corporal nos transtornos alimentares (TA) foi desenvolvida por Bruch no ano de 1962, sendo a distorção da imagem corporal um

dos três fatores necessários ao desenvolvimento da AN. Na revisão dos autores é citado que este pioneiro colocava tal distorção como o aspecto mais importante do transtorno e que a melhora dos sintomas da AN poderia ser temporária se não houvesse mudança corretiva na imagem corporal. Ainda para o autor da teoria, mais alarmante do que a má nutrição em si na AN é sua associação com a distorção da imagem corporal, onde se incluem os seguintes distúrbios: da consciência cognitiva do próprio corpo, da consciência das sensações corporais, do senso de controle sobre as funções corporais e das razões afetivas para a realidade da configuração corporal. Embora a insatisfação ou a distorção da imagem corporal possa estar presente em outros quadros psiquiátricos, já aqui citados, é nos TAs que seu papel sintomatológico e prognóstico é mais relevante (SAIKALI *et al.*, 2004).

Os TAs têm etiologia multifatorial, pois são determinados pela diversidade de fatores que interagem entre si para produzir e, muitas vezes, perpetuar a doença. Classicamente, distinguem-se os fatores predisponentes, precipitantes e os mantenedores, como a internalização dos ideais da mídia, respostas e comentários verbais negativos, maturação sexual precoce, abuso sexual, baixa autoestima e tendência a comparação maior entre a aparência das pessoas. Dentre os fatores precipitantes para desenvolvimento dos TAs, a dieta para emagrecer é o fator mais frequente. (GONÇALVES *et al.*, 2008; KIRSTEN *et al.*, 2009; ALVARENGA *et al.*, 2010a).

Os TAs possuem grande importância médico-social, comprometendo a saúde dos indivíduos, pois acarretam complicações clínicas sérias associadas com a desnutrição,

como comprometimento cardiovascular, arritmia cardíaca e hipotensão, alterações pulmonares, insuficiência renal, desidratação, distúrbios eletrolíticos, distúrbios na motilidade gastrointestinal, queda da densidade mineral óssea, alterações endócrinas, como a infertilidade, hipotermia, hipercolesterolemia, hipoglicemia, entre outras. Dessa forma, o distúrbio constitui uma “epidemia silenciosa”, e talvez este seja o motivo para que ainda não seja reconhecido pelas políticas públicas no setor da saúde (GONÇALVES *et al.*, 2008; PENZ *et al.*, 2008).

O sentimento de negação da própria condição patológica, por conta de crenças existentes em torno dos sintomas dos TAs, muitas vezes leva essas síndromes a se estenderem por longo período sem ser diagnosticadas, acarretando o aparecimento dessas comorbidades e agravos à saúde. Há indivíduos que apresentam síndromes parciais ou atípicas, ou seja, TAs não especificados, que se caracterizam por manifestação sintomatológica incompleta ou leve, insuficientes para atingir o diagnóstico clássico, mas que também afetam a qualidade de vida dos acometidos e são consideradas mais frequentes que as completas. Além disso, sabe-se que de 14% a 46% delas progridem para síndromes completas. O conhecimento de que a percepção distorcida do peso corporal leva a práticas inadequadas de controle de peso pode favorecer a adoção de medidas preventivas, como campanhas educativas que visem esclarecer a ligação entre o culto ao corpo e os TAs. Essas são medidas que devem ser especificamente consideradas em casos de populações em que se encontre uma alta prevalência de distorção da autoimagem corporal (PENZ *et al.*, 2008; GARCIA *et al.*, 2010).

Gonçalves *et al.* (2008) relatam que atitudes de comportamento alimentar preocupantes e problemáticas relativas ao medo da “gordura” são comumente encontradas.

A AN é definida por Kirsten *et al.* (2009) como uma perda de peso autoimposta, acompanhada de disfunção endócrina e atitude psicopatológica distorcida em relação à imagem, à alimentação e ao peso. Já a Bulimia Nervosa apresenta episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso. Para fins diagnósticos, fala-se da compulsão e dos comportamentos compensatórios inadequados ocorrendo, em média, pelo menos duas vezes por semana há três meses.

Garcia *et al.* (2010) referem haver estudos mostrando aumento, nos últimos 50 anos, da insatisfação com o corpo, principalmente entre mulheres. Falam que o culto ao corpo e o consumismo são dois fatores apontados para essa crescente insatisfação. Ressaltam que o fato de a maioria das mulheres não corresponder a um ideal de beleza associado à magreza provoca sentimentos de inadequação e vergonha, o que gera alterações no comportamento alimentar, que são caracteristicamente de risco para o desenvolvimento de TA, como já citado.

Embora os padrões de beleza mudem com o tempo, o maior problema é que estes padrões são inatingíveis para a maioria dos indivíduos. Muitas vezes, a pressão para atingir o corpo ideal difundido como padrão de beleza leva à piora da imagem corporal, aumento do comer desordenado e a tentativas malsucedidas de controle de peso. As influências socioculturais podem induzir o desejo de um corpo magro e à conseqüente insatisfação com o corpo real, ao não se conseguir alcançar o ideal cultural. A autopercepção corporal

refletida como grande insatisfação com a própria imagem corporal tem influências comportamentais; uso de dieta restritiva mais frequente quanto maior a preocupação com o peso corporal; prática de atividade física exagerada; leitura de revistas que exaltam a utilização de dieta restritiva e que colocam a magreza como símbolo de beleza e de poder (PENZ *et al.*, 2008; ALVARENGA *et al.*, 2010a).

Ocorre medo obsessivo da obesidade, o que faz com que cada vez mais mulheres controlem o peso corporal, com o uso de dietas milagrosas, exercícios exagerados, laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas (KIRSTEN *et al.*, 2009; ALVARENGA *et al.*, 2010a).

Kakeshita *et al.* (2006) observam que alguns estudos sobre medidas de percepção da imagem corporal têm utilizado o IMC como indicador do estado nutricional e que a maioria das publicações sobre o tema enfocam a relação entre a imagem corporal e o IMC em indivíduos diagnosticados com algum distúrbio alimentar, transtorno mental ou entre praticantes de atividade física.

Garcia *et al.* (2010) ressaltam que, ao se encontrar alguns grupos populacionais com maior ou menor vulnerabilidade aos TAs, na verdade não se tem certeza se o ambiente tem influência desencadeante ou se pessoas já predispostas tendem a procurar inserção em tais grupos.

Souza *et al.* (2002) chamam a atenção para o fato de que a prevalência de bulimia nervosa clinicamente significativa em estudantes universitárias é maior que a da população geral, correspondendo a aproximadamente 4% e que a incidência desse distúrbio nesse grupo é cinco vezes maior que a de mulheres empregadas.

Pires *et al.* (2010) citam estudo em que 15% de estudantes de Medicina já tinham apresentado história de distúrbios alimentares, o que foi relacionado ao alto nível de estresse dos estudantes de áreas das Ciências Biológicas e da Saúde.

Há autores também que citam um padrão alimentar anormal atuando como motivação preexistente para a procura desses cursos e outros autores afirmam que acadêmicos do primeiro ano, geralmente, apresentam maior risco de desenvolver TA (LAUS *et al.*, 2009). Estudo realizado por Hughes e Desbrow, citados por Laus *et al.* (2009), que avaliou os motivos que levaram à escolha do curso de Nutrição como carreira, detectou que um dos principais fatores relatados foi experiência pessoal prévia com TA.

Garcia *et al.* (2010) citam que nos estudos que compararam números de casos de comportamento alimentar alterado em universitários de diferentes cursos, os estudantes de Nutrição são os que possuem os maiores e, por isso, consideram os dados preocupantes, pois estes estudantes serão profissionais habilitados para educar em relação aos assuntos de peso e forma corporal e por este motivo é alarmante que possuam TA, pois a literatura aponta que isso pode influenciar na prática profissional. Os autores referem, ainda, que o interesse pelo tema dieta/alimentação e a preocupação com a imagem corporal é uma característica presente nos TAs. No caso dos estudantes de Nutrição, pode-se relacionar que o estudo destes temas durante o curso seja um atrativo a pessoas com tendência a desenvolver tais distúrbios ou que a pressão para a adequação do corpo dentro dos padrões

impostos, somado às expectativas de um bom desempenho profissional, favoreça o desenvolvimento de TA.

Esse aumento de prevalência dos TAs, principalmente entre a população estudantil, tem levado vários pesquisadores a intensificar seus estudos nesse campo de investigação em busca de conhecimento mais aprofundado sobre as causas, evolução, tratamento, possibilidades de recuperação desses quadros, bem como sobre as consequências dos TAs para a vida social e educacional das pessoas por eles acometidas (LAUS *et al.*, 2009).

No estudo de Laus *et al.* (2009) encontrou-se diferença estatisticamente significativa de percepção do peso corporal entre estudantes de cursos da área de saúde e humanas, com as estudantes da área da saúde apresentando maiores escores. Além disso, a análise realizada entre os quatro cursos estudados (dois de saúde e dois de humanas) demonstrou que as estudantes de Nutrição são as que apresentam as maiores pontuações nesse instrumento, sendo esses valores estatisticamente diferentes dos valores encontrados para os cursos de Publicidade e Administração, mas não de Educação Física ($p < 0,05$).

Gonçalves *et al.* (2008) observaram que 14,1% dos estudantes de Nutrição apresentaram sintomas de AN ($p < 0,05$). Ao avaliar a percepção corporal detectaram que 75,8% se encontravam insatisfeitos com a forma corporal ($p < 0,05$). De acordo com o teste de imagem corporal, a maioria dos estudantes de Nutrição sentia-se com excesso de peso, embora a maioria se encontrasse eutrófica.

Assim, percebe-se que o tema é ainda pouco explorado, mas emerge como investigação mandatória, na medida

em que possa minimizar tanto os riscos à própria saúde das pessoas com distorções de imagem corporal, como os riscos associados à prática de tais indivíduos poder suscitar distúrbios na população por eles atendida.

MÉTODO

Trata-se de estudo analítico com abordagem quantitativa. A população é constituída de estudantes dos Cursos da área de saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), localizada em Fortaleza-Ceará. O universo do estudo é representado pelos estudantes regularmente matriculados no *campus* de Fortaleza da UECE dos seguintes cursos do Centro de Ciências da Saúde: Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional. No ano de 2012, período em que foi realizada a coleta dos dados, na UECE, havia um total de 1574 estudantes, sendo 384 matriculados em Ciências Biológicas, 408 em Educação Física, 271 em Enfermagem, 272 em Nutrição e 239 em Medicina.

Para integrar a amostra foram atendidos os seguintes critérios de inclusão, os quais estão apoiados na revisão apresentada no capítulo anterior: ser estudante de curso da área de saúde de uma das duas universidades e ser adulto jovem (LOBATO, 2004), optando-se pelos extremos de 18 e 30 anos, além disso, concordar em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram critérios de exclusão: presença de TA já diagnosticado, gravidez e estar cursando os dois últimos semes-

tres do curso, pois tais estudantes estão realizando estágio curricular, não permanecendo no *campus*, inviabilizando obtenção dos dados.

Os estudantes foram abordados nas respectivas salas de aula. As pesquisadoras explicaram em que consistia a pesquisa e os convidaram a participar do estudo. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além do nome e assinatura, o estudante informou o *e-mail* de contato para o envio do questionário. Não houve limite quantitativo para adesão ao convite, sendo aceitos todos que manifestassem interesse em participar.

Foi utilizado um questionário formulado no Google Docs composto por dados de identificação, antropométricos e imagem corporal.

Para investigação da imagem corporal foi utilizado o Questionário da Imagem Corporal, versão em português (CORDAS, NEVES, 1999) do *Body Shape Questionnaire* (BSQ) por ter sido validado no Brasil e em grupo populacional semelhante, de estudantes universitários (DI PIETRO, SILVEIRA, 2009).

O questionário é composto por 34 questões que devem ser respondidas pelo próprio entrevistado de acordo com uma legenda, com opções variando de “nunca” (correspondendo a 1) a “sempre” (equivalendo a 6). A pontuação varia de 0 a 204, e as categorias de intensidade variam de “Insatisfação com imagem corporal ausente” (0 a 80 pontos), “insatisfação de imagem corporal leve” (81 a 110 pontos), “insatisfação de imagem corporal moderada” (111 a 140 pontos) e “insatisfação de imagem corporal grave” (141 a 204 pontos).

O Google® Docs gera uma tabulação automática no Excel® for Windows para manter o total sigilo dos participantes. A amostra contou com 243 estudantes.

Os dados tabulados no Google® Docs foram explorados inicialmente para a planilha de textos Excel®, versão 2007, da Microsoft. Nessa planilha foram verificados erros de digitação e possíveis inconsistências nos dados. Após as correções, a planilha do Excel® foi exportada para a análise estatística no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 17.0, da IBM. As diferenças foram consideradas estatisticamente significantes se o p-valor do teste fosse menor que 0,05.

O estudo foi delineado de acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), vigente à época de sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE e está de acordo com a resolução e 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado sob número 10724749-6. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa não apresentou risco à saúde dos pacientes envolvidos, pois não foram adotadas técnicas invasivas.

RESULTADOS

Tabela 1 –Distribuição dos estudantes segundo local e curso universitário. Fortaleza, 2014.

Cidade	Fortaleza-BR	
	n	%
Curso		
Ciências Biológicas	44	18,1
Educação Física	57	23,5
Enfermagem	41	16,9
Medicina	21	8,6
Nutrição	80	32,9
Total	243	100,0

Fonte : Pesquisa própria. 2015.

Dentre os estudantes avaliados, a maioria eram mulheres (80,7%) e solteiras (95,5%).

Os resultados de BSQ são descritos na tabela 2 com número e frequência, apontando uma alta prevalência de insatisfação com a imagem corporal.

Tabela 2 –Resultados do *Body Shape Questionnaire* (BSQ)¹ aplicado nos estudantes avaliados, segundo local. Fortaleza, 2014.

BSQ	Fortaleza-BR	
	n	%
Insatisfação corporal ausente	138	56,8
Insatisfação corporal presente	105	43,2
Total	243	100,0

¹Segundo Di Pietro, Silveira (2009) – Brasil.

Fonte : Pesquisa própria. 2015.

A insatisfação com o peso parece ter sido o maior determinante dos escores relativos ao BSQ, que denotaram alta proporção de insatisfação corporal. Os estudantes com excesso ponderal apresentaram maior insatisfação. Em estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2012) com 175 estudantes de Nutrição utilizando o BSQ, detectou-se insatisfação em 36,6% das estudantes avaliadas quando comparados os valores médios dos parâmetros antropométricos e de composição corporal as estudantes com insatisfação corporal apresentavam médias de IMC maiores do que as alunas que não apresentavam insatisfação corporal.

Alvarenga *et al.* (2010a), avaliando a insatisfação corporal de universitárias brasileiras com participação de 2489 estudantes de todo o Brasil encontraram que 96,3% das estudantes com excesso de peso desejavam ter um tamanho menor. Neste estudo, outro método foi utilizado para verificar a imagem corporal, mas merece ser citado por sua abrangência e importância com relação ao estudo de imagem corporal entre universitários.

No estudo de Bosi *et al.* (2008) com estudantes de Educação Física, as pontuações de BSQ tiveram média de 81 (DP = 33,5). No estudo de Garcia, Castro e Soares (2010) a média de pontos de BSQ foi de 80,33 + 27,7, com insatisfação presente em 39,42% da amostra que era composta de estudantes de Nutrição.

Assim, a proporção de insatisfação com a imagem corporal detectada pelo BSQ no estudo atual é menor que as encontradas em outros estudos nacionais. Por outro lado, no presente estudo foram incluídos alunos de outros cursos da área da saúde, além de Educação Física e Nutrição, os

quais, hipoteticamente, podem sofrer menos pressão do que os das duas áreas citadas. Considerando publicações relativas a grupos populacionais espanhóis, não foram encontrados estudos em populações semelhantes que permitissem comparações.

REFERÊNCIAS

ADRIAN, M.; ZEMAN, J.; ERDLEY, C.; LISA, L.; SIM, L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 39, n. 3, p. 389-400, 2010.

ALVARENGA, M. S.; PHILIPPI, S. T.; LOURENÇO, B. H.; SATO, P. M.; SCAGLIUSI, F. B. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias Brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 44-51, 2010a.

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Nutrição e transtornos alimentares: Avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, 2010b.

BOSI, M. L. M.; LUIZ, R. R.; UCHIMURA, K. Y.; OLIVEIRA, F. P. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n. 1, p.28-33, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 196/96 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Diário Oficial da União, p. 21082-5, 1996.

_____. Ministério da Saúde. CNE/CONEP. **Resolução nº 466/2012. Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 28 jun. 2013.

CORDÁS, T. A.; NEVES, J. E. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria clínica**. v. 26, n. 1, Edição especial, p. 41-47. 1999.

DI PIETRO, M.; SILVEIRA, D. X. Internal validity, dimensionality and performance of the Body Shape Questionnaire in a group of Brazilian college students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 21-24, 2009.

GARCIA, C. A.; CASTRO, T. G.; SOARES, R. M. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de nutrição de uma universidade pública de porto alegre – RS. **Rev HCPA**, v. 30, n. 3, 2010.

GONÇALVES, T. D.; BARBOSA, M. P.; ROSA, L. C. L.; RODRIGUES, A. M. Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 3, 2008.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 497-504, 2006.

KIRSTEN, V. R.; FRATTON, F.; PORTA, N. B. D. Transtornos alimentares em alunas de nutrição do Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 219-227, mar./abr., 2009.

LAUS, M. F.; MOREIRA, R. C. M.; COSTA, T. M. B. Diferenças na percepção da imagem corporal, no comportamento alimentar e no estado nutricional de universitárias das áreas de saúde e humanas. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3, p. 192-196, 2009.

MOSQUERA, J. J. M. & STOBAUS C. D. Autoimagem, autoestima e autorrelização: Qualidade de vida na Universidade. **Psicologia, Saúde e Doença**, v. 7, n. 1, p. 83-85, 2006. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística**

internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

PARENTE, N. A. **Interação entre ambiente familiar e imagem corporal entre estudantes de cursos da área de saúde:** uma análise comparativa Brasil-Espanha. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, set. 2014.

PENZ, L. R.; BOSCO, S. M. D.; VIEIRA, J. M. Risco para desenvolvimento de transtornos alimentares em estudantes de Nutrição. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 124-128, jul./set. 2008.

PIRES, R.; PINTO, J.; SANTOS, G.; SANTOS, S.; ZRAIK, H.; TORRES, L.; RAMOS, M. **Rastreamento da frequência de comportamentos sugestivos de transtornos alimentares na Universidade Positivo.** **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 115-123, abr./jun., 2010.

SAIKALI, C. J.; SOUBHIA, C. S.; SCALFARO, B. M.; CORDÁS, T. A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica.** v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.

SILVA, J. D.; SILVA, A. B. J.; OLIVEIRA, A. V. K.; NEMER, A. S. A. Influência do estado nutricional no risco para transtornos alimentares em estudantes de nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3399-3406, 2012.

SOUZA, F. G. M.; MARTINS, M. C. R.; MONTEIRO, F. C. C.; MENEZES NETO, G. C.; RIBEIRO, I. B. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 4, p. 172-180, 2002.

CAPÍTULO 22

INFLUÊNCIA DO PERFIL DE MACRONUTRIENTES E DO VALOR ENERGÉTICO DA DIETA NO APETITE DE PACIENTES COM E SEM *HELICOBACTER PYLORI*.

Daianne Cristina Rocha

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Lais Marinho Aguiar

Antonio Augusto Carioca

INTRODUÇÃO

A infecção pelo *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) é considerada um importante problema de saúde pública, pois ocorre em todo mundo e acomete mais da metade da humanidade. Concentra-se mais em países em desenvolvimento, e acomete todas as faixas etárias, atingindo 70% a 90% da população. A prevalência é menor em países desenvolvidos, situando-se entre 25% e 50%. No Brasil, a prevalência em adultos é 82% (*World Gastroenterology Organisation - WGO*, 2010). A melhoria das condições de vida das populações, mesmo nas regiões mais subdesenvolvidas, pode promover drástica redução desse microorganismo (PARENTE, PARENTE, 2010).

A literatura, embora controversa, aponta influência da infecção pelo micro-organismo sobre a homeostase ponde-

ral (NWOKOLO *et al.*, 2003, BLASER, ATHERTON, 2004). Pode ser que o *H. pylori* interfira nos níveis de grelina, um peptídeo secretado principalmente no estômago e responsável pela elevação do apetite e início do ato de comer. A hipótese é que o micro-organismo levaria a uma redução dos níveis desse peptídeo, acarretando redução do apetite e perda ponderal (NWOKOLO *et al.*, 2003; TATSUGUCHI *et al.*, 2004; BLASER, ATHERTON, 2004; OSAWA *et al.*, 2005).

O apetite pode ser medido com o auxílio de avaliações subjetivas. Quando usadas apropriadamente, essas avaliações subjetivas são reprodutíveis, sensíveis e preditíveis do consumo alimentar (TEGHTSOONIAM *et al.*, 1991; DE GRAAF, 1993; GREEN *et al.*, 1997) A avaliação do apetite, permite uma análise mais profunda do comportamento alimentar do que a observação do simples consumo isolado do alimento (STUBBS *et al.*, 2000).

Os hormônios que comunicam ao Sistema Nervoso Central (SNC) aspectos relacionados aos estados agudos de fome e de saciedade variam em função da presença de alimento e do tipo de nutriente no trato gastrintestinal. Esses hormônios afetam aspectos importantes da ingestão, como a quantidade de alimento consumida em uma refeição, o momento de terminar a refeição (saciação), bem como a saciedade pós-prandial, a qual condiciona o intervalo entre as refeições, isto é, o tempo até o estímulo para voltar a comer (ALBUQUERQUE, 2012).

A distensão do estômago, por sua vez, é um importante sinal de saciedade e muitas pesquisas indicam que a distensão gástrica pode parar o ato de comer. O volume, in-

dependentemente de outras variáveis, tais como densidade e estado físico, tem efeito sobre a saciedade e, consequentemente, sobre o consumo de energia (NOBRE *et al.*, 2006).

Ainda não há estudos que analisem as interações entre composição da dieta, apetite e infecção por *H. pylori*, no entanto as influências da infecção sobre secreções digestivas, motilidade e distensão gástrica, envolvendo ou não a grelina, podem repercutir nas sensações de fome e saciedade.

O presente estudo tem como objetivo investigar se existe interação entre apetite e ingestão energética e de macronutrientes entre portadores e não portadores de *H. pylori*.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido em uma unidade de saúde que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo escolhida uma unidade de ensino, pesquisa e extensão com presença de um Serviço de Endoscopia Digestiva, já que a realização do exame endoscópico é um dos métodos disponíveis para diagnóstico da presença de infecção pelo *H. pylori*.

A amostra foi de conveniência, tendo sido avaliados 144 pacientes, 72 positivos para *H. pylori* e 72 negativos para este micro-organismo. A fim de permitir maior homogeneidade da amostra para a investigação do apetite, foram incluídos no estudo apenas pacientes que realizassem 3 refeições por dia, sem a presença de lanches, pois estes se mostraram muito inconstantes entre os mesmos. Assim, participaram do estudo 38 pacientes, sendo 14 positivos para *H. pylori* e 24 negativos para *H. pylori*.

Foram incluídos indivíduos adultos, tanto do sexo masculino como feminino, pacientes do Serviço citado e moradores da capital, a fim de facilitar acompanhamento. Foram excluídos gestantes, portadores de câncer gástrico, indivíduos que tivessem sido submetidos à cirurgia gástrica, pacientes com sangramento digestivo atual e/ou pacientes que tivessem utilizado medicação à base de inibidor de bomba de prótons e/ou antibióticos nas últimas quatro semanas.

A coleta de dados abrangeu o período de julho/2012 a maio/2013. Foram obtidas informações demográficas e socioeconômicas (sexo, idade, cor autorreferida, anos de estudo e renda mensal familiar) dos pacientes.

Para investigação da presença de *H. pylori*, os pacientes realizaram endoscopia digestiva alta, seguindo protocolo do Serviço para preparo para o exame. A presença do micro-organismo foi investigada através do teste da urease, utilizando-se o URETEST[®]. Também foi seguido o protocolo do Serviço para coleta do material e pesquisa do micro-organismo. O paciente foi considerado *H. pylori* positivo caso o teste da urease acusasse presença do micro-organismo, que segundo o fabricante é demonstrada pela mudança de coloração da solução, de amarelo para vermelho.

Quanto à investigação da sensação subjetiva de apetite, foi utilizada uma Escala Analógica Visual (EAV), adaptada da construída por Flint *et al.* (2000), com indagação de sentimentos atuais de fome, saciedade, plenitude e desejo de comer alimentos em geral ou específicos (gordurosos, salgados, doces e condimentados). Na referida escala são exibidos valores extremos de sensação presente ou ausente

indicados em uma linha de 100mm de comprimento, sem graduação. Os pacientes foram orientados a marcar uma linha vertical no ponto da escala em que achassem estar a sua sensação, antes e após cada refeição realizada. O ponto marcado pelo indivíduo foi medido com auxílio de uma régua para posterior quantificação e comparação das medidas resultantes.

As questões da escala de apetite são divididas da seguinte forma: Questão 1: fome; Questão 2: saciedade; Questão 3: plenitude; Questão 4: desejo de comer; Questão 5: desejo de comer alimentos doces; Questão 6: desejo de comer alimentos salgados; Questão 7: desejo de comer alimentos temperados; Questão 8: desejo de comer alimentos gordurosos.

O consumo alimentar foi investigado através de dois recordatórios alimentares de 24 horas, antes do exame endoscópico e referente a um dia de consumo em domicílio, obtido por contato telefônico ou por visita domiciliar, sendo que uma das duas ocasiões era referente ao consumo em um dia de final de semana, conforme recomendação de Fisberg, Marchioni e Colucci (2009). Os dados fornecidos pelos pacientes em medidas caseiras, foram transformados em gramas mediante padronização da *Tabela de Medidas Referidas para os Alimentos Consumidos no Brasil*, elaborada pela Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, 2010). Após esse procedimento, os dados foram inseridos no *software* DietWin Profissional 2.0, para análise de calorias e macronutrientes, estabelecendo-se o consumo diário a partir da média dos dois recordatórios realizados.

Os grupos foram comparados quanto a variáveis demográficas e socioeconômicas através do teste exato de Fisher, transformando-as em variáveis dicotômicas: idade < 30 anos e \geq 30 anos; anos de estudo \leq 8 anos e $>$ 8 anos; cor autorreferida branca e não branca; renda familiar mensal < 3 e \geq 3 salários mínimos. Para comparação das médias de ingestão energética e de macronutrientes e da pontuação nas questões da EAV de apetite foram utilizados os testes T de Student ou Mann-Whitney para comparações independentes entre dois grupos. Para comparações relacionadas foram utilizados os testes de Wilcoxon e Friedman. Para todas as análises considerou-se significante $p < 0,05$.

A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os participantes da pesquisa, 14 (36,8%) *H. pylori* positivos e 24 (63,2%) *H. pylori* negativos, foram caracterizados de acordo com sexo, faixa etária, anos de estudo, cor (autorreferida) e renda familiar mensal (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes avaliados, segundo dados demográficos e socioeconômicos e presença de *Helicobacter pylori*. Fortaleza, 2016.

Variáveis	Negativos		Positivos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	5	20,8	5	35,7	10	26,3
Feminino	19	79,2	9	64,3	28	73,7
Faixa etária						
<30	5	20,8	5	35,7	10	26,3
30 – 50	12	50,0	7	50,0	19	50,0
≥50	7	29,2	2	14,3	9	23,7
Anos de estudo						
≤ 8	5	20,8	6	42,9	11	29,0
9 a 11	5	20,8	2	14,2	7	18,4
≥ 12	14	58,4	6	42,9	20	52,6
Cor (autorreferida)						
Morena	9	40,9	0	0	9	25,0
Parda	5	22,7	3	21,4	8	22,2
Negra	1	4,5	7	50,0	8	22,2
Branca	4	18,2	2	14,3	6	16,7
Outras	3	13,6	2	14,3	5	13,9
Renda familiar mensal						
< 3	18	75,0	9	64,3	27	71,0
3-5	4	16,6	3	21,4	7	18,4
≥ 5	2	8,3	1	7,1	3	7,9
Não sabe	0	0	1	7,1	1	2,6

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Observa-se que a maioria era do sexo feminino, 28 (73,7%), com faixa etária entre 30 e 50 anos (50%), com pelo menos 9 anos de estudo (71,0%) e cor autorreferida não branca (83,3%). Em relação à renda mensal, houve maior prevalência de indivíduos com baixa renda familiar

mensial (71%). Não houve diferença entre os grupos em relação a estas variáveis. A idade média do grupo foi $37,9 \pm 12,3$ anos e a renda média familiar mensal foi $2,54 \pm 2,47$ salários mínimos.

A Tabela 2 mostra o consumo de energia e macronutrientes dos dois grupos segundo cada refeição avaliada. Não houve diferença entre os grupos.

Tabela 2 – Média de ingestão dietética de calorias, proteínas, carboidratos e lipídeos por refeição em pacientes Hp positivo e Hp negativo. Fortaleza, 2016.

Refeições		Positivo	Negativo	p*
Desjejum	Energia, kcal	270,7 (126,5)	341,7 (181,8)	0,206
	Proteínas, g	10,0 (5,4)	13,6 (15,4)	0,408
	Carboidratos, g	35,5 (16,1)	51,9 (35,2)	0,110
	Lipídeos, g	10,1 (6,1)	11,8 (9,5)	0,544
Almoço	Energia, kcal	698,5 (342,6)	640,8 (243,6)	0,548
	Proteínas, g	32,4 (17,0)	39,4 (19,1)	0,260
	Carboidratos, g	78,0 (45,9)	55,4 (40,2)	0,336
	Lipídeos, g	27,7 (12,1)	26,1 (11,1)	0,694
Jantar	Energia, kcal	447,1 (236,1)	516,4 (245,0)	0,399
	Proteínas, g	17,7 (10,4)	24,2 (14,7)	0,152
	Carboidratos, g	55,4 (40,2)	56,4 (32,8)	0,932
	Lipídeos, g	17,1 (11,6)	21,0 (12,5)	0,351

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

A interação entre consumo energético e de macronutrientes e a sensação subjetiva de apetite, segundo presença ou não da infecção, será apresentada em relação a cada refeição realizada.

Em relação ao café da manhã, nos pacientes portadores da bactéria, quanto mais saciados estavam antes desta refeição, menor foi o consumo de carboidrato ($r = -0,560$; p

= 0,037). Já em relação aos pacientes sem a bactéria, observou-se que quanto mais proteína ($r = -0,511$; $p = 0,011$) e carboidratos ($r = -0,429$; $p = 0,037$) foram consumidos no café da manhã, menos cheio eles se sentiram após a refeição. Quanto menor o consumo de gordura, menor o desejo por alimentos salgados ($r = -0,430$; $p = 0,036$); Quanto menor o consumo de carboidrato, menor o desejo por alimentos temperados ($r = -0,450$; $p = 0,027$). Para os outros componentes da escala não houve associação.

Em relação ao almoço, quanto mais fome os paciente positivos sentiam antes do almoço, menor foi o consumo de calorias ($r = -0,745$; $p = 0,002$), carboidrato ($r = -0,734$; $p = 0,003$) e proteína ($r = -0,752$; $p = 0,002$); quanto mais cheios eles se sentiam antes do almoço, maior o consumo de proteína ($r = 0,534$; $p = 0,047$); e quanto maior a vontade de comer, menor o consumo de proteína ($r = -0,709$; $p = 0,004$). Para os pacientes negativos, quanto mais calorias ($r = -0,490$; $p = 0,015$), carboidrato ($r = -0,519$; $p = 0,09$) e gordura ($r = -0,527$; $p = 0,008$) foi consumido no almoço, menor foi a sensação de fome após esta refeição; e quanto maior o consumo de carboidrato, menor foi a vontade de comer ($r = -0,436$; $p = 0,033$) ao terminar a refeição. Para os outros componentes da escala não houve associação.

No jantar, apenas houve resultados significativos nos pacientes portadores da bactéria, onde foi mostrado que quanto mais cheio eles se sentiam antes do jantar, menor foi o consumo de gordura ($r = -0,599$; $p = 0,040$); quanto mais carboidratos haviam consumido no jantar, mais fome tiveram após o jantar ($r = -0,752$; $p = 0,005$); e quanto menos calorias consumiam no jantar, menor a vontade de doce ($r = -0,676$; $p = 0,016$).

DISCUSSÃO

O perfil demográfico e socioeconômico encontrado entre os participantes aponta semelhanças entre os portadores e não portadores da infecção por *H. pylori*, o que elimina potenciais fatores de confusão na interpretação dos achados relativos ao consumo alimentar e sensação subjetiva do apetite.

A composição de macronutrientes, densidade energética, estrutura física e as qualidades sensoriais dos alimentos contribuem para a modulação da saciação e saciedade. Existe evidência de que o conteúdo de proteínas e fibras solúveis pode exercer um efeito mensurável sobre a motivação para comer (LEJEUNE *et al.*, 2006; LLUCH *et al.*, 2010).

Quando se compara o consumo de energia e macronutrientes nas três refeições dos dois grupos avaliados, percebe-se que não houve diferença significativa entre eles. Por outro lado, foram encontrados vários resultados significativos ao se analisar tanto a influência do apetite sobre o consumo calórico e tipo de macronutriente ingerido, como a influência do consumo calórico e tipo de macronutriente ingerido sobre o apetite pós-refeição.

Alguns dos achados são mais compreensíveis, como: “quanto mais saciado, menor o consumo de carboidrato” (resultado encontrado nos pacientes positivos, no café da manhã). Outros achados já são mais contraditórios, como: “quanto mais fome os pacientes positivos sentiam antes do almoço, menor o consumo de calorias, carboidrato e proteína”. Neste último caso, uma hipótese para esse menor consumo poderia ser a influência da presença da bactéria no consumo alimentar.

Ainda em relação aos resultados apresentados no café da manhã, especula-se que o fato de o consumo de carboidrato estar inversamente relacionado à sensação de “cheio”, pode ser devido à presença de carboidratos simples, sem fibras. De forma oposta, dietas ricas em fibra são relacionadas ao prolongamento da saciedade relacionadas à distensão gástrica, aumento da viscosidade no lúmen intestinal, aumento no tempo de trânsito intestinal e prolongamento do tempo de contato dos nutrientes com os receptores intestinais (Sparti *et al.*, 2000).

Não se esperava que o consumo de proteína também estivesse inversamente relacionado à sensação de “cheio”, pois estudos mostram que pessoas têm menos fome após a ingestão de proteína, e maior saciedade, quando comparada à de carboidrato e lipídio (STUBBS *et al.*, 1996; DOUCET, TREMBLAY, 1997; POPPITT *et al.*, 1998; HEITMANN *et al.*, 2012). No entanto, corroborando os presentes achados, em outro estudo, uma dieta rica em carboidrato teve maior poder de saciedade que uma dieta rica em proteína na segunda hora após a refeição e, valor semelhante para dieta rica em lipídio na terceira hora, indicando que diferentes mecanismos pré e pós-absortivos causam a transição do efeito do carboidrato, entre proteína e lipídio (por exemplo, resposta glicêmica e insulinêmica e/ou termogênese induzida pela dieta) (FISCHER *et al.*, 2004).

A ausência de estudos analisando a influência da dieta na predileção por alimentos específicos dificulta uma discussão mais aprofundada sobre o tema.

Em relação ao almoço, assim como no café da manhã, os resultados dos pacientes com a bactéria também foram

contraditórios. Os pacientes sem a bactéria apresentaram resultados de maior compreensão, pois realmente o consumo de calorias, carboidrato e gordura está inversamente relacionado à fome após a refeição; e quanto maior o consumo de carboidrato, menor o desejo de comer.

No jantar, apesar de não ter sido avaliado o índice e a carga glicêmica da refeição, especula-se que a carga glicêmica foi o que provocou a maior fome após esta refeição. O IG é definido como a relação entre a área abaixo da curva de resposta glicêmica duas horas após o consumo de uma porção de alimento-teste contendo 25 ou 50 gramas de carboidrato, e a área abaixo da curva de resposta glicêmica correspondente ao consumo de uma mesma porção de carboidrato do alimento-referência, a glicose ou o pão branco (farinha de trigo refinada) (JENKINS *et al.*, 2002; SARTORELLI, CARDOSO, 2006; FOSTER-POWELL *et al.*, 2002; SILVA, MELLO, 2006). A carga glicêmica (CG) é um cálculo matemático a partir do IG de um alimento e seu conteúdo de carboidrato. Representa um indicador global de resposta glicêmica e demanda insulínica induzida por uma porção de alimento (SALMERON *et al.*, 1997a; SALMERON *et al.*, 1997b). Uma refeição de elevado IG/CG está associada à menor saciedade (JENKINS *et al.*, 2002).

Como a intenção era apenas verificar potenciais interações do consumo de macronutrientes e energético no apetite e vice-versa, não foram investigados, de forma comparativa, os alimentos presentes nos cardápios diários.

Além da composição química da dieta, outros fatores influenciam no apetite, como: tipo de alimentos e sua consistência, e características dos indivíduos (idade, sexo,

composição corporal e restrições alimentares) (RABEN *et al.*, 2003), fatos aqui não analisados.

Os fatores que comunicam ao SNC aspectos relacionados aos estados agudos de fome e de saciedade incluem, principalmente, os hormônios gastrintestinais grelina, colecistocinina (CCK), peptídeo semelhante ao glucagon (GLP-1), oxintomodulina (Oxm), polipeptídeo pancreático (PP) e peptídeo YY (PYY), cuja produção varia em função da presença de alimento e do tipo de nutriente no trato gastrintestinal RABEN *et al.*, 2003).

É possível que exista um impacto dos hormônios gastrintestinais supracitados, principalmente a grelina, cuja produção pode estar alterada com a presença da bactéria, nos resultados encontrados.

François *et al.* (2011) encontraram que após a erradicação do *H. pylori*, os níveis de grelina pós-prandial foram quase seis vezes maiores do que o pré-erradicação ($p = 0,005$), e a mediana dos níveis de leptina também aumentou (20%) de forma significativa ($p < 0,001$). A mudança de grelina, antes da refeição, após a erradicação do *H. pylori*, foi positivamente correlacionada com a mudança no IMC após a erradicação do *H. pylori* em: 3 meses ($r = 0,78$, $p = 0,005$), 6 meses ($r = 0,86$, $p = 0,001$), 12 meses ($r = 0,82$, $p = 0,001$) e 18 meses ($r = 0,87$, $p = 0,001$). Esses dados fornecem evidências diretas de que a colonização por *H. pylori* está envolvida na regulação da grelina e leptina, com consequentes efeitos sobre o apetite e a ingestão alimentar. Realmente, Jang *et al.* (2008) aplicaram a escala de apetite em 22 pacientes e detectaram que a fome e o consumo de alimentos prospectivos aumentaram após a erradicação da bactéria.

Olafsson e Berstad (2003) compararam o estilo de vida de 183 pessoas com *H. pylori* e após a erradicação. Os autores encontraram que a prevalência de intolerância alimentar diminuiu de 71% para 44% entre os pacientes com doença ulcerosa péptica ($p < 0,0001$) e de 76% para 63% entre os pacientes com gastrite ($p = 0,09$), após o tratamento da infecção. O consumo de frutas aumentou 4,0-4,3 vezes/semana ($p = 0,04$), mas a frequência de carne, peixe, legumes, alimentos condimentados, alimentos salgados e doces não se alteraram.

No presente estudo, foram comparados apenas dois grupos, positivos e negativos, mas vale considerar, em estudos posteriores, quais efeitos uma negatificação pós-erradicação poderá ter sobre o apetite.

Um aspecto limitante deste estudo foi não ter investigado níveis de marcadores bioquímicos de apetite e saciedade, como a grelina, entre outros, o que poderia explicar melhor alguns achados e a presença ou não de influência da infecção sobre as variáveis investigadas. O tamanho pequeno da amostra e a possibilidade de preenchimento inadequado ou incompleto da escala já que a mesma era preenchida várias vezes ao dia, também podem ter influenciado os achados. Flint *et al.* (2000) em estudo de validade e reprodutibilidade da escala de analogia visual (VAS) para percepção da fome e saciedade, recomendaram pelo menos 18 indivíduos em cada grupo experimental para garantir o poder do estudo e reduzir o risco de resultados falsos negativos. Esse critério não foi atendido neste estudo com o grupo positivo, o qual contava com 14 pacientes.

Fica a proposta de continuação da investigação, acompanhando maior número de pacientes, verificando efeitos da erradicação da infecção, realizando dosagens de marcadores bioquímicos de apetite, avaliando outros componentes alimentares e tentando-se ampliar o número de dias de aplicação da EVA, para citar apenas algumas das lacunas a serem preenchidas e suscitadas por este estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que há interação entre a presença da infecção pelo *Helicobacter pylori*, sensação subjetiva do apetite e ingestão energética e de macronutrientes. O tipo de interação ainda é uma demanda para pesquisas futuras, pois não se conseguiu identificar uma concordância dos achados em cada refeição avaliada, onde ora um efeito foi observado, ora um efeito contrário foi detectado.

De qualquer forma fica claro que, embora ainda não entendamos plenamente o que foi encontrado, uma interação se faz presente, aguardando para ser elucidada.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K.T. *et al.* Regulação central da ingestão alimentar. In.: RIBEIRO, E. B. **Fisiologia Endócrina**. São Paulo: Manole, 2012.

BLASER, M. J.; ATHERTON J. C. *Helicobacter pylori* persistence: biology and disease. **J Clin Invest**, v. 113, p. 321-333, 2004.

DE GRAAF, C.; SCHREURS, A.; BLAUW, G. H. Short term effects of diferente amounts of sweet and non sweet carbohydrates on satiety and energy intake. **Physiology and Behaviour**, v. 54, n. 5, p. 833-43, 1993.

DOUCET, E.; TREMBLAY, A. Food intake, energy balance and body weight control. **Eur J Clin Nutr**, v. 51, p. 849-55, 1997.

FLINT, A.; RABEN, A.; BLUNDELL, J. E.; ASTRUP, A. Reproducibility, power and validity of visual analogue scales in assessment of appetite sensations in single test meal studies. **Int J Obes Rel Met Dis**, v. 24, n. 1, p. 38-48, 2000.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 53, n. 5, p. 617-24, 2009. doi: 10.1590/S0004-27302009000500014.

FISCHER, K.; COLOMBANI, P. C.; WENK, C. Metabolic and cognitive coefficients in the development of hunger sensations after pure macronutrients ingestion in the morning. **Res Peports**, v. 42, p. 49-61, 2004.

FOSTER-POWELL, K.; HOLT, S. H.; BRAND-MILLER, J. C. International table of glycemic index and glycemic load values: 2002. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 76, n. 1, p. 5-56, 2002.

GREEN, S. M.; DELARGY, H. J.; JOANES, D.; BLUNDELL, J. E. A satiety quotient: A formulation to access the satiating effect of food. **Appetite**, v. 29, p. 291-304, 1997.

HEITMANN, B.B. *et al.* Obesity: lessons from evolution and the environment. **Obesity Reviews**, v. 13, p. 910-922, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.** Rio de Janeiro, 2010.

JENKINS, D. J. A. *et al.* Glycemic index: overview of implications in health and disease. **American Journal of Clinical Nutrition**. v. 76, n. 1 (suppl), p. 266s- 273s, 2002.

LEJEUNE, M. P. G. M. *et al.* Ghrelin and glucagon-like peptide 1 concentrations, 24-h satiety, and energy and substrate metabolism during a high-protein diet and measured in a respiration chamber. **Am J Clin Nutr**, v. 83, n. 1, p. 89-94, 2006.

LLUCH, A. *et al.* Short-term appetite-reducing effects of a low-fat dairy product enriched with protein and fibre. **Food Quality and Preference**, v. 21, n. 4, p. 402- 409, 2010.

NWOKOLO, C. U. *et al.* Plasma ghrelin following cure of *Helicobacter pylori*. **Gut**, v. 52, n. 5, p. 637-640, 2003.

NOBRE, L. N. *et al.* Volume de iogurte light e sensações subjetivas do apetite de homens eutróficos e com excesso de peso. **Rev Nutr**, v. 19, n. 5, p. 591-600, 2006.

OSAWA, M. *et al.* Impaired Production of Gastric Ghrelin in Chronic Gastritis Associated with *Helicobacter pylori*. **J Clin Endocrinol Metab**, v. 90, n. 1, p. 10 – 16, 2005.

PARENTE, J. M. L.; PARENTE, M. P. P. D. Contexto epidemiológico atual da infecção por *Helicobacter pylori*. **GED**, v. 29, n. 3, p. 86-89, 2010.

POPPITT, S. D.; MCCORMACK, D.; BUFFENSTEIN, R. Short-term effects of macronutrient preloads on appetite and energy intake in lean women. **Physiol Behav**, v. 64, n. 3, p. 279-85, 1998.

RABEN, A. *et al.* Meals with similar energy densities but rich in protein, fat, carbohydrate or alcohol have different effects on energy expenditure and substrate metabolism but not on appetite and energy intake. **Am J Clin Nutr**, v. 77, p. 91 – 100, 2003.

SALMERÓN, J. *et al.* Dietary fiber, glycemic load, and risk of niddm in men. **Diabetes care**. v. 20, p. 545-550, 1997a.

SALMERÓN, J. *et al.* Dietary fiber, glycemic load and risk of non-insulindependent diabetes mellitus in women. **Journal of the American Medical Association**. v. 277, n. 6, p. 472-477, 1997b.

SARTORELLI, D. S.; CARDOSO, M. A. Associação entre carboidratos da dieta habitual e diabetes mellitus tipo 2: evidências epidemiológicas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v. 50, n. 3, p. 415-426, 2006.

SPARTI, A. *et al.* Effect of diets high or low in unavaivable and slowly digestible carbohydrates on the pattern of 24-h substrate oxidation and fee lings of hunger in humans. **Am J Clin Nutr**, v. 72, p. 1461-8, 2000.

SILVA, F. M.; MELLO, V. D. F. Índice glicêmico e carga glicêmica no manejo do diabetes melito. **Revista do Hospital das Clinicas de Porto Alegre – HCPA**. v. 26, n. 2, p. 73-81, 2006.

STUBBS, R. J. *et al.* Breakfasts high in protein, fat or carbohydrate: effect on within day appetite and energy balance. **Eur J Clin Nutr**, v. 50, p. 409 – 17, 1996.

STUBBS, R. J. *et al.* The use of visual analogue scales to assess motivation to eat in human subjects: a review of their reliability and validity with an evaluation of new hand-held computerized systems for temporal tracking of appetite ratings. **Br J Nutr**, v. 84, n. 4, p. 405-415, 2000.

TATSUGUCHI, A. *et al.* Effect of Helicobacter pylori infection on ghrelin expression in human gastric mucosa. **Am J Gastroenterol**, v. 99, n. 11, p. 2121-2127, 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic**. Geneva, World Health Organization, 276p., 1998.

TEMA 4

VIOLÊNCIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS



A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.

(ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5).

CAPÍTULO 23

IDENTIDADE CULTURAL DA MULHER NORDESTINA: UMA ANÁLISE HERMENÊUTICA DAS LETRAS DE FORRÓ

Aline Veras Morais Brilhante
Ana Maria Fontenelle Catrib

INTRODUÇÃO

Apresentamos neste capítulo um recorte de nossa tese de doutorado em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, intitulada “Gênero, sexualidade e forró: um estudo histórico social no contexto nordestino”. Neste estudo, partimos da observação de que as desigualdades baseadas no gênero, perpetuadas ao longo da história da civilização, tem assentado as mulheres em um lugar social de subordinação, traduzindo-se em relações de força e dominação que culminam nas diferentes manifestações de violências contra as mulheres. Essa sujeição relaciona-se aos mecanismos de saber-poder estudados por Foucault (1988; 2004), que, por sua vez, se relacionam à sexualidade enquanto dispositivo histórico e mecanismo de controle, bem como aos sentidos atribuídos à imagética da mulher e do corpo feminino.

Baseando-se na ideia de Joan Scott (1994) sobre a construção de poder social mediante o discurso, compreendemos que os símbolos culturais assumem um papel capital na criação dos ideais de gênero e na sua internalização pelo inconsciente coletivo, bem como na construção das subjetividades dos indivíduos.

A socialização que o exercício da sexualidade demanda está intimamente relacionada ao modo como as relações de gênero estão organizadas em um determinado contexto (HEILBORN, 1999). Essas relações, por sua vez, são histórica, cultural e socialmente mediadas. Homens e mulheres são modelados socialmente e, nesse processo, intervem representações sociais profundamente entranhadas no modo de conceber a sociedade, na produção de discursos e nas próprias práticas sociais (BOZON, 1995; BOZON, HEILBORN, 2001). Como disse Simone Beauvoir (1976), “*on ne naît pas femme, on le devient*” (p.13). Nessa perspectiva, as relações de gênero permeiam todo o tecido social e embora manifeste-se de formas diferentes, mantém a hierarquização como marca (TRAVERSO-YÉPEZ, PINHEIRO, 2005).

No Nordeste, o estabelecimento das relações de gênero adquire um aspecto muito singular em virtude das características atribuídas ao nordestino e por ele introjetadas na formação de sua identidade cultural. Essa região é marcada por um cenário de violência contra a mulher, vinculada às relações de poder, decorrentes do lugar ocupado culturalmente pelo sexo masculino. De acordo com o Anuário das

2 “Não se nasce mulher, torna-se”. Frase célebre da obra de Simone Beauvoir (1976), *Le deuxième sexe*, que abriu caminho para a teorização das desigualdades construídas em função das diferenças entre homens e mulheres.

Mulheres Brasileiras (DIEESE, 2011), as nordestinas sofreram mais agressões físicas no ambiente doméstico quando comparadas com mulheres de outras regiões do País. Estudo preliminar do IPEA estima que, entre 2009 e 2011, o Brasil registrou 16,9 mil mortes de mulheres por conflito de gênero, especialmente em casos de agressão perpetrada por parceiros íntimos. A região com as piores taxas é o Nordeste, que indicou 6,9 casos a cada 100 mil mulheres, no período analisado³. Essas constatações reforçam a hegemonia masculina nas relações de gênero e convoca a se fazer reflexões sobre os papéis feminino e masculino socialmente constituídos no contexto estudado (GARCIA *et al.*, 2013).

Assim, com base no referencial teórico pesquisado, na nossa experiência de vida e profissional, bem como nos dados obtidos durante a construção da dissertação de mestrado surgiram os seguintes questionamentos: Houve de fato avanços rumo à equidade entre os sexos? Se houve, esses avanços compreenderam todos os aspectos da vida das mulheres? Como os fatores culturais influenciam e são influenciados pela percepção geral acerca da sexualidade e das relações de gênero? Os sentidos culturalmente atribuídos ao corpo feminino influenciam o modo como as relações de gênero se estabelecem e os elevados índices de violência contra a mulher? O que justifica o perpetuamento da violência contra a mulher, apesar das conquistas em termos legais e de políticas públicas?

Esses questionamentos levaram à necessidade de se buscar uma compreensão sobre os sentidos atribuídos à mulher, à sexualidade e às relações de gênero na cultura nordestina, refletindo criticamente sobre os processos his-

3 Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>

tóricos e culturais que influenciam a construção das subjetividades masculinas e femininas nessa região e contextualizando as vulnerabilidades às quais as mulheres estiveram e estão expostas.

Os fundamentos e modos de manutenção das relações hierárquicas de gênero e da exposição mercantilista do corpo feminino são os mais diversos. Contudo, concentramo-nos no âmbito do entretenimento que tem a arte musical como um de seus mais expressivos produtos de comercialização. Como a música é composta por uma vasta diversidade de gêneros musicais e este estudo necessita impor limites para possibilitar um maior aprofundamento, delimitamos o forró como foco de nossa pesquisa. Particularizamos o forró por ser um dos gêneros musicais mais representativos na música nordestina, apresentando grande aceitação pública, entre todas as faixas etárias e classes sociais. Além disso, esse gênero musical assumiu, desde a década de 1940, período de seu surgimento na forma como o conhecemos hoje, caráter de símbolo do Nordeste, influenciando comportamentos e sendo influenciado pela cultura regional.

Dessa sorte, considerando que uma das bases que perpetuam a violência contra a mulher é a condescendência feminina, este recorte traz uma discussão sobre a construção da identidade cultural da mulher nordestina, utilizando uma análise hermenêutica de duas músicas de Luís Gonzaga, a saber *Paraíba* e *Mulher de Hoje*.

A base epistemológica que norteou a análise e, em que circunscreve nosso objeto, é fornecida pela teoria foucaultiana, em sua percepção sobre o biopoder e em sua compreensão sexualidade como dispositivo histórico, bem

como por uma análise crítica das obras feministas de maior influência. Desse modo, após traçarmos um breve resumo da história do movimento feminista, apoiamo-nos sobre as ideias de Joan Scott (1992; 1994; 1995; 2002; 2005), Judith Butler (1992, 1993, 1998, 2003), Teresa de Lauretis (1994), Linda Nicholson (2000), Heleieth Saffioti (1979; 1992; 2001; 2004; 2008) e Gerda Lerner (1990).

Este estudo, todavia, delimitou um espaço regional para análise, por considerar que, para além dos limites geográficos, uma região é uma construção de poderes e subjetividades próprios. Dessa forma, para compreender o Nordeste e sua subjetividade, ou seja, a “nordestinidade”, nos baseamos na obra do historiador Albuquerque Júnior (2003, 2008, 2009) sobre a invenção do Nordeste e sobre a consagração cultural da figura do “macho” nordestino, além de realizarmos um resgate da história da região desde o Período Colonial.

METODOLOGIA

Considerando que a natureza do objeto de estudo é fator determinante para a escolha do método a ser empregado (BOSI, 2012), optamos por realizar esta pesquisa mediante um desenho compreensivo, intencionando apreender os sentidos atribuídos à mulher, à sexualidade e às relações de gênero na cultura nordestina e sua relação com as vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas.

A partir do referencial teórico baseado nas proposições de Michel Foucault (1988; 2004; 2005), concentrar-nos-emos nos artefatos culturais, que atuam não apenas como reflexo da sociedade de uma época, mas também como uma

espécie de manual para a construção das subjetividades – ou seja, influenciam comportamentos e são influenciados por eles. Neste intuito, convergiremos nossa atenção para o âmbito do entretenimento, mais especificamente a arte musical, um de seus expressivos produtos de comercialização midiáticos.

Escolhemos a música como objeto de apreensão da realidade que se pretende estudar, por esta se constituir como um dos aspectos culturais mais fortes na sociedade, sendo capaz expressar as contradições nela existente (MAIA, ANTUNES, 2008). A música é uma das nossas mais antigas formas de expressão comunicacional que permeia as mais variadas dimensões da existência humana. Por meio dela são expressos sentimentos, dilemas, ideologias e utopias. É uma expressão essencialmente humana, que sofre influência da organização sociocultural local (PENNA, 1999). No Brasil, desde a época de sua colonização convivem práticas musicais distintas, que vão da música erudita à popular, com presença marcante em todos os momentos históricos, não apenas registrando fatos de importância sociológica, mas também ajudando a compor os cenários no qual eles transcorrem, de modo que o estudo da música é um importante artifício para o conhecimento da sociedade de cada época (CALDAS, 1985).

Como a arte musical é composta por uma grande variedade de gêneros musicais, e este estudo necessita impor limites para possibilitar um maior aprofundamento, fizemos, um recorte, delimitando o forró, como objeto desse momento da pesquisa. O forró, gênero musical típico do Nordeste, traz arraigadas imagens e representações múlti-

plas sobre os papéis masculinos e femininos, tanto na esfera da família quanto na sociedade. Também contribuiu para esta escolha o fato de o forró, desde o seu surgimento, entre 1940 e 1950, com os sucessos do cantor e compositor Luiz Gonzaga, ter adquirido *status* de símbolo representativo do Nordeste e, desde então, apesar de passar por uma série de alterações em seu perfil original – ou mesmo por causa delas – manter essa alcunha.

Para atingirmos os objetivos delineados, utilizamos a abordagem qualitativa, que possibilita compreender um fenômeno complexo na sua totalidade (MINAYO, 2004).

Uma pesquisa que pretende analisar textos e discursos seguindo uma abordagem compreensiva não pode negligenciar o fato de que estes se encontram na exterioridade, no seio da vida social. Assim, o analista precisa ultrapassar a fronteira das estruturas linguísticas para chegar à “verdade” do discurso. “É preciso sair do especificamente linguístico, dirigir-se a outros espaços, para procurar descobrir, descortinar, o que está entre a língua e a fala” (FERNANDES, 2005, p. 24).

Entendemos que o método, para além de um mero conjunto de procedimentos, é o conduto que permite a compreensão das interposições que determinam a relação entre o sujeito que quer conhecer e o objeto a ser desvendado. Com efeito, nesse campo teórico, entendemos a sexualidade e as relações de gênero como elaborações culturais produzidas nos acontecimentos históricos e culturais. Subjacente a esta perspectiva existe um foco na linguagem de uma maneira que implica considerá-la necessariamente no que concerne à constituição dos sujeitos, à produção dos sentidos e à sua relação com a exterioridade, na busca pelos

sentidos ocultos nos discursos, nos fornecendo um panorama favorável para uma abordagem qualitativa, mais especificamente para uma triangulação de métodos alinhando-se a análise do discurso à perspectiva da hermenêutica filosófica de Hans-Georg-Gadamer. No recorte apresentado neste capítulo, contudo, nos deteremos nas letras selecionadas para a análise hermenêutica.

A proposta declarada por Hans-Georg Gadamer em seu “Verdade e Método” é “rastrear por toda parte a experiência da verdade, que ultrapassa o campo de controle da metodologia científica” (GADAMER, 2013a, p. 30). Tais experiências da verdade, afirma Gadamer, ocorrem na arte, na filosofia e nas ciências humanas.

Toda nossa compreensão, segundo Gadamer (2013), parte dos nossos preconceitos e todos os nossos preconceitos são herdados de nosso passado. Ao aprender uma língua, ao receber uma educação, nós adquirimos um conjunto de preconceitos a partir dos quais qualquer caso de compreensão prossegue, sendo que só alguns são testados conscientemente. É por isso que são os preconceitos do indivíduo, muito mais que seus juízos, que constituiriam a realidade histórica do ser. Os preconceitos, no entanto, poderiam ser legítimos, baseados nas coisas em si, ou ilegítimos, baseados em ideias ao acaso e concepções populares.

Gadamer critica ainda a visão de autoridade no romantismo e defende uma forma particular de autoridade: a tradição.

A tradição é essencialmente conservação e como tal está presente nas mudanças históricas. Mas a conservação é um ato da razão,

e se caracteriza por não atrair a atenção sobre si. Essa é a razão por que as inovações, os planejamentos aparecem como as únicas realizações da razão. Mas isso não passa de aparência. Inclusive quando a vida sofre as transformações mais tumultuadas [...] em meio à suposta mudança de todas as coisas, do antigo conserva-se muito mais do que se poderia crer, integrando-se com o novo numa nova forma de validade (GADAMER, 2013a, p.373-374)

As tradições legam juízos e costumes de uma geração a outra. A razão de estudarmos o passado é, portanto, que podemos aprender alguma coisa com ele. Devemos pensar a compreensão não como um ato meramente subjetivo, embora a subjetividade esteja envolvida, e sim como a participação na tradição, processo no qual o passado e o presente são mediados constantemente. Toda hermenêutica histórica deve começar, portanto, abolindo a oposição abstrata entre tradição e ciência histórica. “Em outras palavras o que importa é reconhecer o momento da tradição no comportamento histórico e indagar pela sua produtividade hermenêutica” (GADAMER, 2013a, p.288)

Esse sentido de pertença a uma tradição realiza-se através de uma comunidade de preconceitos fundamentais e sustentadores. A hermenêutica precisa partir, portanto, do fato de que aquele que quer compreender deve estar vincula-

do com a coisa que se expressa e que se deseja compreender. Tal conexão é alcançada através da tradição a partir da qual a coisa fala. Por outro lado, a consciência hermenêutica sabe que não pode estar vinculada à coisa em questão como uma unidade inquestionável. Existe uma polaridade entre familiaridade e estranheza, e nela se baseia a tarefa hermenêutica.

Uma imagem do Nordeste “for all” Brasil – seleção dos *corpus* da pesquisa

O forró, mais do que meramente um gênero musical, tornou-se um símbolo da cultura nordestina, espalhando-se por todo Brasil, disseminando características próprias do Nordeste, bem como absorvendo características culturais das outras regiões.

A música de Gonzaga não é apenas uma reprodução do mundo tradicional, referente ao passado, é também uma imagem do presente, de um grupo social e regional marginalizado, que se contrapunha à destruição plena de seus territórios tradicionais, que mesmo necessitando construir novos territórios, no seu imaginário sobrevivem os anteriores (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2009, p. 159).

A partir da influência cultural das demais regiões do país e devido às mudanças sociais e históricas que marcaram a passagem das décadas, o forró foi adaptando-se, sofrendo modificações (VOLP, JÚNIOR, 2005), podendo ser

retrospectivamente, dividido em fases, segundo a classificação de Silva (2003).

A pesquisa que deu origem a este recorte, construiu-se *corpus* através da leitura de todas as músicas de ícones das diferentes fases do forró⁴, desde a década de 1940 até 2014. Através do portal Google, um dos motores de busca mais conhecidos e utilizados da internet, que indexa várias páginas eletrônicas na rede virtual, conseguimos acesso a toda produção musical dos artistas selecionados. Além de pertinente para a viabilização da construção do *corpus*, a escolha desta fonte encontrou eco na teoria de Foucault (2005), segundo a qual, o discurso é um lugar de dispersão.

Após serem compiladas, realizamos a leitura rigorosa de todas as letras gravadas pelos artistas em questão, selecionando-se aquelas que abordavam direta ou indiretamente da imagética feminina e das relações entre os gêneros. O recorte que apresentamos neste capítulo, aborda o debate da construção da identidade cultural da mulher nordestina nas músicas *Mulher de Hoje e Paraíba*, de Luiz Gonzaga e sua análise e interpretação transcorreram segundo os princípios da hermenêutica filosófica de Gadamer (2013), método que permite construir e reconstruir a realidade estudada através da interpretação e do confronto de diversos pontos de vista, estabelecendo uma relação entre o referencial teórico e o objeto a ser estudado sobre a forma de texto.

4 Adotamos a Classificação de Silva (2003), que divide os forró em Tradicional (iniciado na década de 1940 com Luiz Gonzaga, Forró Universitário -1ª fase (formado por nomes como Elba Ramalho e Alceu Valença), Forró Universitário - 2ª fase (composto por grupos como o Falamansa) e Forró eletrônico (representado por grupos com cerca de 12 integrantes, incluído vocalistas, banda e dançarinos).

Análise Documental

Após a leitura exaustiva do material, foi possível realizar uma primeira interpretação superficial no intuito de compreender o conteúdo em termos gerais e identificar os temas principais. Os temas apreendidos foram analisados inicialmente de maneira superficial e depois de forma mais aprofundada, a partir das pré-compreensões da pesquisadora, que influenciam a interpretação. Para essa compreensão profunda, seguindo os princípios de Gadamer (2013), e baseados na ideia de tradição, os textos foram analisados tendo em conta nossas pré-compreensões alinhadas aos fatos e momentos históricos nos quais os textos foram concebidos. Em seguida, foram destacados os subtemas que contribuíram para a conformação dos grandes temas.

Em síntese, a análise seguiu os seguintes passos:

- Leitura simples, a fim de obtermos uma compreensão dos textos como um todo;
- Análise estrutural, examinando os textos em sua estrutura;
- Compreensão do texto de forma mais abrangente, correlacionando os achados com fatos e momentos históricos e com as concepções da pesquisadora;
- Interpretação e análise.

Essas fases constituem-se parte de um processo interativo que acontece em forma de espiral, ou seja, do todo para as partes e vice-versa, compondo o chamado círculo hermenêutico (GADAMER, 2013a; 2013b) e possibilitando uma compreensão ampla e profunda sobre o tema estudado.

Os textos, para Gadamer (2013a; 2013b), aparecem junto com uma série de outros materiais que “não devem ser compreendidos somente no que dizem, mas também no que testemunham” (p. 441), ou seja, precisam, mais que ser compreendidos, ser interpretados.

Esse processo, para Gadamer (2013), se dá através da interação entre o movimento da tradição e o movimento do intérprete. A tradição, enquanto linguagem herdada, oferece a antecipação do significado, enquanto o intérprete, através de seu juízo crítico, continua a formar a tradição. Desse modo, o movimento do intérprete inclui não apenas a leitura do texto original, mas também um exame dessa leitura à luz de outras interpretações com o objetivo de estabelecer uma unidade de significado para o texto. Afinal, é impossível termos consciência de um preconceito enquanto ele opera; para esta percepção ele precisa ser, por assim dizer, provocado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Paraíba masculina, mulher macho, sim senhor?” Compreendendo *Mulher de Hoje*⁵ e *Paraíba*⁶.

Iniciemos por *Mulher de Hoje*, de Nelson Valença e Luiz Gonzaga.

Antigamente
A mulher era mulher
A companheira
Que nos deu o Criador

5 Disponível: <http://letras.mus.br/luiz-gonzaga/1561805/>

6 Disponível: <http://letras.mus.br/luiz-gonzaga/47095/>

Lar era só felicidade
Era só tranquilidade
Era paz e era amor
Mulher tinha medo de barata
Corava com piadas de salão
Mulher era assim muito sensata
Mulher não dizia palavrão
Mulher desmaiava todo dia
Um susto afetava o coração
Mulher não mandava só pedia
Marido era marido e patrão
Mulher de hoje
É mulher muito danada
Se é solteira ou casada
É a vida, vai lutar
Se é casada com um cabra mole
Que não anda nem se bole
Ela vai se desdobrar
E às vezes, elas têm
Amor para dar
Às vezes ela veem
As coisas complicar, porque
Mulher de hoje
Com a arma é atrevida
Com dinheiro e a vida
E atira pra matar⁷

Antes de iniciarmos a busca pela compreensão dos sentidos contidos na música, precisamos entender em qual “hoje” situa-se a mulher do título. Foi em 1973 que a música escrita foi gravada, dois anos depois da publicação, no

7 “Mulher de Hoje”, de Nelson Valença e Luiz Gonzaga. Disponível em: <http://letras.mus.br/luiz-gonzaga/1561805/>

Brasil, de “A Mística Feminina” (FRIEDAN, 1971) fato que incitou a organização do movimento feminista nacional, cuja efervescência ocorreria apenas em 1980. Em 1973, portanto, a demanda feminina por uma igualdade de direitos já havia encontrado voz, embora suas conquistas ainda fossem insipientes. Apesar de ainda discretas, as conquistas femininas do período eram consideradas perigosas à ordem social vigente, sendo imprescindível sua desqualificação para a preservação dos hábitos e costumes mantenedores das relações consideradas socialmente aceitáveis. Essa função foi exercida pela mídia da época e pelos artefatos culturais, que, tal como a música em questão, teciam comparações entre os padrões de comportamento feminino desejáveis e aqueles que eram considerados deletérios para a preservação das instituições que embasavam a sociedade.

Há uma ideia silenciosa incutida nas mentes das pessoas desde os períodos remotos – o mito do amor materno. Em seu livro *Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno*, Elisabeth Badinter (1985), após extensa pesquisa histórica, conclui que instinto materno é um mito, não havendo uma conduta materna universal e inata, o que coaduna com o pensamento de Winnicott (2000). Ao contrário, para a autora, o amor materno é apenas um sentimento humano e, como tal, pode existir ou não, aparecer e desaparecer, ser forte ou frágil, a depender de fatores externos e internos da mulher em questão, não estando irremediavelmente inscrito na natureza feminina; não se trata de um determinismo, mas algo que se adquire ou não. Desse modo, não é a maternidade em si que se relaciona às relações de poder intrafamiliar, mas sim a imposição cultural de que

toda mulher deve ser mãe, a fim de assumir o papel que lhe foi determinado. A crença de que ser mulher é ser mãe possui uma força avassaladora em uma cultura patriarcal, uma vez que é um ditame crucial na manutenção da mulher no ambiente doméstico, sob a chancela do marido, chefe e mantenedor da unidade familiar. A sociedade perpetua essa convicção e “tenta fazer crer que a atribuição do espaço doméstico à mulher decorre de sua capacidade de ser mãe” (SAFFIOTI, 1997, p.9).

O uso do advérbio “antigamente”, logo no início da música, situa o ideal de mulher em um ponto indeterminado no horizonte, buscando associá-lo à força indelével da tradição, o que lhe garante maior prestígio e credibilidade em detrimento da imagem da “mulher de hoje”. “Antigamente, mulher era mulher”, o que significa que, para o autor, a “mulher de hoje” perdeu feminilidade e masculinizou-se, corrompendo as qualidades que a valoravam diante da sociedade nordestina patriarcal e que garantiam a paz e tranquilidade do lar – única função que cabia à mulher nesse sistema. Essas características eram associadas ao medo (inclusive de barata), à inocência (“corava com piadas de salão”, “não dizia palavrão”) e à fragilidade (“Mulher desmaiava todo dia, um susto afetava o coração”), enfim, atributos que as tornavam dependentes da proteção masculina, assegurando ao homem o poder de dominação.

Os princípios religiosos surgem no texto, legitimando a submissão feminina, em uma sociedade patriarcal e católica, com princípios baseados na herança de Portugal. Essa “mulher de verdade” foi dada ao homem pelo Criador. Segundo a interpretação bíblica corrente nos séculos XIX e

XX, surgida de uma costela, Eva foi criada para ser a companheira que complementaria Adão – o negativo de um positivo. Se o homem é forte, a mulher é frágil; se o homem é destemido, a mulher teme; se o homem é viril, a mulher é recatada. Eva teria sido criada, partindo desse ponto de vista, para servir Adão. Tal fato não apenas garantiria ao homem a posse da mulher – transfigurada em um objeto que pode ser dado – como também atribui a esse fato um caráter divino e, portanto, incontestável em uma sociedade pautada por princípios religiosos. Eva, todavia, não obedeceu às ordens divinas. Ao aliar-se à serpente, mostrou-se, ardilosa e traiçoeira, como o réptil, levando também Adão a desobedecer a Deus, sendo ambos punidos. A partir dessa interpretação, é responsabilidade da mulher – como deveria ser de Eva – a manutenção da paz, da tranquilidade e da felicidade. Bastava-lhe para isso redimir o pecado de Eva não o repetindo. A mulher, segundo essa interpretação, deveria ser sempre submissa, frágil e recatada. Quaisquer desvios desses propósitos seriam considerados perversões dos princípios divinos, estando associados ao mal e ao demônio, personificados na serpente.

Para o autor da música, a “mulher de hoje” perverte a ordem considerada como divina e natural. A mulher de hoje é “danada”, adjetivo que remete à esperta ou extraordinária, mas também à zangada e amaldiçoada, dependendo do contexto. No meio religioso o termo adquire o sentido negativo de amaldiçoado, perverso, ruim, malévolo; aquele que foi condenado ao inferno⁸. Se a mulher de antigamente fora dada ao homem pelo Criador e a mulher de hoje, em oposição, é “danada”, podemos considerar o termo neste último sentido.

8 Disponível: <http://www.dicio.com.br/danado/>

Apesar da crítica, contudo, os autores demonstram uma certa admiração por essa mulher, que independente do estado civil, vai lutar. “É a vida!”, os problemas surgem, mas essa “mulher de hoje” deixou de ser feminina e ao adquirir os atributos masculinos garantiu a força necessária para sua sobrevivência. Neste sentido, “danada” pode receber uma interpretação positiva em relação à força que ela transmite, o que, por outro lado, não retrata que o autor corrobore seu comportamento.

Mais de duas décadas antes, outra música de Luiz Gonzaga, Paraíba⁹, fez surgir um sentimento de orgulho à “mulher macho” do Nordeste, não obstante também tenha levantado críticas a esse comportamento.

Quando a lama virou pedra
E Mandacaru secou
Quando o ribação de sede
Bateu asa e voou
Foi aí que eu vim me embora
Carregando a minha dor
Hoje eu mando um abraço
Pra ti pequenina
Paraíba masculina,
Muié macho, sim sinhô

Eita-pau, Pereira
Que em princesa já roncou
Eita Paraíba
Muié macho sim sinhô
Eita-pau, Pereira

9 <http://letras.mus.br/luiz-gonzaga/47095/>

Meu bodoque não quebrou
Hoje eu mando
Um abraço pra ti pequenina
Paraíba masculina,

Muíé macho, sim sinhô¹⁰

A primeira estrofe ilustra a saudade de um sertanejo retirante, que manda um abraço para a “pequenina” a quem endereça da mensagem. *Paraíba*, de Luiz Gonzaga e Humberto Teixeira, é muitas vezes utilizada, no senso comum, como referência à agressividade quase masculina da mulher paraibana. A música, entretanto, não fala de uma mulher, mas da própria Paraíba, destinatária nomeada ao fim da primeira estrofe. A ideia central da música surgiu em um *jingle* político cantado em comício de José Américo em maio de 1950, sendo lançada comercialmente por Emilinha Borba ainda em 1950 e depois pelo próprio Luiz Gonzaga em 1952 (LOBO, 2012).

Curiosamente, no Brasil, existem apenas dois estados cujos nomes se expressam no gênero gramatical feminino: a Bahia e a Paraíba¹¹. Este último, Estado “pequeno¹²” e feminino, foi “macho” o suficiente para mudar a história do Brasil. “Eita-pau”, no Nordeste, significa ficar assombrado com um acontecimento imprevisível. Desse modo, a expressão “Eita-pau, Pereira, que em princesa já roncou” faz uma alusão à história surpreendente do Terri-

10 <http://letras.mus.br/luiz-gonzaga/47095/>

11 Santa Catarina deveria ser, em teoria, dito no feminino, todavia, nunca nos referimos a esta Unidade da Federação como a Santa Catarina e sim como o Estado de Santa Catarina.

12 A Paraíba possui 56 585 km² de extensão, ocupando apenas 0,66% do território nacional, segundo dados do IBGE (2014).

tório Livre de Princesa, no município de Princesa Isabel, na Paraíba, protagonizada por João Pessoa e José Pereira, este último nomeado no vocativo. Em fevereiro de 1930, o coronel José Pereira rompeu com o então governador da Paraíba e candidato a vice-presidente da República na chapa encabeçada por Getúlio Vargas, João Pessoa, e declarou apoio aos adversários de Pessoa no plano nacional, devido a divergências na formação da chapa de deputados federais. Em represália, o governador ordenou a retirada dos funcionários estaduais de Princesa e destituiu o prefeito, o vice-prefeito e o promotor, ligados ao “coronel”, além de enviar tropas da Polícia Militar para o município de Teixeira, perto de Princesa, com o objetivo de sufocar a rebelião. Teve início assim a “Guerra de Princesa”, que culminou com a declaração de seu território livre. No plano Nacional, João Pessoa convencia Getúlio Vargas a iniciar uma luta armada após as eleições que consagraram Júlio Prestes presidente do país. No dia 26 de julho, no entanto, João Pessoa foi assassinado no Recife por João Dantas, motivado por questões mais pessoais do que políticas, evento que não apenas enfraqueceu a Guerra de Princesa, como impulsionou a Revolução de 1930, que levou Getúlio Vargas à Presidência da República (MARIANO, 1991).

Há, todavia, quatro elementos relacionados à construção da identidade de gênero: os símbolos culturais, os conceitos normativos, as organizações e instituições e a identidade subjetiva, de modo que a identidade cultural é um constructo cultural produto de uma série de discursos que circulam na sociedade (SCOTT, 1994; 2002). A repercussão da música *Paraíba* sobre a identidade de gênero

da nordestina, particularmente da paraibana, ilustra esse mecanismo. O entendimento sobre a supracitada música, de designação de obstinação de um Estado nordestino, foi expandido para referência a um dado comportamento das mulheres da Paraíba, o que não se coadunava com o que o senso comum entendia e aprovava como sendo a referente à feminilidade. Tanto que o célebre refrão foi considerado inicialmente como um insulto à mulher paraibana, provocando um tumulto no comício de José Américo em maio de 1950, quando de sua primeira exposição, o que levou Gonzaga e Teixeira a saírem em defesa da música explicando o objetivo pretendido com a canção (LOBO, 2012).

Independente de toda a polêmica – ou até mesmo por conta dela – esse baião, particularmente o seu refrão, foi um enorme sucesso nacional com Emilinha Borba e com o próprio Luiz Gonzaga, estando associado a criação de um novo estereótipo: o da mulher-Paraíba. É verdade que muitas mulheres do Nordeste identificaram-se com essa música. Apesar de lhes atribuírem caráter de fragilidade, elas também sobrevivem às agruras do sertão. Quando a seca é tão forte que leva, não apenas a ribação – avoante, pombo do sertão – a bater asas e voar, mas também o homem a migrar para a cidade, em busca dos recursos que garantirão a sobrevivência de sua família, a mulher, até então protegida pela figura masculina, vê-se sozinha com sua prole. Nesse sentido, para sobreviver, a mulher precisa também fortalecer, ressequir, endurecer, tornar-se por fim “macho”, pois só alguém com essas características persiste no sertão.

A propagação desse estereótipo, todavia, era danosa à estrutura patriarcal da sociedade e foi rechaçada. A mulher

podia ser forte se lhe fosse exigido, desde que mantivesse a submissão hierárquica de gênero. Qualquer posição diferente dessa era ridicularizada. A mulher-Paraíba foi retratada de forma caricata em diversas mídias, dentre elas o cinema, em filmes como *Aviso aos Navegantes* (1950)¹³ e *É Fogo na Roupa* (1952)¹⁴, que ilustram de forma burlesca mulheres agressivas e descontroladas tendo a música *Paraíba* como plano de fundo das cenas de maior descontrole emocional das personagens. É interessante observar, contudo, que em *Aviso aos Navegantes* não há personagens nordestinas, o que remete ao fato de que o estereótipo da “mulher-Paraíba” ultrapassou as fronteiras regionais e passou a simbolizar o comportamento destemperado e violento de qualquer mulher. Apesar de a letra de *Paraíba* aparentemente – de acordo com uma interpretação que destoava do objetivo dos autores – expressar certo orgulho da mulher-macho, a veiculação midiática desse estereótipo transcorria, principalmente relacionada à comédia, no sentido de desmoralizar essa figura, retirando desta qualquer credibilidade. Nesse sentido, a fim de amplificar a distorção de papéis de gênero, à figura da mulher-Paraíba costumava-se associar a de um homem submisso, um “cabra mole”, o que coloca as duas posturas na esfera do ridículo.

Retornando à música *Mulher de Hoje*, percebemos uma associação similar. Ao buscar um cabra mole, ou seja, identificado com uma submissão caracteristicamente feminina à luz do patriarcado, ela passa a exercer o controle, papel considerado inerente ao homem. A “mulher de anti-

13 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eqV12fAefOg>

14 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=tuc3OWVW5fc>

gamente”, ao contrário, “não mandava, só pedia”, ilustrando a submissão perpétua ao seu marido e patrão.

Ao contestar as características e funções que lhe foram atribuídas por Deus, a “mulher de hoje” assume uma posição que remete ao pecado – é “danada” – esperta, mas amaldiçoada; é lasciva, já que tem “amor – no sentido sexual – para dar”; é perigosa, já que “com arma é atrevida [...] e atira pra matar”. Esse novo estereótipo de identidade de gênero – que associa essa nova mulher à independência e à valentia – ganhou espaço ao longo das décadas, conforme avançavam as conquistas dos direitos das mulheres, acarretando em mudanças na estrutura patriarcal, que passou a consolidar-se a partir de outras formas de submissão, algumas novas e outras que não passam de meras atualizações de fórmulas tão antigas quanto derrubar o boi no laço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi a partir da imagem de um Nordeste rude, áspero e violento que se estruturou a identidade do homem nordestino. Introjetando características da terra, este homem tornou-se hostil, árido e seco, tendo na violência um forte constituinte da sua subjetividade, forjada diante de uma situação sociopolítica específica, baseada e perpetuada pelos princípios do patriarcado. Da mesma forma, a subjetividade feminina adquiriu um caráter de complementariedade. A mulher seria o extremo oposto do homem, o que, em uma sociedade que valoriza a masculinidade, lhe relegou a uma posição de assujeitamento.

O mundo mudou e isso é inegável! As conquistas femininas sobre o espaço social e o seu próprio corpo, contudo, incidiram resistências e a persistência da violência contra a mulher, com base no consentimento feminino, relaciona-se diretamente com a construção da identidade cultural e da identidade de gênero. Também, a normalização da violência contra a mulher nos discursos embrincou-se de tal forma no inconsciente coletivo, a ponto de estagnar os avanços legais que vêm tentando reduzir as desigualdades baseadas no gênero.

A grande relevância dessa pesquisa consiste nessa busca pela compreensão dos símbolos culturais e de seu papel na construção das subjetividades femininas no Nordeste do Brasil. É de suma importância para a compreensão das vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas, buscar as narrativas mestras – os discursos hegemônicos, as diferentes “tecnologias de gênero” (LAURETIS, 1994) – criticá-las, expor a face da violência neles naturalizadas sem máscaras, buscar seus pontos cegos e reescrevê-las, a fim de redefinir os termos de outra perspectiva. Esse é um passo crucial e inadiável quando se luta com preconceitos sustentados pela força da tradição. Desse modo, fomos buscar nas letras de forró – tecnologia de gênero de importância significativa na construção da identidade cultural do povo nordestino – elementos que sustentem a assimetria nas relações entre os gêneros, sendo causa da violência ou legitimando-a, adquirindo, portanto, caráter patológico. O foco analítico consiste na tecnologia de gênero (o forró) que constrói mulheres e homens, embora pareça simplesmente reproduzir os (pré)conceitos culturalmente vigentes.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. **Nordestino**: uma invenção do falo – uma história do gênero masculino (Nordeste 1920-1940). Maceió: Edições Catavento, 2003, 256p.

_____. **Nos destinos de fronteira**: história, espaços e identidade regional. Recife: Bagaço, 2008, p. 514p.

_____. **A invenção do Nordeste e outras artes**. 5ª ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009, 340p.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, 372p.

BOSI, M. L. Pesquisa qualitativa em Saúde Coletiva: panoramas e desafios. **Ciencia y Enfermaria**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BOZON, M. Observer l'inobservable: la description et l'analyse de l'activité sexuelle. In: BAJOS, N.; BOZON, M.; GIAMI, A.; DORÉ, V.; SOUTEYRAND, Y. (Org). **Sexualité et sida**. Recherches en sciences sociales. Paris: ANRS, 1995. p. 39-56.

BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 59, p. 111-135, mar. 2001.

BREUSCHINI, C. (Org.) **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas. 1992, p. 183-215.

BUTLER, J. Problema de los géneros, teoría feminista y discurso psicoanalítico. In: NICHOLSON, J. L. (Org.). **Feminismo/Pós-modernismo**. Buenos Aires: Feminaria Editora. 1992, p. 75-95.

BUTLER, J. **Bodies that matter**: on the discursive limits of "sex". New York & London: Routledge, 1993, 288p.

BUTLER, J. Fundamentos Contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo. Cadernos Pagu. Tradução de Pedro Maia Soares, n. 11, p. 11-42, 1998. Tradução de Pedro Maia Soares.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, 236p.

CALDAS, W. **Iniciação à Música Popular Brasileira**. São Paulo: Editora ática, 1985, 106p.

DIEESE. **Anuário das mulheres brasileiras**, São Paulo: DIEESE, 2011. 300 p. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/anuario/anuarioMulheresBrasileiras_2011.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ, Vozes, 1987, 340p.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988, 152p.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2004, 81p.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2005, 295p.

FERNANDES, C. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. Goiânia: Trilhas Urbanas: 2005, 128p.

FRIEDAN, B. **Mística feminina**. Petrópolis: Vozes, 1971, 325p.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método I**, 13ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2013a, 631p.

_____. **Verdade e Método II**, 13ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2013b, 621p.

GARCIA, L. P. *et al.* **Violência contra a mulher**: feminicídios no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php>>. Acesso em: 30 set 2013.

HEILBORN, M. L. Corpo, sexualidade e gênero. In: DORA, D. D. (org.) **Feminino, Masculino: igualdade e diferença na justiça**, Sulina, 1997, p. 47-56.

_____. Corpos na cidade: sedução e sexualidade. In: VELHO, G. **Antropologia urbana: Cultura e sociedade no Brasil e em Portugal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999, p.98-108.

_____. Entre tramas da sexualidade brasileira. **Revista Estudos Feministas**, v. 14, n. 1, p. 43-59, 2006.

_____. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. **Revista Estudos Feministas**, n. 1, p. 50-82, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Área Territorial Oficial - Consulta por Unidade da Federação. Visitado em 9 de abril de 2014. Cópia arquivada em 9 de abril de 2014.

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, H. B. **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 206-242.

LERNER, G. **La creación del patriarcado**. Barcelona: Crítica, 1990, 394p.

LOBO, J. Uma pernambucana decidida: Nancy Wanderley na chanchada (1954-1960). **Significação – Revista de Cultura Audiovisual**, [S. l.], v. 39, n. 38, p. 86-123, dez. 2012.

MAIA, A. F.; ANTUNES, D. C. Música, indústria cultural e limitação da consciência. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 8, n. 4, p. 1143-1176, 2008.

MARIANO, P. **Princesa antes e depois de 30**. João Pessoa: EGN, 1991, 146p.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 23ª Edição, 2004, 108p.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Estudos feministas**, v. 8, n. 2, p. 9-41, 2000.

PENNA, M. Dó, ré, mi, fá e muito mais: discutindo o que é música. Ensino de Arte. **Revista da Associação dos Arte-Educadores do Estado de São Paulo**, s. 1, v. 2, n. 3, p. 14-17, 1999.

SAFFIOTI, H. Contribuições feministas para o estudo da violência de Gênero. **Cadernos Pagu**, v. 16, p. 115-136, 2001.

_____. **A mulher na sociedade de classes: mitos e realidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1979, 383p.

_____. Violência de Gênero: lugar da práxis na construção subjetividade. **Lutas Sociais**, n. 2, p. 59-79, 1997.

_____. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O.; BREUSCHINI, C. (Org.) **Uma questão de gênero**, Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas. 1992, p. 183-215.

_____. **Gênero, patriarcado, violência**. 1ªed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, 151p.

_____. A Ontogênese do Gênero. In: ESTEVEN, C. M. T.; SWAIN, T. N. **A Construção dos corpos: perspectivas feministas**, Florianópolis, Editora Mulheres, 2008, p. 149-182.

SCOTT, J. W. Prefácio a gender and politics of history. **Cadernos Pagu**, n. 3 (Desacordos, desamores e diferenças), p. 11-27, 1994.

_____. **A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem**. Tradução de Élvio A. Funck. Florianópolis: Editora Mulheres, 2002, 312p.

_____. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995, p. 71-99.

_____. História das mulheres. In: BURKE, Peter. (Org.) **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo, Unesp, 1992, p. 64-65.

_____. O enigma da Igualdade. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, n. 1, p. 11-29, 2005.

SILVA, E. L. **Forró no asfalto**: mercado e identidade sociocultural. São Paulo: Annablume/ Fapesp, 2003, 154p.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Socialização de gênero e adolescência. **Estudos feministas**, v. 13, n. 1, p. 147-162, 2005.

VOLP, C. M.; JÚNIOR, A. C. Forró Universitário: a tradução do forró nordestino no sudeste brasileiro. **Motriz**, v.11, n.2, p.127-130, mai./ago.2005. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/11n2/12JAC.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2016.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 455p.

CAPÍTULO 24

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: OCORRÊNCIAS E IMPACTO DE ACORDO COM O GÊNERO

Karla Julianne Negreiros de Matos
Ana Carina Stelko Pereira

INTRODUÇÃO

O tema da sexualidade é um tabu, sendo pouco discutido pela sociedade brasileira, especialmente quando envolve crianças e adolescentes. Adicionalmente, diferenças entre gênero com relação à sexualidade também são pouco evidenciadas e, por vezes, demarcadas por estereótipos do que seria do feminino e do masculino. Considerando-se então esse contexto de pouco debate, investigar situações de abuso sexual na infância e implicações de acordo com o gênero se torna ainda mais desafiador.

O abuso sexual infantil é parte do fenômeno da violência sexual, a qual se configura em uma série de atividades que incluem assédio sexual, ameaças, intimidação, exposição sem consentimento de nu em fotos, tráfico humano para fins sexuais e até estupro (tentativa ou concluído). De modo geral, pode-se afirmar que as definições de violência sexual sugerem coerção sexual, que ocorre em um contínuo englobando desde pressão verbal ao estupro (MATOS, 2015).

São múltiplos os conceitos utilizados para definir a violência sexual, sendo o da Organização Mundial da Saúde (2002) uma definição comumente utilizada, defendendo que a violência sexual se configura como:

Qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários sexuais indesejados ou adiantamentos ou atos ao tráfico, ou de outra maneira dirigida, contra uma pessoa usando de coerção, independentemente da sua relação com a vítima, em qualquer configuração, incluindo, mas não se limitando a sua casa ou do trabalho (p. 149).

Especificamente, o abuso sexual infantil conceitua-se como atividades sexuais inapropriadas, que envolvem indivíduos de até 14 anos, com ou sem consentimento do mesmo por indivíduos mais velhos (OMS,2002). Essa forma de violência pode ser definida como qualquer interação ou contato de uma criança ou adolescente com alguém que se encontre em estágio mais avançado do desenvolvimento, onde a vítima esteja sendo empregada para estimulação sexual do agressor. A interação sexual pode incluir toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração (digital, genital ou anal). O abuso sexual também engloba situações em que não há contato físico, tais como *voyerismo*, assédio, exposição a imagens ou eventos sexuais, pornografia e exibicionismo. Essas interações sexuais são impostas às crianças ou

aos adolescentes pela violência física, ameaças ou indução de sua vontade (MATOS, 2015).

Outra modalidade de violência cada vez mais frequente é a violência sexual entre pares, na qual um ou mais indivíduos de idade similar submetem a vítima a ações sexuais forçadas, as quais podem envolver penetração ou não penetração e estudos americanos vêm apontando que entre as vítimas de abuso sexual, 50% foram abusadas sexualmente por outros adolescentes (TRIGGLE, 2007).

Estima-se que 8% dos meninos e 20% das meninas são vítimas de violência sexual antes dos 18 anos (PEREDA *et al.*, 2009). Apesar da incidência ser maior no sexo feminino, talvez pelo fato de ser culturalmente mais reconhecido, tanto para o ato em si quanto para a denúncia, faz-se necessário reconhecer que este tipo de maltrato também ocorrem a homens e estes também sofrem com os impactos dessa agressão.

O abuso sexual pode afetar o desenvolvimento de crianças e adolescentes de diferentes formas, uma vez que algumas apresentam efeitos mínimos ou nenhum efeito aparente, enquanto outras desenvolvem graves problemas emocionais, sociais e/ou psiquiátricos (SAYWITZ, 2000).

Mudanças súbitas e extremas tais como: distúrbios alimentares e afetivos, comportamentos agressivos ou de autodestruição e pesadelos podem ser observados em crianças e adolescentes em situação de abuso sexual. Perda de interesse pelos estudos e por brincadeiras, dificuldades de se ajustar, isolamento social, medo, déficit de linguagem e aprendizagem, distúrbios de conduta, baixa autoestima, fugas de casa, uso de álcool e drogas, ideias suicidas e homi-

cidas, agressividade, automutilação e tentativas repetidas de suicídio também têm sido descritos (LEEB, 2011).

O impacto do abuso sexual está relacionado a fatores intrínsecos à criança, tais como, vulnerabilidade e resiliência e a existência de fatores de risco e proteção extrínsecos (recursos sociais, funcionamento familiar, recursos emocionais dos cuidadores e recursos financeiros, incluindo acesso a tratamento). Algumas consequências negativas são exacerbadas em crianças que não dispõem de uma rede de apoio social e afetiva (HABIGZANG, 2005).

Entre os fatores que influenciam o impacto do abuso sexual, destacam-se: saúde emocional prévia, crianças com saúde emocional positiva antes do abuso tendem a sofrer menos efeitos negativos; tipo de atividade sexual, alguns dados sugerem que formas de abuso mais intrusivas, como a penetração, resultam em mais consequências negativas; duração e frequência dos episódios abusivos; reação dos outros, a resposta negativa da família ou dos pares à descoberta do abuso acentuam efeitos negativos (família, amigos e juízes atribuindo a responsabilidade à criança); criança responsabilizando-se pela interação sexual; e, quando a vítima recebe recompensa pelo abuso e o perpetrador nega que o abuso aconteceu (HABIGZANG, 2005).

Apesar de normalmente as características do abuso e as consequências decorrentes do abuso sexual infantil serem extensamente citadas na literatura, ainda são poucas as investigações que detalham se tais características e impacto se diferenciam de acordo com o gênero. Entretanto, sabe-se que as diferenças entre meninos e meninas se tornam claras desde a nossa base hereditária, onde o sexo é determinado

por um par específico de cromossomos. A partir disso, apresentam-se inúmeras diferenças no desenvolvimento físico dos sexos, que dizem respeito ao desenvolvimento cerebral, corporal e também sexual. Além dos fatores biológicos, o abuso sexual tem forte relação com os aspectos sociais e culturais que envolvem a desigualdade e a dominação de gênero (HABIGZANG, 2005).

Diante dessa realidade, este estudo tem por objetivo avaliar as características presentes na violência sexual infantil e os impactos desse fenômeno no desenvolvimento de suas vítimas, diferenciando a dinâmica da ocorrência de acordo com o gênero.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é do tipo transversal, com abordagem descritiva e analítica, realizada na Universidade Estadual do Ceará, nos meses de novembro de 2014 e janeiro de 2015. Participaram da amostra 940 estudantes de todas as áreas da universidade.

Foi utilizado o Questionário de Prevalência de Abuso Sexual no Brasil, o qual foi elaborado por 12 pesquisadores e profissionais da área da Psicologia Forense, os quais compõem o grupo “Tecnologia Social e Inovação: Intervenções Psicológicas e Práticas Forenses contra Violência” da Associação de Pesquisa em Psicologia. Este instrumento se compõe de 32 questões, divididas em três partes. A primeira parte contém sete perguntas sobre questões para identificar características sociodemográficas dos respondentes,

como, “com quem você mora?”. A segunda parte apresenta 13 questões sobre se o respondente vivenciou situações de abuso sexual até a idade de 14 anos, investigando frequência e impacto das situações vivenciadas. Entre as perguntas estão, “Participei de uma relação sexual com penetração (pênis, vagina)”. Por fim, a terceira parte envolve 12 questões para serem respondidas apenas pelos que sofreram algum dos tipos de abuso nomeados na segunda parte do instrumento, de modo que o respondente deve responder apenas sobre o evento vivenciado que mais o incomodou. Nessa terceira parte questiona-se quem praticou a pior agressão sexual, o grau de parentesco, o local em que ocorrera, as idades que vítima e ofensor tinham na época da agressão, as consequências do evento para a vítima, se o evento foi revelado a alguém, e se foi revelado a quem e qual a reação de quem soube. Cabe destacar que por ser um questionário que busca avaliar o fenômeno de modo exploratório, não se constituindo em uma Escala, assim não se tem a pretensão de indicar um escore de abuso sexual sofrido. Esse questionário, também, contém uma questão dissertativa, no qual a vítima, podia relatar algum evento, sobre o qual não foi apresentado no questionário.

A pesquisa contou com o auxílio de três graduandas de Psicologia, que durante o período de oito meses participaram de capacitações sobre a temática da violência sexual, ética em pesquisa e coleta de dados. As estudantes participaram da coleta e da digitação dos dados juntamente com a autora principal do estudo.

Após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética, foi solicitada autorização das coordenações dos

centros para requerer permissão aos professores a fim de realizar a pesquisa em sala de aula. A turma foi convidada a participar da pesquisa, sendo orientada sobre a não obrigatoriedade da participação e o sigilo foi garantido. As pesquisadoras foram em dupla, para garantir suporte a algum aluno caso sentisse algum incômodo com o conteúdo proposto. Dentre os alunos convidados a participar, 38 (4%) alunos não aceitaram participar da pesquisa.

Os dados foram digitados sem identificação dos participantes pela equipe de recursos humanos, tendo-se utilizado o SPSS versão 17.0 (*Statistical Package for Social Science*) para as análises. Na primeira parte do questionário, foram analisadas descritivamente questões sociodemográficas: sexo, idade, etnia, estado civil, com quem mora, escolaridade dos pais e renda mensal por gênero, masculino e feminino. Em seguida, foi feita a análise das frequências de situações envolvendo violência sexual por gênero, considerando as opções de resposta: “algumas vezes”, “muitas vezes”, bem como o impacto percebido pelos respondentes em que as opções de resposta foram “nenhum”, “médio” ou “muito forte”. Fez-se também a análise da segunda parte do questionário, no qual descreve-se a pior situação de violência sexual infantil vivenciada dividida por gênero.

Por se tratar de uma investigação que poderia expor os respondentes a questões incômodas, foram fornecidas informações para que os participantes, se desejassem, fossem atendidos pelo Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do curso de Psicologia da Universidade Estadual do Ceará. Adicionalmente, foi entregue um folder educativo a cada participante, a fim de que os participantes conhecessem

mais sobre abuso sexual infantil, como preveni-lo e o que a Lei Joana Maranhão (Lei nº 12.650/2012) dispõe sobre os direitos dos indivíduos adultos que foram abusados sexualmente quando crianças. As informações somente foram coletadas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, conforme a resolução 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa um total de 941 estudantes, sendo desses 415 homens e 526 mulheres no entanto 100 (10,6%) relataram violência sexual com penetração antes dos 14 anos. Assim, em relação aos homens 16% (n=67) foram vítimas de abuso sexual com penetração e entre as mulheres foi de 6% (n=33). Os dados apresentados na pesquisa vão de encontro com a literatura, haja vista que a maior parte dos estudos apontam as mulheres como as vítimas mais recorrentes (PEREDA *et al.*, 2009). No entanto, vale destacar que a maioria desses estudos trabalham com o conceito ampliado de violência sexual, ou seja, consideram agressões verbais e de natureza sexual em que não há penetração.

Quando é feita a análise separada das características sociodemográficas das vítimas em relação aos gêneros, observou-se que entre as vítimas do sexo masculino, a média da idade quando vítima foi de 13 anos (SD+- 4.77), sendo o mais jovem com 4 anos. Já quanto à idade do agressor na época da agressão, observou-se uma média de 18 anos (SD +- 6.4), sendo o mais jovem com 9 anos.

Entre as vítimas do sexo feminino, a média de idade quando ocorreu a agressão foi 12,5 anos (SD +- 4.38), sendo a mais jovem com 4 anos. Já quanto à idade do agressor, a média de idade foi de 30 anos (SD +- 12.13), o agressor mais jovem com 14 anos e o mais velho com 60.

Esses dados evidenciam a ocorrência de violência sexual em que além do abuso sexual, também foi possível mensurar a violência entre pares. A média de idade entre as vítimas é praticamente igual entre os gêneros, no entanto a média de idade entre os agressores foi bastante diferente no qual entre os homens os agressores eram, em geral, jovens de até 18 anos, configurando a violência sexual entre pares, enquanto entre as mulheres os agressores tinham 30 anos, caracterizando o abuso sexual infantil (POST, 2011).

Quanto à etnia das vítimas do sexo masculino, 50% (34) era pardo, 35% branco (24) e 11% (8) de outras etnias (negro, amarelo e indígena). Já quanto à etnia das vítimas do sexo feminino, 54% (18) era parda, 36% (12) era branca e 9% (3) pertenciam a outras etnias. No entanto, ao comparar-se a etnia das vítimas com a etnia das não vítimas, quanto a etnia não percebe-se diferenças. Quanto a renda familiar, observou-se média de R\$ 5.000,00 (SD +- 6.000) para vítimas do sexo masculino e R\$ 3.230,00 (SD +- 2.500) para as vítimas femininas.

No que se refere ao estado civil atual das vítimas do sexo masculino, 88% (59) afirmou ter compromisso (casados ou com união estável), enquanto que 8% (6) afirmou não ter compromisso. No caso das mulheres, 81% (27) eram casadas ou tinham união estável, já 15% (5) são solteiras.

Segundo o censo (2010), 34,8% dos brasileiros são solteiros, 5% são divorciados e 55,4% são casados. Assim, entre as vítimas de violência há uma prevalência maior de relação estável ou casamento que na população brasileira.

Quanto à prática de religião, 32,8% (22) das vítimas de sexo masculino apresentam resposta positiva. Já entre as vítimas de sexo feminino, a prática de religião é apresentada em 69% (20) das respondentes.

O local de nascimento das vítimas do sexo masculino foi predominantemente em Fortaleza, 76% (51), enquanto que 23% (16) nasceu no interior. Nas vítimas do sexo feminino, a capital também é apresentada como local de nascimento da maioria 72% (24), enquanto que 27% (9) nasceram no interior.

O consumo de álcool é presente em 43% (29) dos homens e 27% (9) das mulheres. Jorge (2009) em sua pesquisa aponta que o uso de álcool e drogas ilícitas como consequência da vitimização na infância.

Tabela 1 – Frequência e impacto de violência sexual com penetração sofrida na infância por universitários.

Gênero da vítima de violência sexual	Frequência Impacto				
	Algumas vezes	Muitas vezes	Nenhum	Médio	Muito Forte
Masculino	54	13	15	37	15
Feminino	26	7	5	16	10*

Fonte: Elaboração própria. *2 mulheres não responderam sobre o impacto do evento.

Ao analisar a frequência e o impacto do abuso sexual com penetração nas 100 vítimas, conforme apresentado na tabela 1, observou-se que, 67 eram do sexo masculino e 33 do sexo feminino. Para essa experiência, o impacto relatado foi nenhum para 22% (15) das vítimas masculinas e 15% (5) das vítimas femininas, impacto médio para 55% (37) das vítimas masculinas e 48% (16) das vítimas femininas e impacto muito forte para 22% (15) das vítimas masculinas e 30% (10) das vítimas femininas. Os dados encontrados vão de encontro aos dados apresentados em outros estudos, em uma revisão de literatura Pereda *et al.* (2009) apresenta que as mulheres são duas vezes mais vítimas de violência sexual do que os homens na infância. No entanto, os dados apresentados no presente estudo estão relacionados aos estudos de Drezet *et al.* (1999) e Saffioti e Almeida (1995) que apontaram que os registros das delegacias e conselhos tutelares representam 10 a 20% dos casos reais.

Tabela 2 – Frequência, local e consequências da violência sexual infantil dividida por gênero.

	Homens (N ≈ 67)	Mulheres (N ≈ 33)
O ato foi praticado por	N=48	N=22
Uma pessoa	37	19
Duas pessoas	7	3
Mais de duas	4	1
O ofensor era	N=37	N=15
Amigo / vizinho	25	3
Tio / tia; primo / prima	5	6
Não lembro	3	2
Outro	3	1

	Homens (N ≈ 67)	Mulheres (N ≈ 33)
Padrasto	0	1
Pai	1	1
Avô / avó	1	0
Padres / pastor	0	1
Profissional	2	0
Irmão	0	0
Mãe / madrastra	0	0
Local da agressão	N=41	N=19
Residência	34	14
Rua / festa	10	4
Outro	0	0
Trabalho / carro / igreja	6	8
Creche / escola	3	2
Consequências	N=41	N=21
Pensamento repetitivo	20	12
Interesse precoce por sexo	26	5
Raiva / vingança	4	0
Vergonha	10	14
Medo	6	15
Culpa	8	12
Nojo	0	12
Evitar pessoas / isolamento	4	11
Tristeza	3	0
Desinteresse por sexo	1	5
Hematomas / DST	1	4
Confusão	12	10
Tentativa de suicídio	1	3
Pesadelos	0	4
Gravidez	0	0

Fonte: Pesquisa direta. 2015.

Já em relação à quantidade de agressores, tanto homens como mulheres foi em maioria agredida por uma pessoa, e o local onde mais ocorreu foi na sua residência. O agressor mais comum no caso dos homens foi amigo/vizinho e das mulheres foi tio/primos. Já em relação às consequências, os homens apontaram como a mais comum o interesse precoce por sexo e as mulheres o medo. Soyly (2013) em seu estudo que comparava homens e mulheres vítimas de abuso sexual apresentou que os meninos abusados sexualmente desenvolveram dependência a uso de álcool e drogas. Além disso, os meninos que sofreram abuso com penetração e que foram vitimados por pessoas próximas tiveram maiores taxas de problemas psiquiátricos. O estresse pós-traumático foi o transtorno mental mais comum em ambos os gêneros.

Diversos estudos apontam que o agressor é alguém próximo à família. Tal dinâmica envolve aspectos que se apresentam interligados: a “Síndrome de Segredo”, que está diretamente relacionada com a relação da vítima com o agressor que, por gerar intenso repúdio social, tende a se proteger em uma teia de segredo, mantido às custas de ameaças e barganhas à criança abusada (HABIGZANG, 2004; HABIGZANG, 2005).

Tabela 3 – Frequência da revelação e as providências após a violência sexual infantil por gênero.

	Homens (N ≈ 42)	Mulheres (N ≈ 140)
Foi a primeira vez que revelou a violência	N=42	N=21
Não	21	17
Sim	21	4
Contou à (ao)	N=32	N=28

	Homens (N ≈ 42)	Mulheres (N ≈ 140)
Amigo / tio / avó(avô)	21	13
Mãe	5	11
Padre / pastor	3	1
Irmão	2	1
Pai	1	1
Professor / profissional saúde	0	0
Terapeuta	0	1
Polícia / conselho tutelar	0	0
A pessoa a quem contou	N=29	N=22
Acreditou	22	15
Não acreditou	2	2
Disse para esquecer	3	3
Ignorou	2	2
Culpou	0	0
Discutiu ou agrediu o agressor	0	0
Após o relato da violência	N=21	N=23
Nada, parou	17	12
Ida ao psicólogo / psiquiatra	4	3
Instauração de processo judicial	1	4
Registro de boletim de ocorrência	1	4
Condenação do ofensor	0	1
Nada, continuou	0	0
Bateram no agressor	0	0
Afastamento do agressor	0	0

Fonte: Pesquisa direta. 2015.

Na tabela 3, são apresentados dados sobre as providências após a violência sexual, observou-se que entre os homens apenas metade já tinha revelado para alguém o

evento, enquanto que as mulheres, em sua maioria, já haviam revelado. Hershkowitz (2007) relata que a revelação e/ou a notificação do abuso sexual passa por múltiplas dificuldades relacionadas a fatores individuais, familiares e sociais. Assim, um dos principais aspectos da revelação é a qualidade da relação que a criança estabelece com a pessoa para quem contou e, conseqüentemente, com a interpretação que a criança supõe que a pessoa faria (SANTOS, 2010).

Em relação a quem as vítimas contaram tanto homens e mulheres contam para amigos/tios/avós e que a maioria das pessoas acreditou. No entanto, em ambos os casos nada foi feito em relação à situação. O receio em contar as experiências de abuso pode estar associado ao medo da rejeição familiar, ao fato da família não acreditar em seu relato, ao medo de perder os pais ou ser expulso de casa, de ser o causador da discórdia familiar ou ainda, à falta de informação ou consciência sobre o que é abuso sexual (SANTOS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual na infância diante da alta frequência e dos danos e agravos que determinam entre crianças e adolescentes, constitui-se um problema de saúde pública no Brasil e em diversos países. Além disso, essa temática tem uma estreita interface com as questões policiais e jurídicas, indo além das questões de saúde.

Quando essa violência é compreendida pela perspectiva da ocorrência e impacto de acordo com o gênero torna-se ainda mais delicado, pois, embora a maior parte da

literatura aponte o gênero feminino como um fator de risco para a violência, sabe-se que muitas vezes o gênero masculino é subnotificado. Esse fenômeno pode estar relacionado a questões culturais que impõe aos homens não demonstrarem seus sentimentos ou muitas vezes de temerem ter a orientação sexual colocada à prova devido à vitimização.

No entanto, os dados desta pesquisa demonstraram que tanto homens quanto mulheres ao serem vítimas de violência sexual na infância têm suas vidas impactadas por tais eventos e que, no entanto, mesmo ao relatarem o ocorrido, na maioria das vezes, não recebem a devida assistência. Acredita-se que isso possa estar relacionado ao: desconhecimento por parte da população sobre o abuso sexual infantil e a violência sexual entre pares, escassez de serviços de saúde e justiça voltados a vítimas e seus familiares, descrença de que discutir abertamente o problema e buscar auxílio é melhor do que manter o segredo, dentre outros. Assim, este estudo, a partir dos dados revelados, indica como urgente a busca por ampliar os estudos sobre o tema, aumentar as discussões sobre sexualidade e Direitos Humanos nas escolas, na mídia, nos serviços de saúde e disponibilizar serviços de saúde para adultos que foram vítimas na infância de violência sexual.

REFERÊNCIAS

DREZETT, J.; Baldacini, I.; NISIDA, I. V. V., NASSIF, V. C.; NÁPOLI, P. C. Estudo de adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimizadas. [Study of adherence to antiretroviral chemoprophylaxis for HIV infection in women sexually victimized.] **Rev Bras Ginecol Obstetr.** 21(9):539-44,1999.

HABIGZANG, L. F. *et al.* Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 341-348, 2005.

HABIGZANG, L. F.; CAMINHA, R. M. Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2004.

HERSHKOWITZ, I.; LANES, O.; LAMB, M. E. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. **Child Abuse & Neglect**, 31, 111-123, 2007.

JORGE, M. H. P; Godoy, C. B. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, 18(4): 315-334, out-dez 2009.

LEEB, R.; LEWIS, T.; ZOLOTOR, A. T. A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. **American journal of life style medicine**, 5, 454-468, 2011.

MATOS, K. J. N. **Associação da violência sexual na infância com qualidade de vida entre universitário**. Dissertação (Mestrado Acadêmico). Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World health organization. World report on violence and health. Geneve: Etienne G. Kruget al, **WHO**, 2002.

PEREDA, N. at al. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, vol. 29, p. 328–338, 2009.

SAFFIOTTI, H. I. B; ALMEIDA, S. S. Violência de gênero: poder e impotência. Gender violence: power and powerlessness. Rio de Janeiro: **Revinter**, 1995.

SANTOS, S. S.; DELL'AGLIO, D. D. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicologia & Sociedade**; 22 (2): 328-335, 2010.

SAYWITZ, K.J.; MANNARINO, A. P; BERLINER, L; COHEN, J. A. Treatment for sexually abused children and adolescents. **Am Psychol**, Sep; 55(9): 1040-9, 2000.

SOYLU, N.; ALPASLAN, A. H.; AYAZ, M.; ESENYEL, S.; ORUÇ. M. Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. **Res Dev Disabil**, 34 (12):4334-42, 2013.

TRIGGLE, Nick. The taboo of child-on-child abuse. **BBC News**, United Kingdom, 02 de março de 2007.

TEMA 5

FORMAÇÃO EM SAÚDE



Um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde.

Nem é dirigida às políticas de gestão de saúde ou das ações e dos serviços de saúde e nem é compreendida como atividade finalística da política de saúde.

Ricardo Burg Ceccim

CAPÍTULO 25

ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS AUTORREFERIDOS E FATORES DE RISCO VOCAL EM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL

Christina Cesar Praça Brasil
Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

A evolução da sociedade traz para as mulheres um acúmulo de atribuições que aumentam a demanda vocal, especialmente para as profissionais da voz. Em vários países, incluindo o Brasil, as professoras constituem um grupo numeroso (BEHLAU *et al.*, 2006) que utiliza intensamente a voz nas relações pessoais e na vida profissional. As pesquisas mostram que as mulheres estão mais predispostas ao desenvolvimento de alterações no aparelho fonador, devido às suas características anatômicas, fisiológicas e psicológicas (ORTIZ *et al.*, 2004; FUESS; LORENZ, 2003; NACCI *et al.*, 2011).

As demandas da vida moderna evidenciam a necessidade de as mulheres serem cuidadas de forma integral, o que inclui a saúde vocal. Essa inclusão favorece a qualidade de vida, o bem-estar e o melhor desempenho profissional. A atenção à saúde ocupacional é uma lacuna existente na

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004) e merece ser destacada para que problemas recorrentes, envolvendo a saúde vocal das docentes, alcance um melhor nível de resolutividade.

As professoras fazem uso intenso da voz no ambiente de trabalho, na vida social e no lar, sofrem influências do meio externo sobre a sua saúde, expõem-se a fatores de risco para a voz e apresentam diversas queixas que prejudicam o exercício profissional. Muitas vezes, absenteísmo e afastamentos temporários decorrem dessas queixas, dentre as quais a literatura destaca: cansaço vocal, desconforto ao falar, esforço para falar, garganta seca, dificuldade para projetar a voz, rouquidão, instabilidade, tremor na voz, entre outros (BEHLAU *et al.*, 2006; SERVILHA; PENA, 2010; CAPAROSSI; FERREIRA, 2011; MEDEIROS; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2012).

Diante do exposto, questiona-se sobre a existência de uma associação entre a exposição a fatores de risco e à presença de sintomas vocais nessas mulheres, devido à sua elevada demanda vocal. Assim, o objetivo deste estudo consiste em verificar a existência de associação entre a exposição a fatores de risco e os sintomas autorreferidos pelas professoras do ensino fundamental da rede municipal de ensino da cidade de Fortaleza.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo quantitativo transversal, de dezembro de 2013 a maio de 2014, incluindo 351 professoras do Ensino Fundamental de 60 escolas dos 6 Distritos de

Educação da Rede Municipal de Ensino de Fortaleza, sendo dez de cada um dos distritos.

Os critérios de inclusão das participantes foram: ser professora do Ensino Fundamental, com idade igual ou superior a 20 anos, que estava em exercício na sala de aula; podendo ter ou não história de alteração vocal, e que concordou em participar de todas as etapas do estudo. Foram excluídas as professoras que estavam de licença das atividades em sala de aula, as que não se dispuseram em participar integralmente da pesquisa ou que não gozavam de condições emocionais para este fim. As escolas de cada distrito foram selecionadas com base nos seguintes critérios: ter Ensino Fundamental I e/ou II, ter o número de alunos igual ou superior a 600 (seiscentos), ter número de professores igual ou superior a 20 e haver o predomínio de mulheres no corpo docente.

Após selecionadas, as escolas foram visitadas pelas pesquisadoras para uma explanação preliminar sobre a pesquisa, a assinatura da carta de anuência pelo(a) diretor(a) e para a realização do agendamento da coleta de dados. Foi acordado que a aplicação dos questionários seria feita nos horários de intervalo das aulas ou de planejamento das professoras, de modo a não interromper as atividades docentes e não prejudicar os alunos. Esses planejamentos aconteciam todos os dias da semana, sendo um turno (manhã ou tarde) destinado a grupos de professoras de uma mesma disciplina. Para dar conta da totalidade da amostra, cada escola foi visitada, em média, três vezes.

Após os esclarecimentos da pesquisadora, cada participante preencheu individualmente um questionário sobre

o perfil socioeconômico e de saúde, contendo informações pessoais, profissionais e sobre a saúde vocal. O preenchimento dos questionários teve duração média de 30 minutos, durante os quais a pesquisadora manteve-se presente para o esclarecimento de eventuais dúvidas. Após o preenchimento do questionário, a pesquisadora realizava uma leitura com a participante e solicitava o preenchimento de quaisquer itens que estivessem sem respostas. As questões exploradas no questionário referiam-se à: identificação pessoal, formação e vida profissional, condições de saúde, percepções sobre a voz e informações complementares. Esses dados auxiliaram na compreensão do perfil das professoras que fizeram parte do estudo, o que favoreceu a investigação e a análise integradas, possibilitando a visualização das condições de saúde vocal na perspectiva da integralidade.

Os dados foram organizados em tabelas, com frequências absolutas e percentuais. Calcularam-se as medidas estatísticas médias e os desvios-padrão das seguintes variáveis: número de sintomas e número de fatores de risco. As associações entre os problemas relacionados ao trabalho das professoras (número de sintomas e condições de saúde) e as variáveis qualitativas ou categóricas foram realizadas pela análise bivariada, por meio dos testes Não Paramétricos de Qui-quadrado e da Razão de Verossimilhança. Foram consideradas estatisticamente significantes as análises inferenciais com $p < 0,05$. As análises inferenciais com valor de p até 0,09 foram levados como indicativas de significância. Os dados foram processados no SPSS versão 20.0.

Os resultados, após analisados, foram interpretados e comparados à literatura pesquisada.

Todos os preceitos éticos previstos para a realização de pesquisas em seres humanos foram criteriosamente seguidos, tendo sido o estudo autorizado pela Secretaria Municipal de Educação de Fortaleza, pelos coordenadores dos Distritos de Educação, pelos diretores de cada escola e todas as participantes, por meio de cartas de anuência e Termos de Consentimento e Livre Esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza sob o Parecer nº 899.798.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, é possível observar aspectos relacionados às características sociodemográficas das participantes, as quais se encontram na faixa etária predominante de 40 a 49 anos (40,7%), sendo a idade média estimada em 42,9 anos (idade mínima 24 e máxima 66 anos). Em seu estudo, Moraes, Azevedo e Chiari (2012) ressaltam a importância de levar em consideração a variável idade, já que a partir dos 45 anos o indivíduo começa a perder sua eficiência vocal e uma série de alterações estruturais na laringe pode ocorrer, com maior ou menor impacto vocal. No presente estudo, muitas das professoras entrevistadas encontravam-se na faixa etária correspondente ao risco de perda da eficiência vocal e apresentavam dois fatores predisponentes que possibilitam a redução dessa idade, quais sejam: a utilização profissional da voz e a condição feminina.

A literatura demonstra que a mulher é mais predisposta à instalação de alterações vocais por suas características anatómicas, psicológicas e fisiológicas (que também incluem a

dinâmica hormonal). Amir e Biron-Shental (2004) reforçam esta teoria ao comprovar que a laringe é um órgão-alvo das influências hormonais, uma vez que os hormônios sexuais afetam a sua morfologia, histologia e fisiologia, podendo desencadear alterações vocais, a exemplo da síndrome vocal pré-menstrual e da síndrome vocal da menopausa.

Quanto à situação conjugal das entrevistadas, 51,9% declararam-se casadas e 67,8% têm filhos. Esses dados confirmam que as professoras continuam fazendo uso da voz quando chegam às suas casas, pois precisam se relacionar com o marido e os filhos, havendo mais uma sobrecarga para sua saúde vocal, que já vem desgastada após um dia de trabalho. Essas mulheres, ao apresentarem alterações vocais, referem desânimo e até sentimento de culpa por chegarem a casa e preferirem ficar em silêncio. Algumas das participantes relataram que, muitas vezes, ficam irritadas quando precisam falar após um dia de trabalho, principalmente quando sentem incômodo laríngeo.

No que diz respeito à formação acadêmica, 71,8% das professoras entrevistadas possuem especialização ou MBA, em sua maioria, na área da educação e gestão escolar. A formação continuada propicia uma melhoria da renda para as docentes, de acordo com o plano de carreira da Secretaria Municipal de Educação de Fortaleza. Apesar disso, 52,5% têm renda mensal média estimada em R\$ 2.768,00, o que, muitas vezes, não supre as suas necessidades financeiras. Esse é um dos motivos que levam algumas das docentes a procurarem outras atividades remuneradas, principalmente na área de vendas (cosméticos, roupas e bijuterias) ou ministrando aulas particulares.

Essa limitação financeira também gera impactos no acesso à saúde, impossibilitando-as de ter amplo acesso aos profissionais de que necessitam, como, por exemplo, fonoaudiólogos e psicólogos. Dentre as entrevistadas, 74,1% têm acesso à saúde pelo Instituto de Previdência do Município (IPM) com ou sem outro complemento. O problema apontado por elas é que a demanda nesses serviços públicos (principalmente IPM e SUS) é tão elevada que existem limitações do número de sessões para tratamentos continuados, não existe a oferta de todos os profissionais ou não oferece uma quantidade de profissionais que atendam plenamente a demanda.

Tabela 1 – Distribuição do número de professoras, segundo características sociodemográficas, Fortaleza-CE, dezembro/2013 a maio/2014.

Características	N°	%
Faixa etária (N=348)		
24 a 39 anos	122	35,1
40 a 49 anos	143	40,7
50 a 66 anos	83	23,6
Estado civil (n= 351)		
Casada	182	51,9
Solteira	98	27,9
Divorciada	41	11,7
União estável	22	6,3
Viúva	8	2,3
Renda mensal (N=314) (salário mínimo)		
Até 3,0	79	25,2
3,1 a 5,0	165	52,5
5,1 a 12,0	70	22,3
Grau de instrução (N=351)		
Graduado	85	24,2

Características	N°	%
Especialização/MBA	252	71,8
Mestrado/Doutorado	14	4,0
Acesso à saúde (N=351)		
IPM	178	50,7
IPM e outro	82	23,4
SUS	25	7,1
Plano de saúde	25	7,1
Particular	22	6,3
Mais de um sem IPM	19	5,4

Nota: Os itens onde o N é menor que 351 indica que nem todas as participantes responderam ou fazem parte de um recorte do grupo completo.

Na tabela 2, é possível observar a descrição dos fatores levados em consideração para a composição da demanda vocal (carga horária semanal, turnos de trabalho, tempo de profissão, outras atividades, filhos) e a associação destes com o número de sintomas autorreferidos. Dentre as participantes, 65,3% lecionavam há mais de 10 anos, propiciando o maior desgaste vocal e tendo como consequência o afastamento temporário de 190 professoras (54,1%) das suas funções profissionais. Nesse grupo, as intercorrências cirúrgicas, ortopédicas e outras (56,7%), os problemas vocais com ou sem outro problema associado (36%) e os problemas psicológicos (7,3%) configuram como as causas mais evidentes de afastamento.

Costa e Germano (2007) constataram que as principais causas de afastamento dos docentes da sala de aula são: os transtornos mentais e comportamentais (18,99%); as doenças do aparelho respiratório (15,98%); sintomas encontrados em exames clínicos (11,62%), dentre os quais se encontram transtornos de fala e/ou voz; as doenças do sis-

tema osteomuscular (11,33%) e doenças do aparelho circulatório (8,13%). Dados estes que encontram vários pontos que convergem com os achados deste trabalho.

Detectou-se que 79,5% das docentes trabalham dois ou três turnos diários, das quais 55,4% autorreferiram mais de 6 sintomas vocais. De todas as participantes, 71,8% ministram 40 ou mais horas de aulas semanais. Ressalta-se que as professoras que trabalham três turnos atuam, além da escola municipal, em uma escola estadual ou particular. Essas professoras passam a maior parte do seu dia utilizando a voz como instrumento de trabalho, em um ambiente desfavorável, que oferece muitos riscos à saúde global delas, o que poderá ser observado na tabela 4.

O Censo Escolar 2009 (BRASIL, 2009) mostra que, no Brasil, há aproximadamente 2 milhões de docentes na Educação Básica, que vai da Educação Infantil até o Ensino Médio. Esses profissionais são responsáveis por lecionar para mais de 52 milhões de alunos. Parte dos professores exerce suas atividades em mais de uma etapa do ensino, estando a maior parte concentrada no Ensino Fundamental. Esta pesquisa também mostra que 81,5% dos docentes da Educação Básica brasileira são constituídos de mulheres; 58% do total têm até 40 anos e, aproximadamente, 23% trabalham em mais de uma escola para complementar a renda familiar.

Essa realidade não diverge dos números contabilizados na Educação Básica da rede municipal de ensino da cidade de Fortaleza, que dispõe de 9.191 docentes. Desse total, registra-se um percentual de 83,27% (7.653) de mulheres, estando 5.654 delas em sala de aula e as de-

mais em atividades burocráticas ou de licença saúde, concentrando-se mais de 80% no Ensino Fundamental. A faixa etária predominante é de 40 a 49 anos (FORTALEZA, 2012).

Nesse cenário, observa-se que a quantidade de mulheres supera os homens em diversas ocupações, sendo a docência básica uma dessas profissões. A literatura mostra que as mulheres acumulam funções que demandam da voz dentro e fora do contexto profissional, o que pode ser validado com o dado exposto na tabela 2, o qual mostra que 29,9% das participantes deste estudo desempenham outras funções profissionais e 39,1% realizam atividades de lazer que incluem a utilização vocal, quais sejam: atividades religiosas; aulas particulares; atuam como *personal trainer* ou vendedoras; conversam com os amigos, cantam, dentre outras. O uso intenso da voz, em diferentes contextos, pode causar fadiga, levando a sintomas e alterações na voz (BEHLAU *et al.*, 2005).

Estudo de Giannini, Latorre e Ferreira (2013) evidencia que os professores perpassam por sobreposição de tarefas, o que gera uma somatória de exigências e acúmulo de trabalho, explicando o cansaço físico, vocal e mental apresentado por muitos docentes. Outro fato a se considerar é o nível em que as professoras ensinam, uma vez que todas as participantes deste estudo ministram aulas no ensino fundamental, demandando mais da comunicação oral por parte do professor para facilitar a concentração, o aprendizado e a disciplina dos alunos.

Pizolato *et al.* (2013) mostrou relação significativa entre o uso vocal com o gênero e o nível de ensino lecionado.

Os profissionais do gênero masculino tiveram menor risco de desenvolvimento de alteração vocal, quando comparados aos do gênero feminino. As professoras que lecionavam nos Ensinos Fundamentais II e Médio tiveram menos exposição a situações causadoras de alteração vocal do que as professoras do Ensino Fundamental I.

Não foram observadas associações estatisticamente significantes entre o número de sintomas e as variáveis independentes relativas à demanda vocal, visto que os p foram maiores do que 0,05; entretanto, deve-se considerar uma tendência de associação com a variável “tempo de atividade em sala de aula”, uma vez que, quanto maior o tempo de atividades em sala de aula, maior foi o número de sintomas ($p= 0,081$).

Tabela 2 – Associação entre o número de sintomas e a demanda vocal, Fortaleza-CE, dezembro/2013 a maio/2014.

Demanda vocal	Número de sintomas								
	Até 3		De 4 a 6		Mais de 6		Total		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tem filhos									0,363
Não	24	21,2	34	30,1	55	48,7	113	100,0	
Sim	47	19,7	57	23,9	134	56,3	238	100,0	
Total	71	20,2	91	25,9	189	53,8	351	100,0	
Tempo de atividade em sala (anos)									0,081
<= 10	22	18,8	38	32,5	57	48,7	117	100,0	
>10	47	21,4	47	21,4	126	57,3	220	100,0	
Total	69	20,5	85	25,2	183	54,3	337	100,0	
Carga horária semanal (horas)									0,349
Até 20	16	20,8	22	28,6	39	50,6	77	100,0	
De 21 a 39	8	36,4	4	18,2	10	45,5	22	100,0	
De 41 a 60	47	18,7	65	25,8	140	55,6	252	100,0	
Total	71	20,2	91	25,9	189	53,8	351	100,0	

Demanda vocal	Número de sintomas								
	Até 3		De 4 a 6		Mais de 6		Total		P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Número de turnos de trabalho									0,819
Um	16	22,5	19	26,8	36	50,7	71	100,0	
Dois	47	19,1	65	26,4	134	54,5	246	100,0	
Três	5	16,7	6	20,0	19	63,3	30	100,0	
Total	68	19,6	90	25,9	189	54,5	347	100,0	
Outra atividade									0,158
Não	48	19,5	71	28,9	127	51,6	246	100,0	
Sim	23	21,9	20	19,0	62	59,0	105	100,0	
Total	71	20,2	91	25,9	189	53,8	351	100,0	
Atividade horas vaga									0,968
Com uso vocal	27	19,7	36	26,3	74	54,0	137	100,0	
Sem uso vocal	44	20,7	54	25,4	115	54,0	213	100,0	
Total	71	20,3	90	25,7	189	54,0	350	100,0	

Nota: Teste Qui-quadrado e razão de verossimilhança.

A tabela 3 mostra os sintomas vocais autorreferidos pelas professoras, os quais são as manifestações de incômodos ou alterações da voz percebidas e que direta ou indiretamente prejudicam o exercício profissional. Neste estudo, eles foram contabilizados de acordo com o número de participantes que os referiram separadamente, destacando-se os seguintes: garganta seca (77,8%), rouquidão (76,4%), aperto/tensão na garganta (63,5%), cansaço vocal (62,4%), falhas na voz/ instabilidade ou tremor na voz (54,1%) e coceira na garganta (53%).

Esses achados compactuam com uma pesquisa realizada por Behlau *et al.* (2006) sobre o panorama epidemiológico da voz do professor no Brasil, envolvendo 27 estados brasileiros e 1308 participantes, o qual demonstrou

uma elevada frequência de mulheres na docência (79,2%) e a predominância de alterações na voz dos docentes em relação aos não docentes, o que representa uma atividade de risco ocupacional para a voz. Este estudo mostra que os sintomas vocais mais frequentes apresentados pelos professores relacionados com a atividade profissional foram: cansaço vocal (92,8%), desconforto ao falar (90,4%), esforço para falar (89,2%), garganta seca (83,9%), dificuldade para projetar a voz (82,8%), rouquidão (82,2%), instabilidade ou tremor na voz (79,3%), entre outros. Esses resultados também se assemelham a outros estudos realizados sobre a saúde vocal do professor, onde predominam mulheres, cujos resultados confirmam a prevalência destes e de outros sintomas e queixas que prejudicam o exercício profissional e a qualidade de vida dessa população (SERVILHA; PENA, 2010; CAPAROSSI; FERREIRA, 2011; MEDEIROS; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2012).

Com relação ao número de sintomas vocais, este estudo mostra que 53,8% das participantes referiram apresentar mais de 6 sintomas vocais e a média calculada foi de 7,52 sintomas por professora, com desvio-padrão de $\pm 3,92$. Costa *et al.* (2013) mostraram que os professores com queixas vocais exprimiram três ou mais sintomas, o que consideraram ser um fator preocupante, visto que pode indicar a presença de alterações já instaladas. Outro estudo (ROY *et al.*, 2004), realizado nos Estados Unidos, encontrou média de 4,3 sintomas entre os professores e 3,1 sintomas entre não professores. Zambom, Behlau e Roy (2007), ao reproduzirem ensaio similar no Brasil, verificaram a média de 3,1 sintomas entre professores e 1,7 sintoma entre não profes-

sores. Esse dado merece atenção especial, pois constitui um sinal de alerta, mostrando que a saúde vocal dos professores está desassistida e que, no universo feminino, o problema tende a se potencializar.

Outros sintomas mencionados com menor frequência e que merecem ser discutidos dizem respeito à piora da voz com o avanço da idade (22,8%) e à piora da voz no período pré-menstrual e/ou menstrual (5,4%). Esses dois tipos de sintomas não são percebidos por um grande número de mulheres. Muitas delas referem incômodos gerais na sua saúde nesses dois períodos do ciclo de vida, porém a maioria não faz nenhuma relação com a saúde vocal. Esse é um ponto que merece ser destacado nos programas de promoção de saúde vocal, pois as professoras, ao utilizarem intensamente a voz ao longo da sua vida profissional, precisam estar atentas a alterações vocais que possam prejudicar o seu bem-estar e o pleno desenvolvimento das suas atividades em sala de aula.

No contexto feminino, Abtibol, Abtibol e Abtibol (1999), Nacci *et al.* (2011) também defendem que, no processo de evolução vocal, os hormônios são extremamente importantes. Nesse cenário, são registradas pela literatura alterações importantes, como a Síndrome Vocal Pré-Menstrual e a Síndrome Vocal da Menopausa, que podem interferir negativamente na qualidade de vida das mulheres, sobretudo se utilizarem a voz profissionalmente.

As professoras que referiram piora da voz com o avanço da idade tinham mais de 45 anos e as principais queixas incluem: voz mais grave, redução da extensão vocal, fadiga vocal, dificuldade de emitir sons mais fortes e agudos. A

Síndrome Vocal da Menopausa caracteriza-se pela redução da intensidade vocal, fadiga vocal, perda das frequências mais agudas e da qualidade vocal, sintomas estes causados pela atrofia muscular, redução da espessura da mucosa e da mobilidade da articulação cricoaritenóidea (BOULET; ODDENS, 1996).

Quanto às queixas das mulheres que referiram alterações no período pré-menstrual e/ou menstrual, encontram, principalmente: dificuldade respiratória e fadiga vocal. Um estudo de Mortola (1996) mostra que a Síndrome Vocal Pré-Menstrual atinge, aproximadamente, 33% das mulheres, iniciando-se de 4 a 5 dias antes da menstruação e que as principais características vocais são: fadiga, extensão diminuída, perda de potência e de alguns harmônicos.

Tabela 3 –Distribuição do número de professoras, segundo sintomas autorreferidos, Fortaleza-CE, dezembro/2013 a maio/2014.

Sintomas	Sim		Não	
	N°	%	N°	%
Garganta seca	273	77,8	78	22,2
Rouquidão	268	76,4	83	23,6
Aperto na garganta/ tensão	223	63,5	128	36,5
Cansaço ao falar	219	62,4	132	37,6
Falhas na voz	190	54,1	161	45,9
Coceira na garganta	186	53,0	165	47,0
Pigarro	162	46,2	189	53,8
Alergia	150	42,7	201	57,3
Afonia	145	41,3	206	58,7
Dor de garganta	141	40,2	210	59,8
Esforço ao falar	132	37,6	219	62,4
Respiração curta para a fala	129	36,8	222	63,2
Bolo na garganta	123	35,0	228	65,0

Sintomas	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Voz ruim com avanço da idade	80	22,8	271	77,2
Voz ruim na menstruação	19	5,4	332	94,6
Nº Sintomas	Nº	%	Média ± DP	
0	3	0,9	7,25 ± 3,92	
1 a 3	69	19,4		
4 a 6	91	25,9		
Mais de 6	189	53,8		

Os fatores de risco para a saúde vocal (Tabela 4) foram contabilizados individualmente, conforme mencionados pelas participantes, cuja média foi de 5,93 sintomas por professora, com desvio-padrão de $\pm 5,93$. Ressalta-se que estes se constituem de aspectos ambientais, relacionais, atitudinais e orgânico-funcionais. Dentre eles, a indisciplina dos alunos (76,9%) foi o fator de risco mais evidenciado pelas docentes, o que predispõe o abuso vocal (72,9%) e o estresse (58,1%). Esses fatores associados contribuem para a instalação de problemas na saúde física e mental, sendo a saúde vocal bastante prejudicada. Na realidade estudada, o ruído ambiental (56,7%), devido à péssima acústica, além da temperatura desconfortável (57,5%) das salas de aula, incluem-se nos fatores de risco mais referidos.

De acordo com um estudo desenvolvido por Ferreira e Märtz (2010), em um Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CREST), existem fatores de risco gerais e específicos para todos os profissionais da voz que variam de acordo com a profissão. Como exemplo, esta pesquisa detectou que os fatores relacionados aos distúrbios de voz

relatados pelos professores foram o número excessivo de alunos e a indisciplina deles, a carga horária de trabalho extensa, o ruído ambiental, o espaço físico inadequado, alergia à poeira, falta de lugar para descanso, falta de água para beber durante as aulas, uso de giz, mobiliário de trabalho ruim, estresse e jornada de trabalho excessiva, entre outros.

Uma pesquisa de Karmann e Lancman (2013) destaca que a falta de estrutura física, material e de recursos humanos são agravantes para desencadear problemas vocais. Estudo semelhante identificou que os docentes que lecionavam sem competir com o ruído ambiental apresentaram menos chance de ter alteração vocal do que aqueles que o faziam com ruído do ambiente (PIZOLATO *et al.*, 2013).

Observou-se neste estudo que, apesar da hidratação (beber água) ter sido o aspecto mais referenciado (80,3%) como benéfico à saúde vocal, 27,9% das participantes relataram não beber água durante o exercício profissional, o que é considerado como fator de risco para a saúde vocal, como mostra a tabela 4. A hidratação é referida por diversos estudos como uma das principais estratégias de cuidado com a voz, visto que a água é componente essencial para a fisiologia corporal e para a produção vocal. Estudos de Xavier (2013) e Costa *et al.* (2013) mostram que a hidratação é um recurso essencial para os profissionais da voz e que a não ingestão de água durante o uso profissional da voz pode levar à sensação de garganta seca.

Tabela 4 – Distribuição do número de professoras, segundo frequência dos fatores de risco, Fortaleza-CE, dezembro/2013 a maio/2014.

Fatores de risco	Sim		Não	
	N°	%	N°	%
Indisciplina dos alunos	270	76,9	81	23,1
Mau uso/abuso vocal	256	72,9	95	27,1
Estresse	204	58,1	147	41,9
Temperatura desconfortável	202	57,5	149	42,5
Exposição a ruído ambiental	199	56,7	152	43,3
Distúrbio digestivo	153	43,6	198	56,4
Contato alérgico	170	48,4	181	51,6
Exposição à poluição ambiental	159	45,3	192	54,7
Sedentarismo	107	30,5	244	69,5
Trabalho excessivo	107	30,5	244	69,5
Não beber água	98	27,9	253	72,1
Bebidas alcoólicas	87	27,6	254	72,4
Alteração hormonal	44	12,5	307	87,5
Fumo	14	4,0	337	96,0
N° Fatores de risco	N°	%	Média ± DP	
1 a 3	60	17,6	5,93 ± 2,72	
4 a 6	124	36,5		
Mais de 6	156	45,9		

Na tabela 5, ao estabelecer a correlação entre o número de sintomas e o número de fatores de risco, verificou-se que 122 (78,2%) das docentes referiram estar expostas, em sua rotina profissional, a mais de 6 fatores de risco, as quais também referiram apresentar mais de 6 sintomas vocais, o que demonstra que o número de sintomas dependeu do número de fatores de risco ($p < 0,0001$).

Estiveram associados com o número de sintomas os seguintes problemas crônicos que também configuraram como fatores de risco para a voz: alterações vocais

menstruais ($p=0,033$), alterações vocais não menstruais ($p<0,0001$), refluxo ($p<0,0001$), ansiedade ($p<0,0001$), estresse ($p<0,0001$), sinusite ($p<0,0001$) e menopausa ($p=0,026$). O número de fatores de risco aponta associação bastante significativa com o número de sintomas ($p<0,0001$) e com o número de turnos de trabalho ($p=0,019$), dado este comprovador de que a maior exposição temporal ao ambiente escolar predispõe o contato com diversos fatores (ambientais, relacionais e organizacionais) que favorecem o surgimento de sintomas na voz, especialmente no contexto dos professores, cuja voz é um dos principais instrumentos para o exercício profissional.

A exposição aos diversos fatores de risco para a saúde vocal fez com que as professoras pesquisadas apresentassem mais queixas com relação à saúde global, à saúde vocal e à qualidade de vida. Um estudo de Costa *et al.* (2013) compactua com os achados do presente estudo, ao constatar que os docentes que apresentam queixas vocais estão expostos a uma maior quantidade de fatores de riscos, estes também relatam mais alterações vocais e emocionais.

A indisciplina dos alunos é um assunto recorrente e que vem aumentando com o passar dos anos e com o grande número de alunos em sala de aula. Esses fatores associados são, ainda, responsáveis por elevar o nível de ruído ambiental nas salas de aula, em razão da conversa dos alunos, das más condições de conservação dos equipamentos (a exemplo dos ventiladores ruidosos) e da falta de infraestrutura da escola, a qual muitas vezes permite que ruídos externos (quadras, avenidas, corredores etc.) interfiram no interior das salas de aula.

No estudo de Guidini *et al.* (2012), são consideradas as correlações entre o ruído ambiental em sala de aula e a voz do professor, demonstrando a incompatibilidade de exercício profissional em ambientes onde os níveis de ruído ultrapassam os limites previstos nas recomendações das Normas Nacionais NBR 10.151 e NBR 10.152. A competição com o ruído ambiental faz com que o professor eleve a intensidade da sua voz para níveis que podem desencadear desgastes nas estruturas respiratórias e fonatórias, o que pode causar a instalação de alterações vocais.

Pizolato *et al.* (2013) acrescentam a estes fatores de risco o fato de ser mulher e ensinar para o Ensino Fundamental. Isto pôde ser verificado também neste estudo, apesar de não ter sido mencionado pelas professoras participantes.

Tabela 5 – Associação entre o número de sintomas com o número de fatores de risco e o número de problemas crônicos, Fortaleza-CE, dezembro/2013 a maio/2014.

	Número de sintomas								ρ
	Até 3		De 4 a 6		Mais de 6		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Número de fatores de risco									<0,0001
1 a 3	28	46,7	25	41,7	7	11,7	60	100,0	
4 a 6	25	20,2	39	31,5	60	48,4	124	100,0	
> 6	10	6,4	24	15,4	122	78,2	156	100,0	
Total	63	18,5	88	25,9	189	55,6	340	100,0	

Nota: Teste Qui-quadrado e razão de verossimilhança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelam que as professoras da rede municipal de ensino de Fortaleza precisam de uma maior atenção voltada à saúde vocal, o que também requer uma visão integral da saúde, diante das interferências que os fatores emocionais, ambientais, fisiológicos e funcionais causam na voz do grupo investigado.

A maioria das professoras apresenta uma demanda vocal que as predispõe ao desenvolvimento de alterações vocais, as quais são demonstradas por meio dos sintomas autorreferidos. Entretanto, esta demanda vocal também sofre influências de outros fatores, denominados fatores de risco, e juntos podem desencadear uma maior quantidade de sintomas, como mostrou a forte associação estatística entre o número de sintomas e o número de fatores de risco.

Esse problema é recorrente em várias realidades do Brasil, o que pode ser constatado por vários estudos realizados. Porém, precisam ser elaboradas estratégias que desencadeiem ações para o enfrentamento dessa situação, as quais precisam envolver as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação na implementação de ações de promoção de saúde que possibilitem a redução da exposição das docentes aos fatores de risco, visando à redução dos sintomas vocais e à melhoria do bem-estar. É importante pontuar que as alterações vocais, muitas delas autorreferenciadas pelas professoras como sintomas vocais, prejudicam, além das docentes, a qualidade do ensino, diante do absenteísmo profissional, da falta de motivação e das licenças médicas que desencadeiam.

REFERÊNCIAS

ABTIBOL, J.; ABTIBOL, P.; ABTIBOL, B. Sex hormones and the female voice. **Journal of Voice**, New York, v. 13, n. 3, p. 424-46, sep. 1999.

AMIR, O.; BIRON-SHENTAL, T. The impact on hormonal fluctuations on female vocal folds. **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg**, Philadelphia, v. 12, n. 3, p. 180-4, 2004.

BEHLAU, M., *et al.* Voz profissional: aspectos gerais e atuação fonoaudiológica. In: BEHLAU, M. (Org.). **Voz: o livro do especialista**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, v. 2, p. 287-407.

BEHLAU, M.; ZAMBON, F.; GUERRIERI, A. C.; ROY, N.; GVP(*). Perfil Epidemiológico sobre a Voz do Professor no Brasil. In: Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, 17, 2006, Salvador. **Anais**. Salvador: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2006. Disponível em: <<http://www.sbfa.org.br/portal/anais2009/resumos/R1511-1.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

BOULET, M. J.; ODDENS, B. J. Female voice changes around and after menopause: an inicial investigation. **Maturitas**, Limerick, v. 23, n. 1, p. 15-21, 1996.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. (Série C – Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Educação. **Censo Escolar 2009**. Brasília: Ministério da Educação, 2009.

CAPOROSSI, C.; FERREIRA, L. P. Sintomas vocais e fatores relativos ao estilo de vida em professores. **Rev CEFAC**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 132-139, jan./fev. 2011.

COSTA, D. B. *et al.* Fatores de risco e emocionais na voz de professores com e sem queixas vocais. **Rev CEFAC**. v.15, n. 4, p. 1001-1010, jul./ago., 2013.

COSTA, P. G.; GERMANO, A. Afastamento dos professores de 5ª à 8ª séries da rede municipal de Ipatinga da sala de aula: principais causadores. In: CONGRESSO DE LETRAS, 6, 2007, Argentina. **Anais eletrônicos...** Brasil: UNEC, 2007. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.unec.edu.br/ojs/index.php/unec03/article/viewFile/289/365>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

FERREIRA, L. P.; MÄRTZ, M. L. W. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho: a experiência dos Cerest. **Bepa**, v. 7, n. 76, p. 13-19, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Ensino de Fortaleza. **Relatório sobre docentes da rede municipal de ensino 2012**. Fortaleza, 2012.

FUESS, V. L. R.; LORENZ, M. C. Disfonia em professores do ensino municipal: prevalência dos fatores de risco. **Rev Bras Otorrinolaringol**. Rio de Janeiro, v. 69, n. 6, p. 807-812, nov./dez. 2003.

GIANNINI, S. P. P.; LATORRE, M. R. D. O.; FERREIRA, L. P. Distúrbio de voz e estresse no trabalho docente: um estudo caso-controlado. **CoDAS**. 2013, v. 25, n. 06, p. 566-576.

GUIDINI, R. F. *et al.* Correlações entre ruído ambiental em sala de aula e voz do professor. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 398-404, dez. 2012.

KARMANN, D. F.; LANCMAN, S. Professor - intensificação do trabalho e o uso da voz. **Audiol, Commun Res**, São Paulo, 2013, v. 18, n. 3, p. 162-170.

MEDEIROS, A. M.; ASSUNÇÃO, A. Á; BARRETO, S. M. Alterações vocais e cuidados de saúde entre professoras. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 1-7, ago. 2012.

MORAIS, E. P. G.; AZEVEDO, R. R; CHIARI, B. M. Correlação entre voz, autoavaliação vocal e qualidade de vida em voz de professoras. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 892-900, 2012.

MORTOLA, J. F. The premenstrual syndrome. In: ADASHI, E. Y.; ROCK, J. A.; ROSENWAKS, Z. **Reproductive endocrinology, surgery and technology**. Philadelphia: Raven Press, v. 2, p. 1635-1647, 1996.

NACCI, A., *et al.* Sex hormone receptors in vocal fold tissue: a theory about the influence of sex hormones in the larynx. **Folia Phoniatr Logop**, Basel, v. 63, p. 77-82, 2011.

ORTIZ, É., *et al.* Proposta de modelo de atendimento multidisciplinar para disfonias relacionadas ao trabalho: estudo preliminar. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 70, n. 5, p. 590-596, set./out. 2004.

PIZOLATO, R. A., *et al.* Avaliação dos fatores de risco para distúrbios de voz em professores e análise acústica vocal como instrumento de avaliação epidemiológica. **Rev CEFAC**. São Paulo. Jul./ago., 2013, v. 15, n. 4, p. 957-966.

ROY, N. *et al.* Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. **Journal of speech, language, and hearing research**, Rockville, v. 47, n. 2, p. 281-293, 2004.

SERVILHA, E. A. M.; PENA, J. Tipificação de sintomas relacionados à voz e sua produção em professores identificados com ausência de alteração vocal na avaliação fonoaudiológica. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 3, jun. 2010.

XAVIER, C. M. S. **Influência da hidratação sistêmica na voz de coristas sem e com aquecimento vocal**. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2013.

ZAMBON, F.; BEHLAU, M.; ROY, N. Considerações preliminares sobre um levantamento epidemiológico brasileiro de distúrbios vocais em professores. In: ANNUAL SYMPOSIUM: CARE OF THE PROFESSIONAL VOICE, 36., Philadelphia, 2009. **Anais...** Philadelphia: The Voice Foundation, 2007.

CAPÍTULO 26

FORMAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA: A integralidade como princípio norteador

Lídia Andrade Lourinho
Ana Maria Fontenelle Catrib

INTRODUÇÃO

O estabelecimento de um sistema de serviços de saúde democrático, universal, igualitário e integral designa um processo social e político que acontece por meio da formulação de políticas públicas direcionadas à saúde, especialmente no dia a dia dos serviços. A compreensão de que as políticas de saúde se concretizam mediante ação de agentes sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços é importante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho, com a intenção de produzir mais conhecimentos e desenvolver novas práticas de saúde congruentes com os princípios e diretrizes do SUS (PINHEIRO e LUZ, 2003; ALVES, 2005).

Para constituir esse sistema é imprescindível a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no País. Tal modelo, segundo Paim (2003a), é resultado de uma combinação complementar e contrária do modelo médico-assistencial privatista e do modelo assistencial “sa-

нитарista”, que diferencia assistência e prevenção. O autor debate o modelo assistencial numa das áreas que condensa os mais relevantes obstáculos de um sistema de saúde, relacionando os principais problemas de saúde identificados no modelo assistencial durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986: “desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações”. (PAIM, 2003a, p.567).

Para Mattos (2001, 2004), esta realidade afirmava a necessidade da reorientação do modelo assistencial, como também apontava qual direção esta reorientação precisava seguir para se adequar à proposta do SUS. Na luta pela Reforma Sanitária Brasileira, entre as bandeiras que criticavam as práticas, as instituições e a organização do sistema de saúde, estava a bandeira da Integralidade.

A incorporação da integralidade como princípio norteador de uma política de saúde de um Estado, e como orientação da organização dos serviços de saúde no Brasil, aferiu mais ênfase no início dos anos 1980. Surgiu num contexto caracterizado por crises no âmbito das políticas sociais, no meio de um processo de redemocratização do país e resgate da cidadania (CAMARGO JUNIOR, 2003).

Segundo Mattos (2005), a integralidade se exprimia como uma das bandeiras da luta pela tão esperada reforma sanitária, que tinha como pretensão constituir um sistema de saúde único, universal, descentralizado, orientado pelo atendimento integral e pelo controle social.

Na perspectiva de Conill (2008), no contexto internacional, a integralidade é adotada como um princípio na

implementação de reformas nos sistemas de saúde, com ênfase na Atenção Primária, como no caso da Inglaterra e do Canadá.

No caminho desse contexto oportuno que aflora com a construção e a implantação de um modelo assistencial que se pretende plural, a produção científica sobre a integralidade passa, nos últimos tempos, por um período bastante fértil, evidenciado pela diversificação e riqueza de trabalhos e pela inclusão de pesquisadores interessados no estudo da temática, fato que enseja um acúmulo apreciável de conhecimentos associados ao desenvolvimento de projetos integrados e interinstitucionais (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

A integralidade exerce ação contrária à abordagem fragmentária e reducionista das pessoas, de sorte que a visão do profissional deve ser direcionada para a apreensão do sujeito biopsicossocial, caracterizando a assistência que busca ir além da doença e escutando o sofrimento, procurando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos:

Não podemos aceitar que um médico responda apenas ao sofrimento manifesto do paciente (...)
A atitude do médico que, diante de um encontro com o paciente motivado por algum sofrimento, aproveita o encontro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente, e/ou investigar a presença

de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento, ilustra um dos sentidos de integralidade. (MATTOS, 2001, p.48-9).

Mattos (2001) reflete sobre a integralidade do cuidado apontando três grandes conjuntos de sentidos normalmente empregados. O primeiro conjunto de sentidos refere-se a uma determinada atitude dos profissionais de saúde, que é procurar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um usuário manifesta; o segundo conjunto de sentidos da integralidade reflete a crítica feita sobre a falta de associação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais, enquanto o terceiro conjunto de sentidos é definido pela recusa quando nega a subjetividade e recorta os sujeitos de seus contextos.

Mattos (2004, p. 1415) apresentou várias dimensões da integralidade na prática, verificando que o caso não somente é buscar ou propor uma postura diferenciada, aberta, com vistas a apreender tudo, mas sim um exercício do diálogo, de negociação, que é importante para a constituição de um projeto de intervenção. Dentre elas, destacamos: a capacidade para responder ao sofrimento manifesto, o que depende tanto da posição dos profissionais, como da organização dos serviços; a atitude não reducionista ante as necessidades de ações e serviços de saúde apresentadas pelos sujeitos; a capacidade de apreensão ampliada das necessidades de ações de saúde, no contexto de cada encontro, por meio do olhar atento e o reconhecimento e defesa da intersubjetividade inerente às práticas em saúde, que fun-

damentalmente envolvem uma dimensão dialógica ou de negociação, entre profissionais e usuários, quanto à definição dos projetos terapêuticos.

Em outras palavras, para o autor, a integralidade pode ser compreendida como princípio norteador das práticas, ou orientador da organização do trabalho, ou, ainda, mentor da organização das políticas, mas, principalmente, acarreta uma recusa ao reducionismo, uma negativa à objetivação dos sujeitos e uma afirmação da abertura para o diálogo (UCHIMURA, 2010), um “princípio” definido constitucionalmente que exige reflexões sobre o seu uso (MATTOS, 2006).

O termo “princípio”, entendido como regra, preceito, está estabelecido na Constituição de 1988, no Art. 198, com o objetivo de assegurar aos sujeitos e coletividades a atenção que interessa à saúde (BRASIL, 2006).

Conforme Abdon (2011), na revisão da literatura nacional, encontra-se uma diversidade de estudos sobre a integralidade da atenção, que teve início nos anos de 1990, com o desenvolvimento de reflexões acerca da integralidade, com os autores como: Carvalho (1991); Dalmaso (1994) e Furtado e Tanaka (1998), mas foi só a partir da década seguinte que autores como Pinheiro e Mattos (2001, 2003, 2004); Giovanella *et al.* (2002), entre outros, ampliaram a discussão e aumentaram a produção sobre o tema, dando destaque ao caráter polissêmico do termo integralidade e também aos distintos recortes aplicados nesses estudos sobre os aspectos conceituais e os significados.

No que diz respeito ao caráter polissêmico do termo integralidade, Pinheiro e Mattos (2001) ressaltam e confir-

mam que esta é uma ação social que resulta da constante interação dos agentes no que diz respeito à relação demanda e oferta, levando em consideração os aspectos subjetivos e objetivos.

Merhy (2007) chama atenção para o fato de que a integralidade faz parte do projeto do SUS, no entanto, devemos ter o cuidado de não adotar a palavra apenas com sentidos e significados no nosso discurso, mas também na nossa prática, nas nossas ações. Na rotina, é fácil encontrar pessoas que falam da integralidade com certa autoridade, mas nem sempre são protagonistas de novas práticas.

Segundo Alves (2005), a pertinência da integralidade como princípio reorientador do modelo assistencial está no fato de ser este, dentre os princípios do SUS aquele que combate intensamente as racionalidades hegemônicas existentes no sistema, refutando a visão reducionista e fragmentada dos profissionais.

Mattos (2006) alerta sobre o que significa apreender a integralidade: quer dizer encontrar atributos desta em realidades concretas, e isso representa a dinâmica na própria vida humana. O autor reconhece a integralidade como um conjunto de premissas gerais, que parte de um pensamento crítico e vai ao encontro da realidade que pode ser modificada.

De acordo com o princípio da integralidade, a abordagem do profissional de saúde não deve se limitar apenas à assistência curativa, mas há que procurar dimensionar fatores de risco à saúde e, consequentemente, a realização de ações preventivas, por meio da Educação para a Saúde.

Segundo Teixeira (2003, p. 90 e 91), para que aconteça a assimilação do princípio da integralidade na relação entre

profissional de saúde e usuários, favorecendo uma intervenção em saúde transposta à doença, com a identificação das necessidades mais amplas dos sujeitos, é necessário vencer mais uma das vertentes que fragmentam o campo da saúde: a “cisão eu-outro”. É a necessidade de superar o “monopólio do diagnóstico de necessidades” e de integrar da “voz do outro” ao processo .

A ideia é reconhecer no sujeito um ser semelhante, implicando assim a assimilação do princípio da integralidade em proveito da reorientação do modelo assistencial, que deve integralizar ações preventivas, promocionais e assistenciais; ajudar os profissionais a trabalhar em equipe interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais completa e ampla dos problemas de saúde e para constituir intervenções mais efetivas.

A assimilação deve acontecer habitualmente durante a rotina dos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, espaços de exercício de racionalidades de um novo modelo assistencial, integral, humanizado e comprometido com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Alves (2005, p. 42) acentua que “[...] O olhar do profissional [...] deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos”.

Assim sendo, projetos que pretendem recuperar a integralidade por meio da avaliação convergem para o que se poderia chamar de “revolução em três níveis”, direciona-

dos aos planos demarcados por Mattos (2004): das pessoas, representado pela prática ou atitude dos profissionais para com os usuários, da organização e gestão dos serviços e do subsídio das políticas de Estado no setor da saúde.

Segundo Santos e Assis (2013), a questão em torno da integralidade conflui também para um modelo de saúde com origem em tecnologias relacionais do tipo acolhimento, que pode ser compreendido como ações comunicacionais, atitudes de receber e ouvir a população que busca os serviços de saúde, respondendo adequadamente a cada demanda que ocasiona a busca (recepção, clínica, encaminhamentos, retorno, remarcação e alta).

O vínculo melhor se estabelece com o acolhimento, aumentando os laços de convívio, estabelecimento de relações, produzindo afetos e fortalecendo o processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema. Para Campos (2003), a unidade de saúde deveria organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades e não pela tradicional ordem de chegada, reprimindo, assim, as filas desnecessárias e a perda de tempo.

Ao incorporar o princípio da integralidade, com o propósito de reorientar o modelo assistencial, acarreta na integração de várias esferas (ALVES, 2005), enfatizando-se, conseqüentemente, a relação entre cuidado e integralidade, decorrente da intersubjetividade própria às relações que se estabelecem entre os sujeitos, permitindo definir o cuidado como “*locus* de signos da integralidade”. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004, p.32).

Todos os dispositivos descritos convergem para uma resposta adequada, uma solução para os problemas, quer

dizer, para a resolubilidade das demandas. Todos eles concebem, porém, um dispositivo maior: a integralidade.

Ante tantos argumentos, seria um engano esperar um conceito unívoco para integralidade, visto que perderíamos a sua totalidade e cometeríamos um erro se, por conta disso, restringíssemos alguns de seus sentidos ainda inacabados, possíveis veículos de transformação das práticas no SUS (MATTOS, 2001).

Em razão da possibilidade de transformação, Merhy (1997) aposta nas tecnologias leves (tecnologia de relações) como meios apropriados para realizar um confronto com as resistentes instituições de saúde, no aumento das possibilidades terapêuticas e no redirecionamento do modelo de saúde que seja comprometido com a defesa da saúde e qualidade de vida. Campos (2003), Cecílio (2001) e Merhy (1997), defendem, entretanto, os conhecimentos estruturados (tecnologia leve) e das máquinas, aparelhos e tantos outros (tecnologia dura), como válidos e complementares na conquista da integralidade e humanização, em todo o percurso realizado pelos usuários pela busca da saúde no sistema.

Presume-se, portanto, uma evidente interface com outro pressuposto, o da Promoção da Saúde, que também é definido para reflexão, uma vez que sua utilização é sido constante e, por vezes, vulgarizada por imprecisões conceituais.

Sobre a integralidade, alinhavada pela Promoção da Saúde, como fio condutor da transformação do ensino, pretende-se que a formação para a área da saúde tenha como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sua estruturação com origem na problematização do processo de trabalho e sua

capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. “A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas”. (AprenderSUS\BRASIL, 2004, p. 7).

A atenção integral à saúde implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações. Destaca-se que atenção integral implica mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde (para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais interdisciplinares) e entre profissionais de saúde e usuários (para que se desenvolva efetivamente a autonomia dos usuários para serem sujeitos da sua saúde e não pacientes da ação dos profissionais). (AprenderSUS, 2004, p 8).

A atenção integral à saúde suscita o aumento e o desenvolvimento dos referenciais com que cada profissional constitui o seu repertório de entendimento e ação, provo-

ca mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde e usuários, estimula o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional, e a possibilidade de amplitude e grandeza da ação multiprofissional, para responder às necessidades de saúde de pessoas e populações.

A integralidade admite novas e modernas práticas em todos os espaços de atenção à saúde, práticas nas quais a produção da saúde e do cuidado aconteçam, no qual o conhecimento da realidade de vida das pessoas se faz necessário, bem como de todos os âmbitos do sistema de saúde (HENRIQUES e PINHEIRO, 2008).

METODOLOGIA

Esta pesquisa parte da compreensão de modelo assistencial como racionalidade e subentende que, para construir outro modelo, é fundamental o desenvolvimento de novas racionalidades. Entre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade é aquele que confronta ostensivamente racionalidades hegemônicas no sistema, tais como o reducionismo e a fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa. Em virtude da importância deste princípio para a reorientação do modelo assistencial e para a transformação das práticas profissionais, este trabalho tem o objetivo de refletir sobre as práticas de Educação em Saúde no contexto da Saúde Coletiva e a assimilação do princípio da integralidade nessas práticas pelos profissionais de Fonoaudiologia.

O material aqui publicado origina-se de uma pesquisa de doutorado que tem como um de seus objetivos, avaliar a

formação em dos fonoaudiólogos e sua interlocução com a Saúde Coletiva, nos cursos de graduação em Fonoaudiologia das instituições de ensino superior do Ceará.

O espaço empírico deste estudo compreende as duas instituições de Ensino Superior que oferecem o curso de graduação em Fonoaudiologia no Estado do Ceará, em função da necessidade de debater para compreender a formação dos fonoaudiólogos e a sua interlocução com a Saúde Coletiva.

O estudo envolveu coordenadores, docentes e discentes dos cursos de graduação em Fonoaudiologia das duas instituições. Para a seleção dos usuários informantes-chave, no caso dos discentes, foram consideradas as seguintes características: estar cursando o último ano do curso de graduação em Fonoaudiologia e no caso dos docentes, que estejam atuando há pelo menos um ano na instituição pesquisada.

Os participantes deste estudo foram dois coordenadores, sete professores e quinze alunos. No total, participaram 24 pessoas implicadas com o objeto de estudo.

Para a apreensão das narrativas dos informantes discentes, foram realizados dois grupos focais, com a gravação de seu conteúdo após o consentimento do informante. Posteriormente, essas entrevistas foram transcritas.

A opção pelo grupo focal possibilitou o conhecimento aprofundado da realidade abordada, já que os entrevistados falaram sobre tópicos relacionados a temas específicos, tendo maior flexibilidade em suas respostas, buscando também enriquecer mais os tópicos (NETO, MOREIRA e SUCCENA, 2002).

Para a apreensão das narrativas dos docentes e dos coordenadores de curso, foi utilizada a entrevista semies-

truturada. Segundo Minayo (2008), é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas. A entrevista foi moderada por questões norteadoras, refletindo os aspectos relacionados ao projeto.

Para Kvale (2007), a situação de entrevista é vista como um canteiro de obras do conhecimento. Seu pano de fundo está localizado, até certo ponto, no Interacionismo Simbólico.

Os instrumentos de análise dos dados foram determinados pelo material coletado e pela teoria que nos embasa, ou seja, numa perspectiva crítica. Assim, por ocorrerem falas, a análise dos dados sucedeu por meio da Análise de Conteúdo e da Hermenêutica-Dialética.

Na Análise de Conteúdo, há várias técnicas que podem ser utilizadas na abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2004), temos: a análise de expressão (correspondência entre o tipo de discurso e as características do locutor e de seu meio); a análise das relações (preocupação com as relações que os vários elementos mantêm entre si dentro de um texto); a análise de avaliação ou representacional (medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de que fala); a análise da enunciação (na produção da palavra elabora-se ao mesmo tempo um sentido e operam-se transformações); a análise temática (que busca descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado).

Ao término da transcrição, o material empírico foi submetido à leitura transversal e horizontal, de modo que permitisse a impregnação pelo sentido do “todo” de cada

entrevista, bem como a identificação dos temas centrais e dimensões das narrativas e que constituem os eixos de significação da análise empreendida, conforme se propõe na abordagem de análise temática (POPE; MAYS, 2009).

Os dados são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos, buscando-se os significados manifestos nas mensagens contidas no texto. Assim, com base nos resultados, é possível propor inferências e adiantar interpretações sobre os objetivos ou novas descobertas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Os participantes do estudo tiveram prévio acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A), que assinaram, ao participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza e aprovado sob o parecer número 745.679/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A temática em pauta: a integralidade como princípio norteador da formação em saúde

Compartilhamos das ideias de Capra (2011), ao assegurar que Mattos (2001) acredita ser a integralidade não apenas um conceito, mas também uma bandeira de luta transpassada por variados sentidos, os quais expressam um conjunto de valores combinados com a defesa da cidadania e com o fortalecimento das políticas públicas de saúde, dis-

cordando das propostas dos paradigmas que evidenciam os direitos e delimitam a assistência pública à saúde.

No caminho desse contexto oportuno que aflora com a implantação de um modelo assistencial que se pretende plural, a produção científica sobre a integralidade passa, nos últimos tempos, por um período bastante fértil, evidenciado pela diversificação e riqueza de trabalhos e pela inclusão de pesquisadores interessados no estudo da temática, fato que enseja um acúmulo apreciável de conhecimentos, associado ao desenvolvimento de projetos integrados e interinstitucionais (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

Numa revisão de literatura realizada por Araújo *et al.* (2007), que discute a integralidade como eixo norteador na formação de profissionais de saúde, aponta-se que a formação, nesta perspectiva, deve considerar a concepção integral do ser humano à multidisciplinaridade, à atenção global, ao desenvolvimento da capacidade para o diálogo, à visão generalista, entre outros saberes da assistência individual e da saúde coletiva, e, também, a EPS e conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde.

O cuidado, quando centrado no usuário e nas suas necessidades, em vez de um cuidado tecnicista e fragmentário, é, inquestionavelmente, uma característica da integralidade, que confirma e articula a necessidade de se superar o modelo biomédico, predominante na formação em saúde e Fonoaudiologia. Este entendimento surge, sobretudo, nas falas dos docentes de forma concomitante.

Vou começar pela integralidade
do próprio paciente, ver o pa-

ciente como um todo. Não vê o paciente, mas vê a pessoa, na realidade quando você trabalha com saúde coletiva, você tem que ver a pessoa. Trabalhar ele de forma integral. Vê o paciente como um todo e não um ouvido, uma boca, uma garganta...no contexto geral, não busca só a patologia. Porque a gente tem muito uma formação em cima da patologia, então o PC ele é o fulano de tal que tem paralisia cerebral. Além de dividir o paciente em partes, hoje a gente tem muito isso, não só na fono mas de uma forma geral, mas tem que ver o sujeito e não como uma doença. (F2).

Acho que a maior dificuldade deles é exatamente chegar naquele espaço que tem diferentes sujeitos e que precisam serem trabalhados de forma integral. Acho que nem aqui nem na outra instituição há essa formação pra os espaços coletivos. Ainda não!! (F3).

A integralidade emerge como importante princípio (re)orientador das práticas de saúde, desde sua inserção na Constituição Federal (BRASIL, 1988), propondo que as ações e os serviços de saúde devam compor uma rede organizada segundo três diretrizes, uma delas sendo a integralidade da atenção. Então, formar profissionais nessa

perspectiva significa não somente a ruptura do modelo de formação, mas também a (re)organização dos serviços e processos de trabalho.

Para que a mudança no modelo de atenção e nas práticas de saúde aconteça, é necessária a reestruturação curricular, por meio de uma abordagem coerente com a integralidade e a resolubilidade. Os estudos abordam as políticas interministeriais como importantes movimentos que estão se conformando na direção de mudanças efetivas na formação de profissionais e, por conseguinte, no modelo assistencial.

Percebe-se nos depoimentos, contudo, tanto de alunos como de professores e coordenadores, que a integralidade acontece apenas na teoria.

No que diz respeito aos conteúdos, a gente consegue fazer a integralidade. A gente segue um modelo modular de currículo e o princípio desse modelo é que as disciplinas conversem entre si, senão não faz sentido. (F1).

A gente tem muita resistência do professor, mas o aluno recebe bem as disciplinas que são comuns aos diversos cursos. Na fono mais especificamente é a disciplina de práticas integrativas, onde eles vão visitar os locais onde tem saúde coletiva e constroem uma leitura junto com o professor. (C1).

Na lição de Freire (2001; 2011), no que se refere à ação educativa, há a necessidade de que o educador e o educando atuem como sujeitos de sua prática, sejam protagonistas na sua *práxis*, criando-a e recriando-a por meio da ação-reflexão-ação sobre o cotidiano, num movimento de permanente diálogo. Esse movimento, que permite a criação e recriação, também assenti na conscientização que vem do desvelamento da realidade, pois uma ação e reflexão sobre essa realidade em transformação, na qual o homem participa como sujeito histórico.

Apesar das tentativas por parte dos docentes, de persuadir os alunos a entenderem a amplitude da expressão SUS, ainda predominam o biologismo, o foco na doença, o interesse somente no conteúdo, conforme as falas a seguir:

Eles não conseguem entender qual é a amplitude do termo SUS. Parece que não está na realidade deles. Quando eles vão pra fono, eles pensam mesmo em trabalhar com a reabilitação, a cultura ainda do consultório. Quando eles chegam pra mim, eles já vêm de uma disciplina de Saúde Coletiva, de uma fono educacional e eles perguntam logo, mas cadê a patologia. Quando eu dou os processos fonológicos, eles pensam logo em saber se está errado ou certo, de fechar diagnóstico, em rotular que é uma necessidade que parte muito deles. (U3).

O professor ainda sofre muito com a transição, com a ideia de pertencimento, da especialidade. Eles até questionam se eles não estão mais fracos em termos de conteúdo, mas estão mais resolutivos, mais proativos. Acho que estão mais fracos em termos de conteúdo, mais depende do aluno. (U3).

As profissões que procuram conhecer e compreender o discurso do outro se acham perdidas numa encruzilhada entre a clínica necessária e política que a sustente, visto que a reprodução dos modelos dados não permite visualizar ou mesmo criar saídas para os processos de singularização. Ao contrário, trabalham para a manutenção desses. Portanto, como a maneira de qualificar os processos formativos em saúde, é fundamental assegurar, tanto ao estudante como aos docentes, a tematização da formação e da integralidade da atenção (GUSMÃO, CECCIM e DRACHLER, 2015).

Entre os princípios e diretrizes do SUS, o da integralidade é aquele que confronta ostensivamente racionalidades hegemônicas no sistema, tais como o reducionismo e a fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa. Portanto, em razão da importância deste princípio para a reorientação do modelo assistencial e a transformação das práticas profissionais, percebemos a necessidade de refletir sobre as práticas de Educação em Saúde no contexto da Saúde Coletiva e da assimilação do princípio da integralidade nas práticas dos profissionais de Fonoaudiologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para promover a formação de profissionais que respondam às demandas do contemporâneo, os processos de formação oferecidos pelas instituições pesquisadas se mostram comprometidos com as políticas de saúde, porém esse comprometimento acontece ainda de forma incipiente e teórica. Os estudos revelam que os cursos fizeram as alterações em seus currículos para dar conta de atender às demandas, incluindo disciplinas que abordam temas concernentes à Saúde Coletiva (princípios e diretrizes do SUS) como signifiante de uma moção de mudança. Essas alterações, no entanto, ainda têm pouca visibilidade e concretude e não garantem a transformação necessária na produção de conhecimento ou habilidades e domínio no processo de trabalho.

Os resultados desta pesquisa também confirmam que a mudança no modelo de atenção e nas práticas de saúde envolve a reestruturação curricular, por meio de uma abordagem coerente com a integralidade e a resolubilidade, sem esquecer os aspectos como vínculo, trabalho em equipe, humanização, escuta, entre outras, provocando fortalecer nos futuros profissionais a atitude cidadã.

REFERÊNCIAS

ABDON, C. N. **A integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família**: estudo de caso em um município da Bahia. Tese de doutorado, Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: Bahia, 2011.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador/BA, v.31, n.1, p.20-31, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Promoção da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 48 p.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Centro Gráfico, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2003.

CAMARGO JR., K. R. Um ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: PINHEIRO R & MATTOS R (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, p. 35-41, 2003b.

CAPRA, M. L. P. **A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho vivo em saúde** [Tese de Doutorado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 2011.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.: (Orgs.). **Os sen-**

tidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 113-26.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia da Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (sup1): S7-S27, jan, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. **Educação e mudança.** 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, 26: 37-61, 2002.

GUSMÃO, R. C.; CECCIM, R. B.; DRACHLER, M. L. Tematizar el impacto en la educación en el trabajo para la salud: abrir gavetas, enunciar preguntas, escribir. **Interface** (Botucatu). 2015; 19 Supl 1:695-707.

HENRIQUES, L. R. M.; PINHEIRO, R. Responsabilidade pública e extensão. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. M. (Org.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ; ABRASCO, 2008.

KVALE, S. **Doing interviews.** The SAGE Qualitative Research Kit. London: Sage, 2007.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-6, 2004.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 71-112.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY S, organizadora. **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 125-41.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

NETO, O.; MOREIRA, M.; SUCENA, L. (2002). **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a. p. 567-86.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Pinheiro, R. & Mattos, R.A (Orgs): Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO p. 21-36, 2004.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEI-

RO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003, p. 7-34.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001, p. 39-64.

_____. **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2003.

_____. **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco; São Paulo: Hucitec, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2013.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003, p. 89-111.

UCHIMURA, K. Y. **Integralidade e humanização na estratégia de saúde da família:** percepção de atores implicados na Atenção básica de Fortaleza-CE 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/Ce, 2010.

CAPÍTULO 27

VIVÊNCIAS FORMATIVAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS DE DISCENTES DE ENFERMAGEM INSERIDOS NO CONTEXTO DO SUS REAL

Danielly Maia de Queiroz

Lúcia Conde de Oliveira

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS tem como marco-histórico o lançamento do projeto de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. A ampliação do conceito de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a participação popular, a constituição e ampliação do orçamento social e a criação do SUS, foram elementos constitutivos desse projeto. Seu relatório final serviu de base para a elaboração dos artigos que tratam da saúde na Constituição Federal, promulgada em 1988 (PAIM, 2008).

O SUS, como um produto da RSB, incorporou a concepção ampliada de saúde, incluindo os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e uma visão integrada de ações e serviços de saúde, buscando superar a visão dominante de enfoque na doença e no biológico. Seus prin-

cípios doutrinários e suas diretrizes organizativas servem como “linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde” (VASCONCELOS; PASCHE, 2012, p.535).

Considera-se o SUS como um sistema complexo, responsável pela articulação e coordenação de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, cuja produção de saúde exige novas concepções e arranjos, visando traduzir em ação seus princípios e diretrizes (VASCONCELOS; PASCHE, 2012). Diante desse desafio, em 1994 é lançada a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma decisão política de reorganizar a rede de assistência à saúde, visando ampliar o acesso da população aos serviços de atenção primária e exercitar o processo de descentralização, ratificada em 1996 pela Norma Operacional Básica (NOB-96) e em 2006 pelo Pacto pela Vida (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012).

Reconhece-se, assim, a ESF como estruturante do sistema público de saúde, tendo redirecionado as prioridades de ação em saúde e afirmado o novo modelo de atenção para consolidação dos princípios organizativos do SUS. A experiência inovadora da ESF impõe novas responsabilidades, demandando, por exemplo, profissionais qualificados e comprometidos com essa nova proposta contra-hegemônica (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012).

Em 2001, foram lançadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), objetivando contribuir com a operacionalização da Lei de Diretrizes e Bases, aprovada em 1996, com vistas a desencadear mudanças na formação profissional. Com as DCN, os cursos foram convidados a substituir currículos mínimos por Projetos Político-Pedagógicos – PPP,

proporcionando flexibilidade, diversidade e qualidade na formação dos estudantes, uma formação contextualizada e em consonância com as transformações da sociedade, do mundo do trabalho e do exercício profissional (BRASIL, 2001).

Desta forma, as DCN representam marco significativo na reorientação da formação em saúde, pois pela primeira vez o MEC recomendou expressamente a necessidade de aproximação das graduações em saúde ao SUS e seus princípios, além da possibilidade de construção de uma base comum para as várias profissões de saúde e norteamento de inúmeras iniciativas políticas disparadas pelo Ministério da Saúde (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Diante dessa nova configuração, a formação tradicionalmente com locus em hospitais e centrada na doença foi suscitada a repensar sua orientação teórico-pedagógica e seus cenários de prática. Prova do necessário alinhamento entre instituições formadoras e mundo do trabalho na saúde foi o lançamento do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde) (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Nessa perspectiva de mudança na formação dos cursos da saúde, o Pró-Saúde é lançado em 2007, propondo-se a integrar ensino-serviço, reorientar a formação profissional por meio de uma abordagem integral do processo saúde-doença e enfatizar a atenção básica. Para alcançar tal feito, norteia-se por três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (BRASIL, 2007).

O marco legal de fortalecimento da ESF não garante *per se* a coerência entre teoria e prática, sendo necessário compreender de forma mais aprofundada como os proces-

soos formativos são organizados e vivenciados na academia e na sua interlocução com os serviços (MORETTI-PIRES; BUENO, 2009). Apesar de a Enfermagem assumir o “cuidado” como seu objeto epistemológico, evidencia-se duas fragilidades em torno da construção de seu campo profissional: a questão de sua autonomia e do reconhecimento da utilidade social de seu trabalho (PIRES, 2009).

Pires (2009, p.743) considera que a Enfermagem ainda vem sendo “fortemente influenciada pela ciência positivista e pelos padrões da biomedicina”, com repercussão direta na prática profissional, na produção de conhecimentos e nos processos formativos. Conseqüentemente, fragiliza-se em se contrapor ao modelo hegemônico vigente, além de comprometer seu trabalho no âmbito coletivo em saúde.

Vale ressaltar que o modelo hegemônico representado pela Biomedicina valoriza os saberes e as tecnologias especializadas, sufocando por vezes a possibilidade de se concretizar a integralidade, contribuindo substancialmente com o processo de medicalização social (TESSER; LUZ, 2008).

Admite-se que o processo formativo da Enfermagem precisa estar em consonância com as necessidades de saúde da população que, no cenário da ESF, podem ser expressas pelas necessidades de saúde do território, de indivíduos, famílias e coletividades. Ademais, a demarcação política da Enfermagem em formar para o SUS é expressa pelo compromisso de uma formação profissional que atenda às necessidades sociais da saúde, sendo assegurado pela integralidade da atenção e pela humanização do atendimento (CARVALHO; CECCIM, 2012).

Frente a esse contexto desafiador, seja no mundo do trabalho ou no cotidiano das instituições formadoras, Pires (2005) propõe as seguintes premissas para fundamentar a concretização da *politicidade do cuidado* de Enfermagem: “conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar” (PIRES, 2005, p.734). A autora defende que a mudança do modelo assistencial requer a superação da excessiva tecnificação e coisificação do cuidado, libertando-o de sua “institucionalização capitalista predatória” e aproximando-o de uma atividade humana criativa, inscrita na esfera vital das relações sociais.

Pires (2005, p. 736) considera que a *politicidade do cuidado* pode contribuir com o fortalecimento do processo saúde-doença-cuidado alicerçado na autonomia dos sujeitos e “no entendimento ampliado do ato político – que tendencialmente cuida, domina e tutela, mas que, também, pode libertar pelo mesmo ato subjetivamente produzido”.

Reconhece-se a ESF como um dos contextos potentes para o pleno exercício dessa *politicidade do cuidado*. Diante do desafio de desenvolver competências, como preconiza as DCN (BRASIL, 2001) a partir de conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes com as necessidades apontadas pelo SUS e, em especial, pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), faz-se necessário refletir sobre o processo formativo da Enfermagem voltado para o contexto da Saúde da Família. A aproximação entre formação e processo de trabalho deve desencadear nos cursos de Enfermagem reflexões sobre suas bases epistemológicas, requerendo consonância com as necessidades de saúde identificadas nos territórios.

Ante do exposto, questiona-se: “Como a formação em Enfermagem, na perspectiva do SUS e da Estratégia Saúde da Família, está sendo apreendida pelos discentes?” A partir das interações ensino-serviço proporcionadas pelo processo formativo, o presente estudo objetivou apreender como os discentes de Enfermagem de uma universidade pública cearense percebem a relação entre sua formação e o SUS e, mais especificamente, em relação ao contexto da Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Esse estudo é um recorte da dissertação de Mestrado produzida junto ao Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (PPSAC-UECE), intitulada “Formação pautada no SUS e na Saúde da Família: olhares sobre o processo ensino-aprendizagem da Enfermagem”. Essa dissertação fez parte do projeto de pesquisa “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-CE”, apoiado financeiramente pela Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde (PPSUS-REDE-MS/CNPq/FUNCAP/SESA), cujo objetivo consistia em avaliar os cursos de graduação da área de saúde, com ênfase na formação para atuação na atenção primária.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; YIN, 2005) realizado no município de Fortaleza (CE), no contexto das práticas pedagógicas de um curso de

graduação em Enfermagem pertencente a uma universidade pública cearense.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no período entre março e junho de 2014, contando como sujeitos do estudo discentes vinculados à graduação em Enfermagem que estavam no último ano do curso, cujo critério de inclusão consistia em ser estudante devidamente matriculado no Internato I ou no Internato II. Foram excluídos aqueles que realizaram matrícula institucional ou que estavam afastados por motivo de licença (ex.: questões de saúde, licença-maternidade etc.).

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistados um total de trinta e um (31) estudantes, optando-se por uma amostragem por exaustão, sendo vinte (20) do 9º semestre (Internato II) e onze (11) do 8º semestre (Internato I). Uma das estratégias pensadas para convidar os discentes a contribuir com a pesquisa consistiu na participação da pesquisadora em uma das reuniões do Internato, reunião esta que previa a participação majoritária desses discentes, momento oportuno para divulgar o propósito da pesquisa, fazer o convite e pactuar o calendário de realização das entrevistas que, após o agendamento, eram realizadas no próprio cenário de prática em que o interno estava inserido.

Em relação à interação ensino-serviço, foco desse recorte, o roteiro de entrevistas continha cinco questões abertas, que buscavam apreender como se dava essa integração da formação com o SUS e com a Saúde da Família: **Sua formação lhe preparou para atuar no SUS? *Sua formação lhe preparou para o trabalho na Estratégia Saúde da Família?*

**Qual a contribuição dos estágios (curriculares e/ou extracurriculares) para a formação voltada para Estratégia Saúde da Família? *Você tem interesse em trabalhar na Estratégia Saúde da Família? *Você teria sugestões para aprimorar a formação voltada para a atenção primária à saúde?*

Para o processo de análise, foram seguidos os passos propostos por Minayo (2010) de ordenação, classificação e análise final dos dados. Os áudios foram transcritos por uma equipe do grupo de pesquisa e todas as transcrições foram revisadas pela pesquisadora. Realizou-se leitura fluante (identificação das ideias centrais e construção das categorias empíricas), leitura transversal (reagrupamento das unidades de sentido em categorias centrais) e análise categorial temática (compreensão e interpretação do material, por meio do sucessivo processo de reflexão – alicerçado no movimento que vai do empírico para o referencial teórico e vice-versa) (MINAYO, 2010).

Considerando o estabelecido pela resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b), os critérios éticos foram obedecidos, de maneira que, a fase de coleta de dados tomou corpo somente após terem sido prestados esclarecimentos devidos acerca do propósito da pesquisa e da conduta ética adotada pela pesquisadora, inclusive para resguardar a privacidade e assegurar total anonimato aos informantes, tarefa realizada com o auxílio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, parecer nº 388.536.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao destacar situações vivenciadas pelos discentes de Enfermagem, experienciadas ao longo de sua formação e, em especial, durante o Internato, buscou-se inicialmente discutir aspectos da relação ensino-serviço no contexto do SUS real. Em seguida, demarcaram-se vivências formativas no contexto da Estratégia Saúde da Família, buscando desvelar potencialidades e contradições proporcionadas por essas interações entre ensino-serviço.

Relação ensino-serviço no contexto do SUS real

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) preconizam que os cursos da saúde devem ser norteados para formar os futuros trabalhadores do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2001), sendo necessário, como aponta Almeida-Filho (2013, p.1682), “gerar e promover uma cultura político-pedagógica orientada ao SUS”. Para tanto, a Instituição de Ensino Superior (IES) e todos os sujeitos envolvidos com esse processo (docentes, discentes, trabalhadores, dentre outros) precisam assumir esse compromisso ético-político.

O relevante papel social assumido pela IES de formar trabalhadores de saúde para o SUS está permeado de desafios. Os sujeitos envolvidos são corresponsáveis pelo resultado dos processos formativos vivenciados, sendo importante a configuração de condições favoráveis para o desenvolvimento de competências atravessadas pelo compromisso ético e político com a efetivação e o fortalecimento do SUS.

Os discentes reconhecem a preocupação em ser capazes de atuar no SUS, respaldando-se no que já demarca as DCN. Todavia, aponta-se ainda certa dificuldade por parte dos docentes de se fazer essa articulação, que se aproxime do que se vivencia na prática.

Está lá no nosso projeto que nós devemos ser enfermeiros capacitados para o SUS, se eu não me engano nas diretrizes curriculares nacionais também tem, mas eu vejo que nossos professores têm dificuldade de fazer essa articulação. (E-20)

Eu acho que o ensino deveria ser mais voltado pra prática, porque eu vejo que os professores ficam muito naquela coisa do livro e quando a gente chega na realidade... é bastante diferente e a gente tem que se rebolar para poder fazer as coisas de acordo com o que a gente encontra na prática. Os professores são muito presos aos livros, que não contemplam o que a gente encontra no serviço. Tem que ter a base teórica, obviamente, mas eu acho que teria que puxar mais para nossa realidade. (E-1)

Em estudo realizado com discentes de Enfermagem do último ano do curso, Moretti-Pires e Bueno (2009) também identificaram certa desarticulação entre o en-

sino e as práticas do SUS, considerando que essa dicotomia requer debates para se propor estratégias e iniciativas que permitam o desenvolvimento de um comportamento ético-político nessa interface entre o ensino universitário e as políticas públicas de saúde.

Brehmer e Ramos (2014) apontam que o confronto com a realidade e sua problematização oportuniza a docentes e discentes, em diálogo permanente com os trabalhadores do serviço, priorizar objetivos de aprendizagem condizentes com as necessidades identificadas. Frente a essa necessária interação entre os diversos sujeitos, admite-se que as mudanças de processos de trabalho podem ser induzidas ainda durante as práticas de ensino-aprendizagem.

Por isso, a inserção dos discentes no cenário real do SUS, desde o início da formação, favorece a construção de saberes e práticas que representam um avanço no campo dos conhecimentos, principalmente pela motivação e pelo despertar da consciência crítica dos envolvidos (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014). O objetivo maior da formação na saúde está imbricado com a transformação da organização do processo de trabalho e das próprias práticas profissionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), mas essa é uma tarefa por vezes árdua, porém necessária e relevante.

Muitos discentes relatam que aproximações e inserções junto ao contexto dos serviços de saúde do SUS foram atravessadas por uma sensação de “choque de realidade”, por um explícito distanciamento entre o “SUS ideal”, estudado e debatido em sala de aula, e o “SUS real”, (re)conhecido a partir das interações ensino-serviço proporcionadas ao longo da graduação:

[...] na graduação a gente teoricamente vive assim em um mundo cor-de-rosa, e quando chega na realidade vê que não é nada daquilo que a gente pensa, então a gente não é preparado da forma adequada quando chega na prática. (E-31)

Eu acho que deveria ser apresentado as duas partes da moeda. Apresentar o que realmente é e o que realmente funciona. Quando a gente começou os estágios, aí é aquele choque de realidade. (E-8)

Quando você vê no papel, você acha o SUS muito lindo, e aí a realidade de prática mesmo, do que você vê no dia a dia, tá muito distante. E eu acho que o que falta às vezes, é isso, essa questão da formação ético-política. (E-9)

Essas discrepâncias entre o que se aborda durante as aulas teóricas sobre o SUS e o que se identifica no cotidiano dos serviços de saúde podem ser minimizadas por meio de um diálogo permanente entre a IES e os profissionais do serviço, assumindo-se os entraves do SUS como matéria-prima do processo de ensino-aprendizagem. Os discentes reivindicam a superação do “mundo cor-de-rosa” da graduação, com aproximações sucessivas que permitam compreender os mecanismos de funcionamento dos servi-

ços na prática, investindo-se numa formação ético-política, que esteja francamente comprometida com o SUS.

Diante desse contexto desafiador de formar trabalhadores implicados com o SUS, é necessário um alinhamento com as condições de possibilidade de assumir o perfil da formação dos cursos da saúde em consonância com o modelo de atenção e de cuidado priorizado por esta política de Estado, que se norteia pela integralidade e tem a Saúde da Família como uma de suas principais estratégias (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Relação ensino-serviço junto à Estratégia Saúde da Família: potencialidades e contradições

A Enfermagem esteve inserida no contexto da Saúde da Família desde a sua criação. A mudança do modelo assistencial, por meio da qual a Estratégia Saúde da Família (ESF) ganhou lugar de destaque, requer da Enfermagem a superação da excessiva tecnificação e *coisificação* do cuidado, aproximando-o de uma atividade humana criativa, inscrita na esfera vital das relações sociais (PIRES, 2005).

Em relação às interações ensino-serviço, Abrahão e Merhy (2014) sistematizam conceitos-ferramentas que nos ajudam a refletir sobre as tensões vivenciadas no campo da formação em saúde. Esses conceitos-ferramentas consideram a formação como: *experimentação, movimento de produzir-se, território do trabalho vivo e criação*. Adentrar e vivenciar o cotidiano dos serviços possibilita experimentar, criar, produzir-se, proporcionando condições para que as

práticas pedagógicas sejam “acontecimentos”, que nos toca e nos afeta (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

No Internato, os discentes do último ano do curso de Enfermagem ficam inseridos por três meses no contexto da Saúde da Família. Alguns vivenciaram suas experiências nas unidades de saúde da capital (Fortaleza-CE), e outros nas de um município interiorano da região serrana cearense (Pacoti-CE). Apesar de o nível de atenção ser o mesmo, há uma multiplicidade de vivências, uma vez que os cenários são distintos, os profissionais de saúde das unidades também têm perfis e condutas diversas e os próprios internos assumem posturas diferentes diante do território existencial do *trabalho vivo em ato*.

Os discentes relatam algumas situações que tocaram e afetaram durante o acompanhamento do trabalho de enfermeiras no cenário da ESF. Esses relatos ilustram desde posturas inspiradoras, tais como a de uma enfermeira que realizava o planejamento do cuidado clínico, há posturas questionáveis, como a de uma enfermeira que limitava sua conduta à mera distribuição de medicamentos.

Posso dizer que lá a enfermeira do posto que eu fiquei, ela planejava bem direitinho os cuidados. [...] Depois que ela fazia escuta qualificada bem direitinho, fazia o exame físico com ele, coisa raríssima de ver na consulta, aí depois ela começava a anotar, diante da entrevista e do que ela detectou no exame físico, ela começava a implementar algumas coisas. (E-28)

‘Hoje a gente vai fazer a consulta de diabetes e hipertensão’. Quando chegou lá, a gente foi distribuir medicação. Eu não fui, fiquei só prestando atenção. A enfermeira abre a porta com as caixinhas e diz ‘Faça um fila aí, entra de um por um’. ‘Tome seu Omeprazol, Losartana, Metformina... De manhã, de tarde e de noite’ [...]. Eu pensei, eu vou entregar o remédio e conversar com a paciente, uma senhora lá... Abordar como é que está a alimentação, exercício, o psicológico da pessoa também... Porque ela pode morrer de tomar remédio anti-hipertensivo e o filho preso, a filha garota de programa, num vai baixar a pressão nunca. [...]. Aí ela falou pra mim, ‘eu tô controlando o açúcar na comida e o sal na comida, e lavo muita roupa’ e tal. Aí quando eu ia abrir minha boca, a enfermeira: ‘Bora, pega ali a receita...’ Aí eu fiquei indignada. (E-17)

Esse contato dos discentes com os profissionais do serviço promovem *acontecimentos*, e não se tem controle por parte de docentes ou da IES do que ocorrerá durante essas interações. Destarte, todas as vivências são matérias-primas para o processo de ensino-aprendizagem. Presenciar no ce-

nário de prática a conduta de uma enfermeira que exercia sua clínica de maneira coerente e humanizada foi significativo para uma das discentes. Já a conduta assumida pela enfermeira diante dos atendimentos de pessoas com diabetes e hipertensão focada na medicação, provocaram indignação na interna de Enfermagem, incitando-a a uma postura diferenciada frente à situação vivenciada, e que certamente também agregou aprendizados.

Vale ressaltar que a Enfermagem na Saúde da Família, apesar das contradições por vezes evidenciadas no cotidiano dos serviços, pode ser fortalecida ao alicerçar seus saberes e práticas em referenciais norteados pela integralidade e pela emancipação dos sujeitos. Nesse ínterim, destacam-se os marcos teóricos da Saúde Coletiva apontados por Carvalho e Ceccim (2012) e a proposta teórico-prática de Pires (2005) acerca da *politicidade do cuidado* de Enfermagem.

Superar o biologicismo e o modelo clínico hegemônico centrado na doença, nos procedimentos e na orientação hospitalar, enfatizar a integralidade, organizar a atenção à saúde com base na lógica do cuidado, estreitar os laços entre população e profissionais de saúde (CARVALHO; CEC-CIM, 2012) e fundamentar a prática da Enfermagem na tríade “conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar” (PIRES, 2005, p.734), tendem a desenvolver competências mais condizentes com o que se espera de um enfermeiro de família e comunidade.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o enfermeiro assume responsabilidade compartilhada com os demais integrantes da equipe, que configura campo comum a todos os profissionais e, além disso, tem atribuições específicas de seu núcleo profissional (BRASIL, 2012a).

As atribuições comuns a todos os profissionais da ESF envolvem desde planejamento e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, com ampliação da autonomia dos usuários e impacto nos condicionantes e determinantes de saúde de indivíduos e coletividades; exercício do acolhimento e garantia de acesso; construção de vínculos e corresponsabilização, balizada por uma clínica ampliada que viabilize a longitudinalidade do cuidado; à efetivação da gestão do cuidado integral e estímulo à participação dos usuários (BRASIL, 2012a).

Quanto a essas atribuições de campo comum, foi possível identificar no depoimento dos discentes reflexões e aspectos vivenciados durante o Internato condizentes ao processo de trabalho demarcado na PNAB.

Em relação à gestão do cuidado integral e ao planejamento e desenvolvimento de ações que impactem nos condicionantes e determinantes de saúde de indivíduos e coletividades, os discentes destacaram que o trabalho na Saúde da Família requer conhecimento do território e das relações comunitárias, além de planejamento e diversificação de ações de cuidado, num processo de construção coletiva que proporcionam aprendizados mútuos entre os diversos sujeitos envolvidos, como se pode verificar nos depoimentos a seguir:

[...] ter conhecimento do território, como é a comunidade, o que aquela comunidade tem... (E-17)

Você tem que entender o território, tem que fazer visita domiciliar, são muitas coisas. (E-19)

[...] atividades e ações de cuidar, de planejamento da atividade, [...] de educação em saúde, trabalhar com prevenção. (E-5)

[...] é muita coisa pra gente aprender, tem muita coisa por trás dos atendimentos... Não é só eu chegar lá e consultar o paciente... (E-27)

É uma construção coletiva, que não só o profissional vai levar um conhecimento, mas ele vai receber muito conhecimento também dessa população que ele está trabalhando. (E-23)

O conhecimento do território implica uma preocupação com as necessidades locais de saúde, que favorece o exercício de um cuidado contextualizado. Assim como já demarca Pires (2005) em sua *politicidade do cuidado*, o fato de “conhecer para cuidar melhor” amplia a capacidade de cuidado, e a territorialização é uma ferramenta que pode facilitar tal processo.

Entender as necessidades de saúde dá subsídios à Enfermagem compreender melhor o contexto em que se insere e atua. Franco *et al.* (2012) buscam compreender as necessidades de saúde segundo os usuários, alicerçando-se a taxonomia que classifica o conceito “necessidades” em quatro aspectos: “boas condições de vida; acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar

a vida; criação de vínculos afetivos entre usuários e equipes de saúde e graus crescentes de autonomia” (FRANCO *et al.*, 2012: 158).

A construção de vínculos, um *feeling* para trabalhar com pessoas, o compromisso com uma abordagem familiar também pôde ser identificado nos depoimentos dos discentes:

Eu gosto muito dessa parte de estar com a população mesmo, de estar acompanhando, de ter um vínculo com aquela família. (E-13)

Esse vínculo que você tem com o indivíduo, com a comunidade, você conhece melhor a pessoa... Cada dia é uma coisa diferente, você tem que aprender a lidar com o que vai aparecendo, isso que é interessante. (E-15)

O profissional da atenção básica, ele tem que ter um *feeling* maior, de trabalhar com as pessoas. Não é que ele seja diferente dos outros, é porque a forma, as visões deles têm que ser diferente, tem que ir desarmado [...] para poder estar lidando com a população. (E-26)

As enfermeiras conhecem todas as famílias, conhecem o paciente desde o pai, a mãe, e se permitem trabalhar com uma saúde mais desenvolvida, não ficar focado só na doença. (E-27)

O vínculo entre profissionais e usuários, um encontro de subjetividades permeado de afetividade, aceitação e confiança (FRANCO *et al.*, 2012), foi demarcado nos depoimentos acima mencionados, sendo considerado pelos discentes como aspecto interessante, potente e um diferencial no trabalho vivenciado na Saúde da Família.

Já em relação ao *estímulo à participação dos usuários*, os discentes de Enfermagem perceberam uma postura crítica das pessoas atendidas na ESF de questionar práticas e terapêuticas propostas, apesar de isso *a priori* provocar receio durante a vivência da consulta de Enfermagem.

Na unidade básica de saúde, o paciente pode me interferir, me questionar, entendeu? Então, eu tinha muito medo da Consulta de Enfermagem em si... Na unidade básica de saúde, é onde eu vi mais as pessoas questionam o que eu, profissional, estou falando, não simplesmente aceitam o que eu estou dizendo. (E-28)

O depoimento acima é uma evidência de que o cenário da Saúde da Família é favorável para a construção e o fortalecimento de relações mais horizontais e permeadas de implicação. Essa postura questionadora dos usuários expressa um grau crescente de autonomia, aspecto que no estudo de Franco *et al.* (2012) manteve-se oculto no discurso dos usuários entrevistados.

No que concerne às atribuições específicas dos enfermeiros, segundo a PNAB, tem-se a atenção à saúde a indivíduos, famílias e coletividades nos diversos espaços (unidade de saúde, domicílio, comunidade, equipamentos sociais etc.), voltadas para todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, idade adulta e velhice); e as consultas de Enfermagem propriamente ditas, com possibilidade de solicitação de exames e de prescrição de medicamentos respaldados por portaria municipal (BRASIL, 2012a).

As vivências dos discentes ratificaram o aspecto da *diversidade de espaços* de atuação, além da pluralidade de ações programáticas em saúde contemplando todo o ciclo vital, o que agrega densidade ao processo de trabalho assumido nesse contexto.

E na atenção primária você tem um leque muito grande de locais pra você atuar, você não fica só amarrado numa coisa só, tem prevenção, tem saúde da mulher, tem saúde da criança, tem saúde do adulto, tem os programas de hipertensão, diabetes, tuberculose... (E-15)

É muito denso você trabalhar na atenção primária, porque você não tem só um perfil de pessoa pra atender... Na atenção básica você tem que entender de tudo,

tem vários programas, você tem que entender de obstetrícia, de ginecologia, de saúde da criança, de diabetes e hipertensão, de farmacologia... (E-19)

Esse acompanhamento das diversas fases do ciclo vital, segundo Baratieri e Marcon (2011), favorece a longitudinalidade do cuidado, atrelada à perspectiva da integralidade da assistência, pautando-se na construção de relações de confiança e corresponsabilidade.

Todavia, alguns vivenciaram situações em que as ações focadas em programas desfavoreciam a abordagem familiar e, por vezes, algumas atitudes de enfermeiros nesse contexto demarcavam posturas burocratizadas e mecanicistas, como pode ser verificado nos depoimentos a seguir:

[...] o que eu vi na atenção primária foram os programas, atenção aos programas, hipertensos e diabéticos, saúde da mulher, saúde da criança, puericultura, voltado para os programas, não existe atenção à família. (E-23)

Se fosse para eu reproduzir o que está sendo posto hoje como Estratégia de Saúde da Família... o que eu consigo visualizar é aquela coisa bem burocrática, mecanicista. (E-26)

Só que os discentes reconhecem que no cenário da Saúde da Família o enfermeiro tem uma maior autonomia profissional, mas isso exige uma gama de conhecimentos e um saber-fazer generalista, pois os perfis dos usuários atendidos são diversos.

A enfermeira tem muita autonomia. Mas pra isso tem que ter conhecimento, pra saber o que deve falar, as orientações. (E-17)

A enfermeira tem que ter um saber generalista..., você tem uma autonomia diferenciada. Solicitação de exames, prescrição de alguns medicamentos, a consulta direta com aquele paciente, você fica intercalando, uma vez com o médico, outra vez com você... (E-28)

A potencialidade da autonomia profissional foi um dos motivos mais citados pelos discentes quando questionados se tinham interesse em trabalhar na Saúde da Família. Entretanto, a autonomia confronta-se com algumas fragilidades identificadas pelos discentes, referentes às condições de trabalho desfavoráveis, tais como alta carga horária de trabalho, baixos salários e sentimento de desvalorização profissional.

[...] a carga horária muito alta, pra um salário muito baixo, que você não tem como agregar, geralmente quem trabalha em posto

de saúde só trabalha em posto de saúde, você não tem como agregar outro emprego. (E-19)

No modelo que está o posto hoje, pelos baixos salários, desvalorização, eu não iria, se fosse por escolha própria. (E-26)

Os achados aqui sistematizados mostram que essa aproximação do processo formativo com o trabalho da Enfermagem na Saúde da Família desvela potencialidades e contradições vivenciadas nesse contexto. Além disso, desenvolver competências que deem conta das atribuições assumidas pelos enfermeiros de família e comunidade não é tarefa fácil, e exige uma integração de saberes e o fortalecimento das bases epistemológicas que norteiam a *práxis* da Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação permanente entre ensino-serviço pode favorecer a superação da dicotomia entre teoria e prática, minimizando o choque de realidade entre o SUS ideal e o SUS real. Apesar das contradições identificadas, as vivências relatadas permitiram um estreitamento entre a dimensão teórica e a prática, aproximação esta tão almejada junto aos processos formativos.

A imersão no contexto da Saúde da Família proporcionou aos internos de Enfermagem reconhecer que o que

está posto como proposta de processo de trabalho, tanto de atribuições comuns a todos os profissionais quanto atribuições específicas do enfermeiro de família, em certa medida tem sido contemplada no cotidiano dos serviços.

Em relação ao saber-fazer do enfermeiro de família e comunidade, destaca-se em seu processo de trabalho: conhecimento do território e das relações comunitárias; planejamento e diversificação de ações de cuidado; pluralidade de ações programáticas assumidas; construção de vínculos; abordagem familiar e fortalecimento da autonomia profissional. Em contrapartida, foram identificados fatores limitantes, tais como: foco estrito nos programas, posturas burocratizadas e condições de trabalho desfavoráveis.

Enfatizou-se a interação entre discentes e profissionais do serviço, porém não foi possível reconhecer como se estabeleceu o diálogo desses sujeitos com os docentes responsáveis pelo acompanhamento no Internato. Esse aspecto se faz relevante e pode suscitar futuras investigações, uma vez que a interface entre IES e serviços de saúde se dá ao longo de toda a graduação, não se restringido apenas ao ensino propriamente dito, estendendo-se inclusive à pesquisa e à extensão, tendo o corpo docente permanente como mediador de todos esses processos.

Investir no aprimoramento dos processos de ensino-aprendizagem que envolva a Estratégia Saúde da Família é estar em consonância com o que se vem apontando no campo das políticas públicas de saúde, ou seja, no cenário do SUS. A complexidade e peculiaridade do processo de trabalho a ser assumido nesse contexto desafia a universidade a rever suas práticas pedagógicas. No final das contas, a população

sob a responsabilidade sanitária desses futuros trabalhadores do SUS tende a ganhar, uma vez que está em jogo o aprendizado de uma perspectiva de cuidado ampliada e contextualizada.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.

ALMEIDA-FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. [*et al.*] (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2012. Cap. 25, p. 783-836.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery (Impr.)**, v. 15, n. 4, p. 802-810, out./dez., 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília: Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior, 2001.

_____. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. **Programa de reorientação da formação profissional em saúde- Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 1, p. 119-126, 2014.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W.S. [et al.] (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2012. Cap. 5, p. 137-170.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A.O. (Org.) **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. Cap. 1. p. 35-58.

FRANCO, F. A.; HINO, P.; NICHATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a Enfermagem. **Esc Anna Nery (Impr.)**, v. 16, n. 1, p. 157-162, jan./mar., 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 439-444, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm.**, v. 62, n. 5, p. 739-44, set./out., 2009.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a Enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 729-736, set./out., 2005.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. [*et al.*] (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 2012. Cap. 16, p. 531-562.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M.L.; KLEBA, M.E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Educação em revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 30, p. 215-244, mar., 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

TEMA 5

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL



As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas.

BRASIL, 2013

CAPÍTULO 28

'UM SERVE PRA DEPRESSÃO E OUTRO SERVE PRA CABEÇA, UMA COISA ASSIM...': PROCESSO DE MEDICAMENTALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL.

Indara Cavalcante Bezerra
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A desinstitucionalização e reinserção social das pessoas com sofrimento psíquico no cotidiano da sociedade são desafios percebidos na Rede de Atenção Psicossocial. A superação desses desafios visa a manutenção dos vínculos sociais e familiares dos sujeitos em questão. De acordo com os pressupostos da reforma sanitária e reforma psiquiátrica brasileira, a assistência à saúde deve estabelecer ações de base territorial e em interlocução com a comunidade. Assim, pensando na consolidação desses princípios direcionados às necessidades da população, faz-se necessário elaborar e implementar estratégias para a utilização de recursos comunitários que favoreçam o exercício da autonomia dos sujeitos.

Nesse sentido, o processo de reforma psiquiátrica brasileira orienta a construção de uma rede de saúde mental única de atendimento à população, regionalizada, integrada

e hierarquizada, segundo a densidade tecnológica e formada por diferentes dispositivos de atenção à saúde. Fazem parte da rede os serviços residenciais terapêuticos, hospitais gerais, serviços de urgência e emergência e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais devem ser articuladores estratégicos dessa lógica. Os recursos comunitários também estão incluídos na rede, através das organizações não-governamentais, associações de moradores, cooperativas de trabalho, escolas, famílias e suas associações e todos os demais dispositivos que se articulam ao modo de vida dos cidadãos de determinado território, os quais constituem a rede informal de apoio (COSTA *et al.*, 2012).

A Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP) visa a implementação de uma lógica, cujos cuidados dispensados aos sujeitos em sofrimento psíquico estão ancorados no desenvolvimento de uma *praxis*, onde os serviços buscam substituir os antigos manicômios e redirecionar a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. Com efeito, esse modelo baseia-se numa forma de cuidado ofertado a partir de dispositivos comunitários de assistência, evidenciando um olhar ampliado de saúde, na perspectiva de atuação territorial, na intersetorialidade das políticas e no trabalho em rede (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

Assim, no sentido de alcançar uma atenção integral, buscam-se interlocuções entre os espaços de ‘fazer saúde’, para que o cuidado em saúde mental se dê no território de maneira satisfatória. A articulação da atenção primária com uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental tem se estabelecido como uma das diretrizes históricas para a con-

solidação da reforma psiquiátrica brasileira. Essa integração reitera a centralidade da ativação das potencialidades de dispositivos territoriais enquanto equipamentos importantes na superação da iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica.

O processo de transição dos manicômios ao cuidado comunitário revela uma realidade dicotômica, onde ainda prevalece o modelo médico-centrado, medicamento-centrado do cuidado, principalmente no âmbito da saúde mental (BEZERRA *et al.*, 2014). Dessa forma, o consumo exacerbado de medicamentos relaciona-se com a produção social hegemônica e mercadológica da saúde, envolvendo diferentes atores, dentre os quais: médicos, pacientes, indústria farmacêutica e agências reguladoras da saúde. Nessa lógica, devido a “fórmula mágica” desempenhada pelos psicofármacos, as individualidades suportam cada vez menos sofrimento psíquico e recorrem à medicamentação em uma escala sem precedentes (ROSA, WINOGRAD, 2011; DA COSTA WANDERLEY, CAVALCANTI, SANTOS, 2013; SANTOS, 2009; AMARANTE 2007).

De um modo geral, os medicamentos contribuem, em muitos casos, de forma decisiva para o controle das doenças e o aumento da expectativa e da qualidade de vida da população. Para que o uso de medicamentos ocorra de maneira satisfatória, há necessidade do trabalho articulado de uma equipe de trabalhadores de saúde que assistam diretamente o usuário. O médico seleciona e prescreve, enquanto profissionais, como enfermeiros e farmacêuticos, devem atuar como corresponsáveis pela implementação e ajuste do plano terapêutico, pela orientação e suporte usuário e pelo monitoramento dos resultados. Falhas nessas condições es-

senciais levam ao sofrimento humano, à incapacidade, à redução na qualidade de vida e à morte, além de ocasionarem maiores custos e desperdício de recursos para o sistema de saúde e para a sociedade (BRASIL, 2014).

A utilização de medicamentos enquanto instrumento de cuidado e, segundo a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2010), requer seu ‘uso racional’, o qual se dá quando: I) o usuário obtém acesso e utiliza os medicamentos conforme suas necessidades de saúde corretamente identificadas; II) quando compreende e é capaz de cumprir o regime terapêutico estabelecido, concorda e adere ao tratamento em uma postura ativa; III) quando o medicamento é efetivo no alcance dos objetivos terapêuticos estabelecidos; IV) quando problemas de saúde não são gerados ou agravados pelo uso de medicamentos (CORRER, OTUKI, SOLER, 2011).

Quando uso de medicamentos se dá de forma desnecessária, irracional ou inadequada, pode ser representada pela medicamentação, e se contrapõe às conquistas nos âmbitos da saúde mental e da saúde coletiva. Ressalta-se, pois, que o termo ‘medicamentação’ aqui apresentado, se configura como o uso não-médico de fármacos para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requeriam “tratamento farmacológico”, ou ainda, a questões relacionadas à sobredoses ou cronicidade de tratamentos farmacoterapêuticos que não seriam necessários.

Com efeito, o processo de medicamentação é entendido sob a perspectiva do controle médico sobre a vida das pessoas, onde a prescrição e o uso de medicamentos correspondem a única terapêutica possível de responder às

situações da vida cotidiana. Difere da medicalização, cujo conceito é mais amplo e refere-se à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como: sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura, entre outros. Ou seja, a medicamentação está inserida no conceito de medicalização e não o contrário. Por conseguinte, angústia, mal-estar ou dificuldades, outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis (BEZERRA *et al*, 2014; ROSA, WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE 2007).

A literatura recente (MAITI; ALLOZA, 2014; BEZERRA *et al*, 2014; ROSA, WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE 2007) aponta que o fenômeno da medicamentação torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Nos serviços de saúde, observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos, o que reflete uma terapêutica reduzida a psicofármacos, com frágil comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários, e pouco uso de tecnologias leves.

Em síntese, as tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. As leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomização e acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais. Segundo os preceitos da reforma psiquiátrica, as práticas cotidianas dos serviços de saúde devem

priorizar a tecnologia leve como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado (JORGE *et al.*, 2011).

Entende-se que as tecnologias leves do cuidado são geradoras de autonomia do sujeito social na medida em que proporcionam um cuidado centrado no usuário/família e permitem a produção de relações envolvidas no encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, mediante a escuta, interesse e a construção de vínculo (MERHY, FEUERWERKER; 2009).

É importante salientar que o modelo atual de assistência em saúde mental procura construir um novo saber-fazer, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. O uso indiscriminado de medicamentos ancorados no modelo biomédico de fazer saúde precisa ser superado para potencializar práticas de inclusão e resgate da autonomia dos sujeitos. Nesse caminho, busca-se promover a valorização das tecnologias leves e relacionais como componentes da prática nos serviços de saúde mental, representadas pelo acolhimento, diálogo, vínculo, corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário. A busca da integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca prudentemente reconhecer as necessidades dos cidadãos para além das questões clínicas de saúde.

Diante do contexto, o estudo objetivou apreender a experiência de trabalhadores de saúde, usuários e familiares de um Centro de Atenção Psicossocial, quanto ao processo de cuidado com ênfase na gestão de psicofármacos e sua relação com as tecnologias leves de cuidado.

METODOLOGIA

A investigação resulta de um recorte da dissertação de mestrado da autora BEZERRA, 2013). Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que busca a compreensão das experiências dos usuários, familiares e trabalhadores da saúde mental, em relação ao uso de psicofármacos, como forma de gestão de cuidado dos sujeitos em situação de sofrimento psíquico, tendo como direcionamentos o vínculo, a autonomia e a corresponsabilização, enquanto tecnologias leves no ato de cuidar.

O cenário estudado foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral da Secretaria Executiva Regional IV, do município de Fortaleza, Ceará, no Nordeste do Brasil. Essa regional de saúde foi escolhida por estar conveniada ao Sistema Municipal de Saúde Escola e ser vinculada à Universidade Estadual do Ceará. O período em campo, desde a aproximação, entrada em campo e apreensão das informações, foi de janeiro a outubro de 2013.

Participaram do estudo 24 sujeitos, entre eles: 5 trabalhadores de saúde mental, 10 usuários e 9 familiares, selecionados de acordo com os seguintes critérios: trabalhadores com pelo menos um ano de atuação na equipe de saúde da referida instituição; usuários do CAPS Geral, com vinculação ao serviço, de no mínimo seis meses, e em uso de psicofármacos; cuidadores e familiares, que estivessem realizando acompanhamento sistemático aos serviços do CAPS de usuário em uso de psicofármacos há pelo menos seis meses.

O estudo está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obedece aos preceitos éticos e legais e à norma de pesquisa que envolve seres huma-

nos. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, através de parecer número 387.111. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e possíveis riscos a que se expusessem, além de garantia de sigilo e anonimato. Com efeito, todos expressaram o consentimento em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O nome dos participantes foi omitido para preservar o anonimato.

As técnicas utilizadas para apreender as informações e compreender o fenômeno foram: observação sistemática, realizada durante todo o estudo e registrada no diário de campo, tornando possível descrever a rotina e o cuidado, pautados na relação profissional, usuário e familiar/cuidador, com o intuito de possibilitar o confronto entre a prática concreta do serviço de saúde mental e as informações apreendidas nas narrativas; grupo focal, realizado com os cuidadores e familiares e cujo temário abarcou diversos assuntos, dentre eles a questão da gestão e do uso de psicofármacos; e a entrevista semiestruturada, a qual permitiu complementar e aprofundar as informações obtidas nas outras técnicas, além de possibilitar ao sujeito, um espaço maior de contribuição.

A análise do estudo se delineou através da articulação hermenêutica dialética, fundamentada nos pressupostos de Minayo (2010), a qual possibilitou a reflexão sobre a experiência dos sujeitos no cuidado em saúde mental. A organização das informações seguiu três etapas: ordenação (organização do material empírico); classificação (leitura horizontal e exaustiva dos textos; leitura transversal); e análise final (síntese horizontal, síntese vertical e confronto

entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares). Nesse caminho, o processo consistiu em descobrir núcleos de sentido, apreendidos do material empírico, os quais deram significados às experiências vivenciadas no cotidiano do serviço estudado. Para sistematizar, as informações foram organizadas em três núcleos: o desconhecimento do usuário; em busca de autonomia e; co-responsabilização da família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O adoecimento humano está inserido numa complexidade de problemas decorrentes do mundo globalizado. As doenças psíquicas absorvem as modificações urbanas, sociais e cotidianas; e o enfrentamento do ser humano perante tal disfunção sucumbe à utilização de práticas unívocas baseadas somente em insumos farmacológicos (BEZERRA, 2013).

A constituição dessa hegemonia vem ganhando espaço, e sustenta-se na prática clínica como dimensão social e humana, expressa numa tecnologia Biopolítica de gestão, entendida como medicalização social, que se mostra difundida e aceita na contemporaneidade. Por essa via desdobram-se práticas clínicas na sociedade, focalizadas em ações que priorizam o diagnóstico orgânico, as terapias medicalizantes e, principalmente, medicamentais, as quais perfazem caminhos unidirecionais em que ao sujeito, “diagnosticadamente adoecido”, não restam muitas escolhas, além de adaptar-se ao processo de cuidado ofertado (BEZERRA, 2014).

A abordagem farmacoterapêutica pressupõe resultados que utilizam os medicamentos como ferramentas importantes na resolução de problemas de saúde dos usuários. Os agravos que respondem a esta abordagem terapêutica tendem a diminuir ao longo de uma efetiva atuação de práticas regidas por tal lógica. As doenças crônicas nas quais estão inseridos os transtornos mentais, entre outras disfunções, e as sintomatologias, em geral, acomodam certa absorção para com o uso de medicamentos no processo de cuidado (PASSOS, 2011).

No campo foi possível observar a realidade de um paradigma em transição, onde imperaram os significados: o desconhecimento do usuário; em busca de autonomia e; co-responsabilização da família. Esses núcleos de sentidos captados no empírico, foram utilizados para sistematizar as informações apreendidas e discutidas no presente trabalho.

O desconhecimento do usuário

Na atual conjuntura, o adoecimento psíquico amplia-se no espectro do processo saúde-doença mental e incorpora estilos, sintomas e variações múltiplos e intensos da vida comum. A fatídica alienação histórico-política-cultural da maioria da população usuária dos CAPS reforça esse paradigma e estabelece a influência que a indústria farmacêutica e outros segmentos mercadológicos do capitalismo moderno exercem: “[...] Só que agora ele decidiu parar de tomar os remédios que o médico passou sem informar pra família e tomar o Vital 500 que passa a propaganda na televisão e foi aí que no quarto dia já entrou em crise [...]” (Familiar 5 CAPS).

Apesar dos pacientes considerarem o medicamento a “máxima” do tratamento, em que, muitas vezes, reconhecem a cura como a não necessidade de medicação (MOSTAZO e KIRSCHBAUM, 2003), estudos mostram a existência do déficit de conhecimento, sobre os medicamentos, posologia e frequência do uso (CRUZ e col., 2011).

Cardoso *et al.* (2011) constata essa afirmação em uma pesquisa realizada com usuários egressos de um Núcleo de Saúde Mental, em relação ao conhecimento destes quanto à medicação: a maioria não sabia ou sabia parcialmente o nome e a prescrição de todos os remédios em uso. Apenas 43,8% deles souberam dizer, corretamente, os nomes e dosagens dos medicamentos que estavam utilizando; 25% não souberam informar o nome de nenhum medicamento em uso.

Assim, a eficiência das ações terapêuticas está seriamente comprometida pelos baixos níveis de compreensão dos usuários e pela dificuldade de acesso a essas informações. Diante do questionamento sobre a indicação terapêutica dos psicofármacos dos quais faziam uso os usuários participantes do presente estudo, seguiram-se os discursos:

Pra me tranquilizar, pra “mim” ter paz, pra não querer brigar, não querer agredir as pessoas, brigar não, eu gosto mais é de amizade (Usuário 1 CAPS).

Pra dormir, o Amplictil é pra dormir, o Fenergam é pra não ficar alérgica e a Risperidona, acho que é pra acalmar. (Usuário 3 CAPS)

Um serve pra depressão (Olanzapina) e outro serve pra cabeça (Haloperidol). (Usuário 4 CAPS)

Pra depressão e transtorno bipolar, uma coisa assim. (Usuário 7 CAPS)

O Fenergam é antialérgico, o Haldol é pra dormir, né? A Carbamazpina também é pra dormir. (Usuário 8 CAPS)

É... pros nervo. (Usuário 9 CAPS)

Outros questionamentos acerca da medicação, seguiram a mesma direção de desinformação sobre a terapia medicamentosa. O desconhecimento do nome do medicamento e/ou da posologia e/ou da indicação foi quase unânime nos discursos dos usuários, mesmo para aqueles veteranos no serviço:

[...]. Uso há 7 anos (os psicofármacos). “Carboliti”, “Amprectil” e Fenergam [...]. Eles “serve” pra depressão [...] os três. (Usuário 6 CAPS)

[...]. Tomo desde o ano passado [...]. Acho que é (o nome) “Locratin” [...]. É... pros nervo”. (Usuário 9 CAPS)

O desconhecimento leva ao não envolvimento do usuário, implicando na dificuldade de adesão, erros na dosagem, automedicação, etc., além da anulação de sua autonomia diante do tratamento. Entretanto, mesmo sem saber informar o tratamento medicamentoso prescrito, observa-se que a percepção dos sujeitos quanto ao cuidado do transtorno mental se reflete, principalmente, na medicação e na dependência deste, o que refere a medicamentação do cuidado.

Desse modo, o êxito e a cura dependem dos fármacos prescritos, e o tratamento está diante apenas de uma atuação química da medicação prescrita, cujo conhecimento é detido somente pelo profissional prescritor (BRASIL e col., 2008).

Segundo a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2010), o uso racional ocorre, dentre outras recomendações, quando o sujeito compreende a terapêutica prescrita e é capaz de cumprir o regime terapêutico estabelecido, concordando e aderindo ao tratamento em uma postura ativa. Essa premissa não é observada na realidade dos Centros de Atenção Psicossocial, o que evidencia um sujeito-usuário perdido, não protagonista no modo de gerir sua saúde e sua vida.

Com efeito, o lugar do usuário o reporta à espaços de interações remetidos, muitas vezes, ao descuido ou desvalorização. O saber-fazer da ciência impõe delimitações que, tradicionalmente, enquadram a forma de intervenção terapêutica aos moldes assistenciais centrados na doença, tomados como resolutivos e necessários.

As ações de cuidado devem promover a troca de conhecimento e de experiências entre trabalhadores e usuários.

A gestão clínica do medicamento, exercida pelo profissional farmacêutico, está relacionada com a atenção à saúde e aos resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o usuário. Esta prática configura-se como uma atividade assistencial fundamentada no processo de cuidado, onde o medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização e compreensão pelo indivíduo que fará o uso (CORRER, OTUKI, SOLER, 2011). Infelizmente, esse serviço ainda não se faz presente nos serviços públicos de saúde mental no Brasil, porém representa uma alternativa viável para o empoderamento das pessoas em sofrimento psíquico.

Assim, a mudança do cuidado das ações centradas no medicamento para o foco do sujeito-usuário, reconhece de imediato uma subjetividade passível de múltiplas possibilidades no cotidiano, devendo promover o empoderamento e a autonomia no sujeito, na perspectiva de que ele possa protagonizar sua própria vida e suas escolhas, adquirindo propriedade de decidir e coparticipar diante do encontro relacional com o cuidador e com as pessoas que o cercam. A busca de conhecimentos acerca da medicação, torna-se essencial nesse processo de autonomização.

Em busca da autonomia

A construção da autonomia ocorre na medida em que usuários e trabalhadores de saúde conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, co-produção de si mesmo e do contexto. Nesse caso, a formação da atitude

corresponsabilizada requisita o compromisso e o contrato mútuo, evitando dissonâncias cotidianas na possibilidade de se conviver e de se trabalhar em prol de algum propósito. Acolhimento e vínculo são tecnologias leves decisivas na relação de cuidado entre esses atores. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante res-ponsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE *et al.*, 2011).

O material empírico produzido permitiu perceber que nas inter-relações dos entrevistados, mesmo de forma tímida, é possível captar indícios de formação de autonomia ou processos de negociação entre ambos os atores envolvidos, trabalhadores e usuários.

[...]. Eu converso com o ‘Dr. André’, quando eu vou pra ele, eu converso com ele e ele tem ajustado minha medicação dependendo da minha conversa. (Usuário 5 CAPS)

(A senhora participa da escolha da sua medicação?) [...] Dependendo da minha conversa com ela, ela muda. (Usuário 6 CAPS)

[...]. Com certeza, e isso é mais que importante (a participação do usuário na escolha dos medicamentos), porque, assim, a medicação tem vários efeitos colate-

rais, alguns são raros, mas podem acontecer, então a gente tem que levar em consideração o que o paciente sente (Psiquiatra 3 CAPS)

Sim, acho muito importante (a participação do usuário na escolha dos medicamentos), pois ele sabe até onde ele tolera, se tá fazendo bem. (Enfermeira 5 CAPS)

É direito do usuário, segundo o SUS, ele ter informações, acesso a informações sobre seu tratamento e também ter acesso a discutir seu tratamento. Nenhum projeto terapêutico aqui é imposto, ele é discutido, feito um acordo, um contrato com o usuário, da mesma forma a questão medicamentosa (Assistente social CAPS)

A construção da autonomia se faz pela formação de múltiplas dependências, conexões e oportunidades. O usuário já percebe que pode conversar com o profissional para ajustar ou opinar sobre seu tratamento, ao mesmo tempo em que a equipe reconhece suas opiniões e respeitam a posição do usuário quanto ao serviço que está sendo disponibilizado. Entretanto, muitas outras ações devem ser trabalhadas para a transformação desse usuário num sujeito autônomo, conhecedor de seus direitos, cidadão e protagonista de sua vida.

O empoderamento é um processo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca de sua saúde. Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os trabalhadores de saúde (TADDEO *et al.*, 2012).

Entretanto, essa realidade nem sempre é observada. Uma complexidade de fatores envolvem essa perspectiva, dentre as quais, a formação profissional merece destaque. O reconhecimento de que a formação dos trabalhadores de saúde que hoje operam na prática, não valorizava esses espaços de troca, de dar lugar a subjetividade do outro, uma vez que ainda impera a soberania do saber científico sobre as experiências. No estudo de Taddeo *et al.* (2012), os usuários afirmam que, após conseguirem a consulta, os profissionais de saúde não davam a devida importância à pessoa que estava à sua frente com suas dúvidas e medos. Muitos relataram que a consulta não passava de uma transcrição de receitas e que os profissionais não se mostravam dispostos a tirar dúvidas nem a explicar procedimentos e cuidados a serem tomados. Esse ‘jeito’ de agir remete ao paradigma assistencialista e médico-centrado ainda presente nas práticas atuais.

Corresponsabilização da família

Na análise das entrevistas e no grupo focal foi bastante evidente a participação da família como componente essencial no processo de cuidado. Assim, percebe-se que a maioria dos familiares é corresponsável pelo acompanhamento

do usuário aos serviços de saúde, pela supervisão e/ou administração dos psicofármacos e pelo manejo terapêutico.

Eu sempre venho pegar a medicação dele, eu que acompanho ele pra tudo, mas assim, eu não moro com ele, quem mora é a minha mãe, aí ela dá sempre no horário (Familiar 1 CAPS - irmã).

É eu que dou (a medicação). Quando ela entra em crise eu ligo logo pra cá, pra agendar logo a consulta dela. (Familiar 2 CAPS - mãe).

Eu tenho duas pessoas na família, porque eles foram criados pela minha mãe. Minha mãe faleceu, então ficou na responsabilidade de uma outra irmã que também faleceu. Então eles (os familiares com transtorno) já são casados. Ela mora com o esposo dela, como ele tem transtorno também, né, ele tem pânico, não sai de casa, então eu me responsabilizo e levo ela pra médico, mas a medicação mesmo quem dá é ele. (Familiar 6 CAPS - tia).

Observou-se a divisão de tarefas e adaptação da dinâmica familiar para dar conta do cuidado ao ente familiar, contando até mesmo com parentes que não compõem a

família nuclear, na organização em torno do cuidado. Entretanto, existem famílias que não possuem muitos parentes ou estes moram distantes, resultando em sobrecarga de responsabilidades:

É eu que dou a medicação, os que não sabe tomar eu é que dou. A filha 1 sabe tomar, A filha 2 sabe tomar, só quem não sabe tomar é a filha 3 e o filho 4. Eu venho buscar os remédios deles tudim, só não venho da filha 5, porque ela vai sozinha, ela se dirige, ela tem a casa dela lá na Serrinha, ela se cuida, mas tem dia que ela tá muito aperreada, não pode ter preocupação, agora os outros, quem cuida é eu. Agora esse (filho 4) é que me martiriza mais porque ele não quer obedecer, não quer, a gente pejeja, pejeja, mas ele disse que não e ainda dão bebida pra ele, de vez em quando. (Familiar 8 - mãe)

Essa senhora foi convidada para a entrevista quando estava na fila da farmácia para receber medicamentos. Ela é idosa, viúva e tem cinco filhos adultos com transtorno mental.

Eu acho que eu é quem posso cuidar porque não tem quem cuide, não tem outra pessoa, sou viúva e moro só com eles. (Familiar 8 - mãe)

Os discursos analisados também ressaltaram a efetividade do tratamento quando a família está envolvida, corresponsabilizada, apontando a inclusão do familiar no projeto terapêutico e no território, como forte aliado em direção à resolutividade e aos princípios que preconiza a reforma psiquiátrica.

Eu conheço sujeitos daqui, usuários, que a gente começou a trabalhar com a família: “Quem é esse sujeito? Esse sujeito não é só adoecido, não é só a doença, ele é um sujeito. E olha o que ele é capaz de fazer, olha o que ele traz pra cá e olha a leitura que ele faz da família, né? de carinho, de amor, de gratidão, uma série de coisas”, e a família quando foi se empoderando disso e o percebendo [...] como um sujeito, não só aquele adoecido... Primeiro que a relação melhorou muito, segundo que hoje a sensação que eu tenho é que os familiares estão mais sensíveis [...], a questão da percepção, depois a questão da corresponsabilização “o que a gente pode fazer?”, e a melhora do relacionamento familiar, a melhora não só do sujeito em si, mas a questão da melhora do coletivo! (Psicóloga CAPS)

Com certeza, a família precisa estar totalmente engajada no tratamento, eu sempre falo isso [...], Se tivesse o apoio da família o paciente já estaria muito melhor, uma melhora significativa. (Psiquiatra CAPS)

Na interface entre o serviço de saúde mental, o usuário e o território, a participação da família torna-se essencial. No entanto, a rede de cuidado em saúde mental encontra-se desconectada, fragmentada, e são muitas as precariedades ainda encontradas nesses serviços, tanto no atendimento e acompanhamento, quanto nas dificuldades encontradas para a reinserção social dos usuários em sofrimento psíquico na comunidade.

As famílias são as principais responsáveis pela procura de serviços, pelo atendimento das necessidades básicas de seus familiares e pela integração destes na comunidade. Gonçalves e Sena (2002) reafirmam que a reforma psiquiátrica não pode ser reduzida à devolução dos doentes mentais às famílias “como se estas fossem, indistintamente capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado”.

Portanto, devem ser reconhecidas as dificuldades com as quais a família se depara no convívio com o seu ente em sofrimento psíquico. Compreender tais dificuldades é fundamental para o estabelecimento de um trabalho colaborativo entre a equipe e os cuidadores.

Este trabalho envolve compartilhamento de informações sobre a doença, a discussão conjunta de tarefas e objetivos do tratamento, o uso da medicação, atendimentos clínicos (SCAZUFCA, 2000), terapias em grupo, etc., ou seja, a integração da equipe e familiares no projeto terapêutico. Em seguida, relatos de alguns familiares sobre suas experiências em como lidar com o transtorno na família:

Pra mim, é um sofrimento muito grande, muito mesmo [...] É muito sofrimento vê ela doente, é muito ruim ver a filha desse jeito, aí tem gente que diz que ela faz é se fazer pra receber o auxílio e isso me dói muito porque ninguém queira estar na minha pele. Quando ela tá em crise ela se acorda 4h da manhã e varre um quarteirão inteiro e quando acaba fica batendo na porta do vizinho e dizendo “levanta, que eu varri a frente da tua casa, tu é um sebo-so”. Mas ela não é agressiva, ela é carente. (Familiar 2 CAPS)

É difícil, mas tem que levar, né? (Familiar 3 CAPS)

Ele é assim desde que nasceu, aí ele ficou um certo tempo assim calmo, não tinha nenhuma reação assim agressiva, aí depois com o tempo ele entrou na adolescência

aí ele veio dá outras... Ficou agitado, aí ele teve outros, como se diz, outros momentos, né? ficou agressivo e eu tive que trazer pra acompanhamento aqui no CAPS, né? Antes ele tinha acompanhamento onde ele estudava, mas depois com essas dificuldades que ele começou a sentir em relação às pessoas, porque ele tem dificuldade de relacionamento, às vezes ele não se dá com uma pessoa, às vezes ele acha que a pessoa tá olhando diferente pra ele, aí ele fica com raiva, né? começa a ficar agressivo. Outro dia eu fui caminhar com ele e encontramos com duas pessoas, assim de idade, aí ele falou com a pessoa e parece que a pessoa não respondeu aí ele ficou agressivo, sabe? E se eu não tivesse ali perto? Quer dizer, uma pessoa dessa não pode nem andar só! (Familiar 4 CAPS)

Bem, é [...] lamentável, né? Eu digo assim que é lamentável porque a gente ter um familiar com problema psiquiátrico não é muito agradável, porque é uma coisa que exige muito da gente de se adequar àquele quadro dele e procurar melhoras pra ele [...], no caso do meu irmão, ele tem difi-

cultado muito [...] a minha ajuda, por conta dos distúrbios psicológicos. (Familiar 5 CAPS)

Olha, eu já tenho um pouquinho de experiência por causa da família, certo? Eu sou de uma família em que as pessoas tinham muito problema de, de... A minha mãe sofria de síndrome do pânico, certo? Nós convivemos com isso quase a vida toda, ela passou a maior parte, da gente juvenzinho até a vida adulta, ela passou tomando remédio controlado (Familiar 7 CAPS)

Sempre [...] transmite um pouco, né? aquela angústia dele pra gente. A gente fica triste de ver assim aquela situação. (Familiar 9 CAPS)

“A gente não vive e o outro não vive” indicando uma alteração na rotina a partir do adoecimento do marido, pois ele não pode ficar só, e ela precisa trabalhar. (Registro grupo focal - familiar CAPS)

Assim, pode-se perceber que o cotidiano da família transita pela sobrecarga de responsabilidades, podendo disparar sintomas adoecedores e desequilibrar ainda mais a dinâmica familiar. É notável, pois, a necessidade de se recor-

rer a uma diversidade de estratégias não restritas à consulta, de utilizar uma variedade de recursos, como atividades em grupo, estratégias de educação em saúde, visitas domiciliares, dispositivos na comunidade, teatro, cinema, escola, praças, igrejas ou quaisquer outros espaços produtores de saúde, para agregar às ações clínicas assistenciais, que se restringem à sintomatologia do biológico e não alcançam as dimensões psicossociais dos sujeitos. É preciso avançar para além das medicações, no sentido de possibilitar o cuidado integral à saúde.

Tais evidências são utilizadas como catalisadores da discussão sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental. Uma vez que a atenção psicossocial e os princípios e diretrizes do SUS ampliam o olhar sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais, como determinantes das doenças, a organização dos serviços deve considerar tais aspectos, garantindo o direito à saúde dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O território carece de ferramentas capazes de promover autonomia e empoderamento dos usuários quanto ao cuidado em saúde. A *práxis* da saúde mental é frágil e o medicamento permanece como dispositivo central do cuidado, evidenciando o processo de medicamentação enquanto protagonista na saúde mental.

Avanços em busca da autonomia do sujeito-usuário, ainda que incipiente, já podem ser observadas, entretanto muito se tem a conquistar deve fomentar, no sentido de

potencializar a autonomia e favorecer ao diálogo relacional entre trabalhadores de saúde e usuários, para que o mesmo possa adquirir conhecimentos quanto à sua terapia e tornar-se autor de suas escolhas de vida. Experiências utilizando ferramentas como o Guia da Gestão Autônoma da Medicação – GAM (ONOCKO-CAMPOS, 2013) e o Matriciamento (PINTO *et al.*, 2012) podem e devem ser implementados nos serviços de saúde mental no intuito transformar essas práticas medicamentais em ações psicossociais, que valorizem as subjetividades.

No mesmo sentido, a formação em saúde não deve tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas deve também desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde dos usuários para além de seus sintomas clínicos, refletindo sobre a gestão setorial e sobre o controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

Com efeito, acredita-se que o presente estudo deva contribuir para a reflexão sobre a produção de um cuidado em saúde mental integral, que seja coerente e resolutivo, na medida em que evidencia as experiências de usuários, familiares e trabalhadores de saúde, buscando uma relação dialética entre esses sujeitos e a gestão do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. A partir disso, compreende-se sua potência para transformar práticas, construir sujeitos e produzir conhecimento.

REFERÊNCIAS

AMARANTE P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 pp.

BRASIL, E. G. M.; JORGE, M. S. B.; COSTA, E. C. Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 333-338, 2008.

CARDOSO, L.; MIASSO, A. I.; GALERA, S. A. F.; MAIA, B. M.; ESTEVES, R. B. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1146-1154, 2011.

COSTA *et al.* Enfermagem na atenção sistemática de saúde à família de pessoas com transtorno mental: estudo bibliográfico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, 9 (1), 2012.

CRUZ L. P.; MIRANDA P. M.; GIACCHERO K. G.; MIASSO A. I. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. [09telas], 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. : il. – (**Cuidado farmacêutico na atenção básica** ; caderno 1).

BEZERRA, I. C. **Uso de Psicofármacos na Atenção Psicossocial: Sujeito, Autonomia e Corresponsabilização**. Defesa de

Dissertação Apresentada em outubro de 2013 no Mestrado em saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

BEZERRA, Indara Cavalcante *et al.* “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014.

CORRER, Cassyano Januário; OTUKI, Michel Fleith; SOLER, Orenzio. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 2, n. 3, set. 2011.

DA COSTA WANDERLEY, Thyago; CAVALCANTI, Alessandro Leite; SANTOS, Silvana. Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. 1, p. 121-126, 2013.

GONÇALVES AM, SENA RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 9, n.2, p. 48-55. Março, 2002.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011.

MAITI, R., & ALLOZA, J. L. (2014). Social pharmacology: expanding horizons. **Indian journal of pharmacology**, 46(3), 246.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (org.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. 285 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria GM no 3.916, de 30 outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília [citado 2010 nov 28].

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 786-791, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2.889-2.898, 2013.

PASSOS, P. Projeto de Pesquisa: **autonomia e direitos humanos: validação do guia de gestão autônoma da medicação (GAM)**. Encaminhado ao CNPq para financiamento. Rio de Janeiro, 2011.

PINTO, A. G. A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, n. 17, v. 3, p. 653-660, 2012.

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. **Psicol. Soc.**, v. 23, n. spe, p. 37-44, 2011.

SANTOS, D. V. D. **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada**. [Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009].

SCAZUFCA, M. Abordagem familiar em esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000, 22: 50-5.

SEVERO, A. K., & DIMENSTEIN, M. (2011). Rede e inter-setorialidade na atenção psicossocial: Contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 31(3), 640-655.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11): 2923-2930, 2012.

CAPÍTULO 29

PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E OS DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NOS CENÁRIOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

Dentre as conquistas do movimento de reforma psiquiátrica, destaca-se o reconhecimento da necessidade em ofertar uma atenção psicossocial mais voltada para o sujeito em sofrimento psíquico, resgatando sua autoestima e convívio social e, nesse processo, produzindo cidadania (BENEVIDES *et al.*, 2010).

Não obstante, a construção de um modelo de atenção efetivo demanda a ruptura com antigas concepções e a resignificação dos processos de trabalho nesse campo. Sobre isso, Ayres (2001) e Thofehrn *et al.* (2011) chamam a atenção para a subvalorização do caráter humano e, consequentemente, relacional no processo de cuidar, que tem reduzido as ações em saúde à simples execução técnica, dificultando, a produção de um cuidado individualizado e resolutivo.

Tais implicações tornam-se mais críticas no trabalho em saúde mental (SM), tendo em vista, este basear-se, primordialmente, na relação com o outro e na construção intersubjetiva que emana desse encontro; exigindo do profissional de saúde, ações criativas e inovadoras que atendam as múltiplas necessidades do usuário que chega ao serviço, incluindo demandas, vivências e percepções de vida. A esse contexto, as tecnologias leves (relacionais) aplicam-se bem por instigarem o outro a expressar-se na sua subjetividade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Dado o seu caráter iminentemente subjetivo, não existe um manual prescritivo que enumere passos para operacionalizar o trabalho em SM, visto que sua essência está na relação com o outro e, a construção intersubjetiva que emana desse encontro, não cabe em protocolos clínicos, exigindo dos profissionais ações criativas e inovadoras nos seus campos de atuação.

Assim, sendo a oferta de assistência em saúde mental permeada por múltiplas experiências, incluído as demandas, vivências e percepções de vida que os usuários levam ao serviço, a compreensão desses aspectos e da dinâmica dos processos de trabalho em saúde são de fundamental importância para a oferta de um cuidado efetivo.

Frente a essas questões, o presente estudo objetiva analisar como se configuram os processos de trabalho em saúde mental e os desafios na produção do cuidado nos cenários de atenção psicossocial.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Fortaleza, Ceará, situado na Coordenadoria Regional de Saúde IV (CORES), a qual dispõe de uma rede de serviços de saúde e instituições de ensino, inclusive de nível superior.

Participaram do estudo dois grupos de representação, sendo o grupo I constituído por uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e uma farmacêutica. Já o grupo II foi formado por cinco usuários. Foi utilizado como critério de inclusão, em ambos os grupos de sujeitos, estar vinculado ao serviço há um período de no mínimo um ano. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias durante a coleta de dados e os usuários que estavam sob efeito de medicamentos.

O fechamento amostral foi baseado na saturação teórica, segundo o qual, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados. (FONTANELLA; RICAS & TURATO, 2008).

A coleta das informações baseou-se em entrevistas semiestruturadas e observações sistemáticas das práticas, através de roteiros que abordavam as experiências, dificuldades e potencialidades do cuidado em saúde mental. As respostas foram gravadas em aparelhos digitais e posteriormente transcritas na íntegra. As observações foram registradas logo após cada visita em diário de campo, de

modo a complementar às informações obtidas por meio da entrevista. A organização dos dados baseou-se nas três etapas, estabelecidas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação dados, das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares. De posse das informações, procedeu-se à análise que foi orientada pela Análise de Conteúdo Temática baseada em Minayo (2008).

O presente estudo representa dados parciais de uma pesquisa maior denominada “Gestão do Cuidado e Atenção Clínica em Saúde e Enfermagem no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial”, que abrange os profissionais de nível superior, trabalhadores de nível médio, usuários e seus familiares, compreendendo-os como sujeitos ativos no cotidiano dos serviços de saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará mediante o protocolo de número 122.324.

Os preceitos éticos foram respeitados em consonância com o que determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No cotidiano dos serviços de atenção em saúde mental, muitos são os desafios encontrados na busca pela integralidade assistencial. No entanto, apesar das dificulda-

des, essa busca corresponde a uma importante ferramenta estimuladora de rearranjos nos processos de trabalho dos sujeitos que atuam nesse território rico de produção intersubjetiva. Essa potência então se configura na medida em que o serviço passa a ter um olhar atento para com aqueles que assiste, reconhecendo suas demandas e se articulando na perspectiva de atendê-las (MATTOS, 2001).

Se tratando do campo da saúde mental, as mudanças dizem respeito especialmente a reconfiguração do papel e lugar do “louco” na sociedade, bem como em novas formas de se compreender e atuar junto aos indivíduos em sofrimento psíquico, executando ações com vistas a produzir um cuidado de caráter emancipatório. Para tanto, esse movimento de transformação está intimamente ligado a um processo de reestruturação dos saberes e ressignificação dos processos de trabalho dos profissionais que atuam no campo da saúde mental.

Quando questionados acerca dos seus dos seus processos de trabalho no campo da saúde mental, os profissionais ressaltaram a importância de uma atenção centrada no sujeito e não na doença, viabilizando assim a produção de um cuidado capaz de atender as demandas levadas pelo sujeito ao serviço:

A gente tenta acolher quem chega, ouvir a demanda. A maioria dessas pessoas atendidas aqui traz uma carga de sofrimento muito grande, tem muito problema. A gente leva pra equipe, pra discutir em conjunto, tem também a terapia in-

dividual e em grupo [...]. E assim, a gente sente que eles valorizam muito a escuta, tem vezes que eles chegam aqui e querem conversar, especialmente com aquele profissional que eles já gostam, quem tem vínculo. É bom, mas às vezes, a gente como profissional se depara com muita dificuldade, muita desvalorização (Grupo I).

Os conceitos de acolhimento e vínculo foram apontados como fatores que se processam por meio de uma construção intersubjetiva viabilizada pelo diálogo oportunizado nos encontros entre profissionais e usuários, sendo considerados aspectos que qualificam positivamente a assistência. Esse processo permite que seja dado voz ao outro, de modo que ele seja capaz de exteriorizar suas necessidades, angústias e aflições.

Entretanto, algumas dificuldades foram apontadas como fatores que dificultam a oferta de um cuidado adequado no campo da saúde mental. Dentre os aspectos referidos, a falta de subsídios financeiros foi apontada como um fator que tem onerado a oferta de atividades preconizadas pelo serviço, gerando insatisfação e desmotivação por parte dos profissionais, como expresso na seguinte fala:

O que dificulta são as condições de trabalho, acho que se a gente tivesse uma condição melhor, seria muito fácil [...] então as condições de trabalho que eu falo são

essas, o mínimo, ter alimentação do paciente pra ele poder participar do grupo, o vale pra ele se deslocar, porque muitos não têm condição de pagar passagem, então isso dificulta muito porque a gente faz o planejamento e de repente tem que mudar tudo porque os usuários não vêm (Grupo I).

Observa-se no relato, uma limitação no que se refere ao desenrolar dos processos de trabalho, sendo esta imposta pela própria gestão dos investimentos em saúde mental. A barreira criada pela escassez de recursos financeiros tem tolhido a oferta de um cuidado adequado, na medida em que enfraquece os serviços e estorva a realização de parte de suas ações, sendo este um problema frequente no cotidiano dos CAPS.

Sobre essa problemática, Ribeiro e Inglês-Dias (2011) afirmam que, muito embora as políticas públicas preconizem a desinstitucionalização e o fechamento dos hospitais psiquiátricos, investindo e dando vida aos serviços substitutivos de base territorial como os CAPS, uma série de obstáculos ainda se fazem presentes e representam desafios capazes de limitar o cuidado preconizado pelo SUS no campo da saúde mental. O financiamento incipiente dos serviços e a falta de mão de obra capacitada para atuar nesse cenário são apontados como as principais barreiras. Os achados do estudo legitimam o que é apontado pelos autores, evidenciando ainda as implicações dispendiosas que isso traz ao serviço e seus usuários.

Ainda acerca dos processos de trabalho dos sujeitos pesquisados, foram revelados outros limites relacionados à presença de vínculos empregatícios frágeis, colaborando para que o cotidiano de trabalho no campo da saúde mental seja marcado por uma série de tensões. Ressalta-se ainda a presença de baixos salários e condições inadequadas de trabalho como situações que desestimulam os profissionais e dificultam a oferta de cuidado, como expresso na fala abaixo:

Assim, acho que todo mundo anda muito desestimulado, é como se o nosso trabalho não fosse valorizado. Falta condições, falta sala, remédio [...]. A gente recebe pouco, não tem nenhum direito (trabalhista) e ainda corre o risco de perder o emprego se não for aprovado de novo (em nova seleção) (Grupo I).

Conforme expresso pela fala, o panorama atual de saúde do município de Fortaleza tem sido influenciado sobremaneira por questões como as acima citadas, sendo o meio atual de contratação de profissionais para atuarem no campo da saúde realizado através de seleções públicas. Os processos seletivos em questão estabelecem um tempo de atuação limitada por parte dos aprovados, sendo a média de um a dois anos. Ao fim desse período, uma nova seleção é realizada e os profissionais anteriormente aprovados e que

já estavam inseridos no serviço são sumariamente demitidos para que os novos funcionários possam assumir o trabalho realizado nas unidades.

Esse meio de contratação de caráter temporário objetiva reduzir custos e proporcionar ao serviço maior celeridade e competitividade (FERRAZ, 2006), contudo, nesse cenário, sua realização tem acabado por submeter grande parte dos profissionais de saúde a condições de trabalho problemáticas e sem a oferta de nenhuma segurança, negando inclusive o acesso a direitos trabalhistas como férias e décimo terceiro. Mendes (2002) aponta esse tipo de contratação como fator gerador de incerteza, obrigado os profissionais de saúde a se desdobrarem na busca por diversos empregos, além de gerar sobrecarga e frustração, conforme a fala abaixo:

Você não tem estabilidade no seu emprego, está aí, estou com planos, mas não sei se eu vou continuar... a qualquer momento pode chegar minha demissão. É a minha realidade. O outro psicólogo já foi demitido aí chegou um paciente: “ah, você vai sair também? Ele disse que o contrato ia terminar, como vai ficar?” Aí dá uma coisa na garganta, aí você diz: não, mas se eu sair vai vir outro, eu passo seu processo pra ele; Mas, você vive trocando o seu médico? Não, você tem a pessoa que você

confia, que você está a tempos com ele, mas aqui não, não há esse respeito com o usuário do SUS. Por que? Ele não tem direito? Ele merece qualquer coisa que seja feita e pronto (Grupo I).

O seguinte discurso destaca ainda uma falta de respeito com os direitos do usuário do SUS, já que, na medida em que se estabelece essa rotatividade frequente de profissionais, o vínculo – elemento relacional de vital importância quando se fala em saúde, especialmente em saúde mental – entre profissional e usuário é quebrado, gerando descontentamento.

Sobre isso, os discursos salientam os aspectos negativos imputados à oferta de assistência, especialmente para usuário, que se vê obrigado a desligar-se dos profissionais com os quais partilhavam uma relação de respeito e confiança para ter que vincular com outros sujeitos, como expresso “Os próprios pacientes questionam, ouvi por diversas vezes: e vai ficar sempre mudando? Eu vou ficar sempre começando, contando minha história toda, toda vida?” (Grupo I). E ainda, “A psicóloga e a terapeuta (ocupacional) dizem que vão sair, eu fico triste porque eu já gosto delas. Quando eu chego com problema de casa elas já sabem, já entendem” (Grupo I).

A fala referida nos remete ao fato de que a formação de vínculos não se processa da noite para o dia na medida em que corresponde a uma construção intersubjetiva que se sedimenta por meio do afeto, confiança e respeito

(SAKATA, 2007). Nesse sentido, a frequente rotatividade dos profissionais traz prejuízos não apenas para os mesmos, mas também para os usuários, que se sentem angustiados de perder aqueles à quem tomam como referência. Compreende-se que a rotatividade de profissionais no serviço é, em algumas situações, inevitável, podendo ser motivado por causas diversas, principalmente como a ascensão salarial, mas aqui trata-se de grande quantidade de sujeitos saindo do serviço ao mesmo tempo, fazendo com que os usuários, muitas vezes, percam o vínculo por completo com o serviço.

Alguns relatos destacam a presença um quadro de funcionários efetivados por meio de concurso público no serviço em que se deu a pesquisa, entretanto os profissionais citam a situação vivenciada por outros serviços em que praticamente todo o quadro de profissionais foi/será demitido para que outros sujeitos assumam os devidos cargos. Essa situação anteriormente relatada influencia negativamente nas ações desenvolvidas nos cenários de cuidado, uma vez que a mudança abrupta dos profissionais gera uma quebra nas ações até então desenvolvidas:

Aqui não sofre tanto porque ainda contamos com um bom quadro de servidores, então não é aquela quebra total, como vai ser em alguns serviços, outro CAPS, tem lugar aí que tem 12 profissionais que já sabem que vão sair (Grupo I).

Eu sei que em cada momento nós pegamos momentos diferentes do processo, mas fica muito difícil acompanhar, criar um vínculo e dar continuidade, as pessoas vinham com grupos, com ações no território, desenvolvendo um trabalho bacana com a equipe, aí vem essa quebra de tempos em tempos (Grupo I).

A mudança rotineira no quadro de trabalhadores implica ainda em prejuízos relacionados ao fato de grande parte dos profissionais admitidos não dispõem, muitas vezes, de nenhum contato prévio ou ainda qualquer afinidade com os serviços de saúde mental, não compreendendo sua missão ou ainda a complexidade das ações desenvolvidas, aceitando o emprego pela necessidade de se prover:

Antes da mudança a antiga prefeita fez uma seleção e chamou muitos profissionais e aí o que aconteceu, a empresa terceirizada da antiga gestão faliu e os profissionais terceirizados foram demitidos e entraram os novos profissionais, muitos sem nenhuma experiência em saúde mental, inclusive eu, aí você imagina a mudança quase que por completo dos profissionais da rede de saúde

mental, fora o tempo que a pessoa leva para se adaptar ao serviço, se acostumar, se inteirar das rotinas, criar vínculo com os pacientes, isso dificulta (Grupo I).

O despreparo foi apontado como variável constante no relato dos sujeitos do estudo, que afirmaram não serem capacitados para atuar frente aos casos de saúde mental. A insegurança referida parte ainda das questões subjetivas que emanam a partir da construção do vínculo com os usuários de saúde mental, para as quais não existe protocolo de execução, pois se trata de vida que pulsa dentro dos serviços, e, portanto, jamais deve ser aprisionada por um agir burocratizado, bem como de uma formação elementar no campo da saúde mental:

Porque os desafios são esses, a lei precisa realmente sair do papel e ela precisa realmente acontecer. Num curso de especialização em saúde mental, a gente vê tudo na teoria e compara com o que a gente que trabalha na prática, chega a gente por dentro fica... numa dificuldade até de... de absorver. Então nós temos profissionais que estão precisando de capacitação, ter apoio da gestão, precisando que essas redes elas realmente funcionem (Grupo I).

A falta de apoio e incentivo da gestão é também um elemento apontado como responsável por esse quadro de despreparo, colaborando para que os processos de trabalho dos profissionais de saúde sejam marcados por ações desarmonicas com o que até então é proposto pelos princípios da reforma psiquiátrica. Ainda segundo o discurso, isso implica em uma lacuna imensa entre o que se executa no cotidiano das práticas assistências e o que é preconizado a nível de política, dificultando, portanto, que a mesma se efetive em quanto a realidade no cotidiano, embora se reconheça a sua necessidade.

Ainda acerca da formação incipiente para se trabalhar no campo da saúde mental foi possível identificar dificuldade na construção de relações com forte vinculação entre profissionais e usuários. A insegurança para atuar frente às demandas de sofrimento psíquico dá às interações um ar tecnicista, produzindo uma assistência baseada na execução de procedimentos, especialmente na oferta de medicamentos. A seguinte fala de um usuário da ESF evidencia o que acima foi colocado:

Tem dias que eu chego angustiado, quero só conversar, mas nem sempre eles tem tempo, aí fico mais triste por que não tem com que falar (Grupo II).

É bom porque a gente recebe a receita para pegar o remédio, mas não tem assim, muita aquela conversa para saber como é que tá, aí as vezes a gente sente, né?

Às vezes eu peço para trocar o remédio porque digo que não tô me dando, mas a médica diz que é assim mesmo. Deve ser, né? Ela é doutora, tá consultando, então ela é que sabe mesmo (Grupo II).

Os usuários em sua fala qualificam a assistência como positiva na medida em que recebe o uso do medicamento, contudo refere se sentir incomodado pela falta de um diálogo mais aberto, onde possa expressar suas angústias e sensações, subvalorizando as demandas levadas ao serviço.

A fala acima remeteu ainda a uma importante questão que figura no cotidiano do cuidado em saúde mental, o estabelecimento de relações verticalizadas entre profissionais e usuários, onde o médico/profissional de saúde é encarado como ser supremo e detentor de todo o conhecimento necessário para garantir saúde. Essas marcas deixadas pelo histórico modelo médico-hegemônico acabam por reduzir e limitar as considerações do usuário, subvalorizando o seu papel como sujeito de sua própria história (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

Observa-se então, que a assistência à saúde mental, que deveria se estruturar a partir de uma lógica de trabalho que envolvesse os diversos atores que compõe os processos produtivos em saúde, de modo que o principal objetivo de suas ações fosse acolher e dar resposta às adversidades e demandas que os usuários trazem aos serviços, acaba limitada por meio de intervenções pontuais que não consideram a integralidade em seu sentido amplo (PINTO, 2013).

A partir dos relatos, além da necessidade de reestruturação das práticas no sentido de promover uma maior autonomia dos sujeitos assistidos e resolutividade das suas demandas, é imperativo também promover uma melhor qualidade de vida dos trabalhadores, disponibilizando condições adequadas para a realização de suas ações bem como ampliando os espaços de diálogo e educação permanente.

Questões relacionadas à remuneração adequada, oferta de educação continuada, estruturas de trabalho satisfatórias e apoio da gestão como instrumento de enfrentamento das dificuldades cotidianas são fatores que colaboram para manter os profissionais estimulados e criativos no exercício de suas funções, sendo, portanto, elementos fundamentais e que merecem atenção (SHIMIZU E CARVALHO JR., 2012).

Outra questão expressa pelos profissionais de saúde como cotidiana em seus processos de trabalho foi o processo de medicalização social no contexto do cuidado em saúde mental. A fala, a seguir nos demonstra essa realidade:

Eu nunca deixo ninguém voltar, às vezes chega, não é daqui, o povo reclama, mas eu digo: vou voltar uma pessoa dessa?! Não sei nem se é de longe, se tem a passagem de volta, não tenho coragem, Eu sou menos rigorosa, dou um jeito. Não deixo ninguém sair sem receita (Grupo I).

O trecho acima demonstra as dificuldades de como lidar com condições de morbidade que transcendem a cli-

nica e incorporam aspectos de caráter social. Não sabendo como agir frente a esses agravos, os trabalhadores veem na medicação um modo de amenizar o sofrimento dos sujeitos à que assistem e de sentir que estão dando alguma resposta à suas demandas.

Os resultados encontrados no presente estudo corroboraram os achados de Onocko-Campos (2011), em que a autora afirma que a sensação de impotência diante do caráter variável dos problemas de saúde mental que são trazidos aos serviços colabora para fortalecer o poder biomédico e seu caráter prescritivo e medicalizador do sofrimento cotidiano.

Ademais, os profissionais de saúde deparam-se com a desafiadora realidade de produzir um cuidado não centrado na figura do médico, dada sua capacidade de prescrever medicamentos, sendo por isso, muitas vezes detentor da centralidade nas tomadas de decisão e condução de casos em virtude de sua capacidade prescritiva (JORGE *et al.*, 2011).

Grande parte das questões evidenciadas acabam por potencializar o sofrimento do trabalhador em virtude de sua inserção em uma estrutura rígida de trabalho que subverte sua capacidade subjetiva de criar e agir no sentido de produzir projetos terapêuticos integrados em saúde mental.

COSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo foi possível perceber que o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde mental está marcado por notória tensão, especialmente no que se refere às precárias condições de trabalho, a falta de subsídios necessários para o desenvolvimento das ações precon-

zadas no serviço, bem como pela insegurança gerada pelos vínculos empregatícios frágeis. Estas questões citadas têm implicado de modo negativo no processo de fazer em saúde, refletindo em limitações das ações desenvolvidas nesses territórios de produção intersubjetiva, levando-os a um fazer técnico marcado pela fragilização dos vínculos entre profissionais e usuários de saúde mental.

A inserção dos profissionais no dia a dia de trabalho demonstrou ainda dificuldades relacionadas à carência na formação para atuar de modo ampliado sobre as demandas de SM, o que reforça ainda mais a necessidade de superar a precarização das relações de trabalho, bem como determina a urgência na definição de uma política de formação permanente em que os trabalhadores possam superar suas limitações, no sentido de garantir uma assistência comprometida com o cuidado e fortalecimento da autonomia dos usuários de saúde mental.

As questões acima citadas corroboram a necessidade dos profissionais promoverem uma reflexão crítica acerca de seus processos de trabalho, bem como o conhecimento a respeito dos paradigmas responsáveis pela construção social de sua prática, viabilizando a produção de um cuidado capaz de dar voz ao usuário de saúde mental - que durante muito tempo foi incitado a crer que era mudo - e de agenciar a potência dos encontros.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. A. A.; JORGE, M. S. B. (2010). **Métodos de análise em pesquisa qualitativa**. In: Santana, J. S. S. S.; Nascimento, M. A. A. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. (1ª Ed.). (p. 139-159). Feira de Santana: UEFS Editora.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde** coletiva, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BENEVIDES, D. S. *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface*, v. 14, n. 32, p. 127-138, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/12** sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília, 2012.

FERRAZ, L. Lei de responsabilidade fiscal e terceirização de mão-de-obra no serviço público. **Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico**. nº 8, nov/dez – 2006/ jan de 2007. Disponível na internet: <https://moodle.unipampa.edu.br/pluginfile.php/128282/mod_resource/content/1/LRF%20e%20terceiriza%C3%A7%C3%A3o.pdf> . Acesso em: 16/08/2014

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2001. 41-66 p.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, G. R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

RIBEIRO, J. M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4623-4634, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2011.

PINTO, A. G. A. **Transversalidade da clínica na atenção à saúde**: limitações políticas, fragilidades assistenciais e vínculos comunitários na Estratégia Saúde da Família. 292 P. Tese – Universidade Estadual do Ceará. 03/04/2013.

SAKATA, K. N. *et al.* Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Brasileira de Enferm.**, v.60, n.6, p. 659-664, 2007.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012.

THOFEHRN, M. B. *et al.* A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. enferm. saúde**, v. 1, n. 1, p. 190-198, 2011.

CAPÍTULO 30

O ABUSO DE COCAÍNA E CRACK NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A RELAÇÃO ENTRE O SIGNIFICADO ATRIBUÍDO E AS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS DOS TRABALHADORES

Carlos Garcia Filho

José Jackson Coelho Sampaio

INTRODUÇÃO

A implantação da Política de Saúde Mental do Município de Fortaleza (FORTALEZA, 2008) em 2005 está inserida em contexto maior de reorganização da atenção local à saúde, por meio do fortalecimento da atenção básica. A atuação municipal em saúde mental afina-se com a Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) e com a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005). Existe forte consenso quanto aos princípios: lógica antimanicomial, humanização, integralidade, hierarquização centrada na atenção básica, estrutura em rede, universalidade, ação territorial, controle social e defesa da redução de danos como estratégia alternativa à abstinência.

O principal dispositivo da política de saúde mental para usuários e dependentes de substâncias psicoativas de Fortaleza são os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS ad, criados pela portaria GM 336/02, de 19/02/02, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), caracterizados como serviço ambulatorial de atenção diária, responsável pela porta de entrada do usuário e dependente no SUS, para organizar a demanda, coordenar e supervisionar as ações de cuidado e capacitar as equipes de atenção básica, compreendendo a complexidade biopsicossocial dos indivíduos e dos grupos.

A atenção à saúde prestada pelas equipes dos CAPS ad de Fortaleza se adequa à prescrição do Ministério da Saúde parcialmente, pois se observa que o abuso de drogas continua caracterizado na dimensão moral. O usuário é percebido como incapaz de controlar o próprio desejo, a própria violência, e de aceitar a reeducação e a reabilitação. A instituição terapêutica é percebida como um mecanismo de isolamento, ordenamento e moldagem de comportamentos e personalidades.

Se os CAPS ad podem vir a ser um novo asilo social, embora aberto, poroso, a relação concreta entre trabalhadores de saúde e usuários de drogas pode ser utilizada para demonstrar a persistência de práticas anacrônicas e ineficazes, soluções tradicionais encobertas por um verniz de ciência, mas socialmente chanceladas por serem capazes de manter a ordem social. Portanto, o objetivo desta pesquisa é compreender o modo como a experiência do abuso de cocaína e de *crack* é percebida pelos trabalhadores de um CAPS ad do município de Fortaleza, Ceará, e qual a influência desta percepção na prática da atenção prestada por eles.

METODOLOGIA

A pesquisa, realizada entre 2008 e 2010, em um dos seis CAPS ad do município de Fortaleza, Ceará, é qualitativa e exploratória, utilizou a contextualização micro-histórica da instituição, a observação institucional baseada em protocolo de observação, o registro de impressões do pesquisador e de informações suplementares em diário de campo e a coleta de depoimentos de trabalhadores, por meio de questionários semiestruturados e entrevistas.

O tamanho da amostra foi determinado pelo critério de saturação de conteúdo e a seleção dos indivíduos foi baseada na disponibilidade para responder questionários e entrevistas. Os sujeitos da pesquisa foram treze trabalhadores (N=19), cinco de nível médio (N=8) e oito de nível superior (N=11), na perspectiva de aproximação de um objeto constituído pela relação entre percepção e comportamento. Para interpretação dos questionários e das entrevistas, foram realizados os procedimentos de análise do discurso seguindo as recomendações de Orlandi (1999), Sampaio (1998) e Minayo (1998). O trabalho de campo foi balizado pela investigação antropológica aproximando-se das propostas de Laplantine (2004). Existiu preocupação em realizar diálogo com a Sociologia do trabalho (FRIEDMANN; NAVILLE, 1973) e a Epidemiologia (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003) para estabelecer categorias analíticas.

A escolha do CAPS ad da Secretaria Executiva Regional IV-SER IV para campo de pesquisa foi baseada em sua parceria educacional com a Universidade Estadual do Ceará-UECE. O trabalho obedece à Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde-CNS e é um recorte do estudo “Humanização da Atenção à Saúde: uma perspectiva dialética e interdisciplinar”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, em 30 de maio de 2005, processo sob No. 04185929-4.

RESULTADOS

Contextualização micro-histórica do serviço

Em março de 2005, foram formadas as equipes de saúde mental dos futuros seis CAPS geral, seis CAPS ad e dos dois CAPS infantil-CAPS i de Fortaleza. O trabalho da equipe do CAPS ad/SER IV foi iniciado com visitas domiciliares a 250 pacientes usuários de álcool e drogas egressos de hospitais psiquiátricos, para divulgação do serviço e sensibilização quanto a essa nova estratégia de atenção à saúde. Não havia uma estrutura física única para acomodar os profissionais, portanto, era necessário rodízio diário entre três Unidades Básicas de Saúde da Família-UBASF da regional, com infraestrutura e condições de atendimento precárias. A equipe, formada por cinco profissionais de nível superior – um psiquiatra, um enfermeiro, dois psicólogos e um assistente social – e três de nível médio, dispunha apenas de uma sala.

Neste quinquênio de funcionamento o número de profissionais na equipe aumentou para dezenove, onze de nível superior e oito de nível médio, mas o espaço permanecia o mesmo. Algumas alternativas buscadas pelos trabalhadores ilustram o marcante improvisado dessa fase: salão de

igreja, creche abandonada e até sombra de mangueiras. Em março de 2006, foi iniciado o processo de negociação para a ocupação do prédio atual, uma antiga UBASF, em terreno da UECE, hoje sede do serviço.

A equipe apresenta acréscimo e pequena rotatividade dos pioneiros: dois profissionais de nível superior e três de nível médio, admitidos no primeiro ano, permanecem trabalhando. O perfil dos clientes modificou-se bastante, o álcool deixou de ser quase exclusividade, competindo agora com usuários de *crack*, cocaína e tabaco.

O perfil dos clientes

Não existe documento oficial da Prefeitura Municipal que apresente informações sobre o perfil dos pacientes atendidos no CAPS ad/SER IV. Nas entrevistas, os funcionários de nível médio concebem a clientela de modo impreciso, sem destacar sexo, idade ou droga utilizada. Os profissionais de nível superior têm maior clareza, definem dois pacientes típicos: homem com idade superior a 30 anos, usuário de álcool, e homem entre os 16 e 24 anos, usuário de *crack*. A adesão terapêutica dos usuários de *crack* é considerada bem menor do que a dos de cocaína e a dos de álcool. A presença de mulheres é rara, mas os trabalhadores não levantam qualquer explicação para o fato. Apenas dois trabalhadores de nível superior concebem seus usuários em perspectiva epidemiológica e social, no geral predomina a orientação do olhar apenas para a pessoa do usuário. A perspectiva da atenção psicossocial territorial repete a clínica das singularidades individuais, sem obser-

vação de macrotendências, de determinantes históricos. A observação da rotina do serviço confirma os resultados das entrevistas dos trabalhadores de nível superior.

O perfil dos trabalhadores

A equipe de assistência do CAPS ad/SER IV é composta por onze profissionais de nível superior e um de nível médio, a administrativa é formada por sete profissionais de nível médio. Tanto na equipe assistencial como na administrativa predominam as mulheres. Todos trabalham de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho-CLT e são terceirizados por uma organização social que presta serviços de apoio executivo à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

É geral a insatisfação com os vencimentos, as poucas exceções sentiram necessidade de justificar sua opinião de maneira inusitada: “Estou satisfeita, porque sou solteira, moro com meus pais e não dirijo”. Concurso público não é citado em nenhuma entrevista e os trabalhadores não parecem almejar uma carreira no serviço público. A consciência sobre a precarização das condições de trabalho é pequena, mesmo entre os profissionais de nível superior.

As dificuldades encontradas pelos profissionais na realização do trabalho não são poucas. A falta de material de consumo e a deficiência na estrutura física do prédio são queixas comuns. Uma dificuldade específica dos trabalhadores de nível médio foi lidar com os pacientes em crise, sob efeito de álcool ou drogas. Entre os de nível superior, os problemas foram mais abrangentes. Citam faltar arcabouço

teórico que balize as práticas desenvolvidas no serviço e as resistências culturais da comunidade, sobretudo em relação à política de redução de danos, pois “não existem manuais, protocolos, procedimentos consensuados”. Apontam a ausência de equipamentos sociais para integração dos usuários e a pequena articulação existente entre os disponíveis como fatores que reduzem as chances de sucesso da equipe, pois “nós temos pacientes que precisam de cursos profissionalizantes, não há para onde encaminhar, e nós temos pacientes em situação de rua, mas Fortaleza só tem dois abrigos para recebê-los”.

As dificuldades que surgem durante o processo de trabalho são discutidas nas reuniões semanais de equipe. A necessidade de financiamento para alguma atividade é sempre apontada como fator limitante, mas esse não é considerado o maior desafio, e sim os que envolvem o princípio da intersetorialidade, na prática um labirinto de instituições.

As atividades de pesquisa no serviço são restritas a uma incipiente coleta de dados epidemiológicos básicos. A maioria dos profissionais concorda que existem iniciativas de educação continuada no serviço, por meio de palestras, oficinas e cursos periodicamente promovidos pelo poder municipal. Os problemas vividos no trabalho despertam a vontade de aprofundar o conhecimento, e isto é de algum modo garantido pelas reuniões semanais de equipe. Mas, a supervisão clínico-institucional, que ocorria quinzenalmente, foi suspensa pouco antes de completar um ano, o que demonstra uma insuficiência prática da política.

O perfil do atendimento prestado

Durante seu tratamento, o paciente do CAPS ad/SER IV circula entre as internações e o serviço ambulatorial. A instituição funciona em horário comercial nos dias úteis, para demanda espontânea ou referenciada pela rede de atenção à saúde municipal, com preferência pelos moradores no território de cobertura da instituição. O profissional de nível superior que realiza a primeira avaliação do paciente novo será considerado seu profissional de referência e será o responsável direto por traçar o plano terapêutico e acompanhar seu sucesso.

Acolhimento

Muitos usuários permanecem no serviço, boa parte do dia, entretidos com a televisão, realizando trabalhos manuais ou conversando com outros pacientes e funcionários, o clima é de cordialidade e certa melancolia, predomina a presença de alcoolistas crônicos. Todos que chegam ao serviço são acolhidos, os funcionários se esforçam para manter velado certo desalento, por vezes temperado com algum humor, quando os pacientes apresentam-se sob efeito de álcool. O cuidado para não desvalorizar o paciente independente de sua condição é constante. Ao contato com a recepção, sucede a triagem por profissional de nível superior, que define o projeto a ser seguido. Menores de idade ou moradores de outra regional são algumas das justificativas de encaminhamento para outros serviços. Crise de abstinência é evento raro, mas dispara ação rápida de transferência para hospital.

Os trabalhadores de nível médio qualificam seu relacionamento com os clientes como bom, principalmente com os mais antigos, já acostumados com a rotina do serviço. Alguns consideram difícil “digerir” as histórias de vida dos usuários, o que prejudica a qualidade da escuta: “uma disse que tem necessidade de se prostituir para poder comprar droga, a família dela toda sumiu, ela foi violentada... poxa, às vezes a gente não quer nem ouvir”. A indiferença na escuta é usada como defesa do profissional diante do sofrimento do usuário e de suas próprias limitações. Com os familiares, os trabalhadores têm uma relação menos próxima, pela baixa frequência ao serviço e pela atitude de des-caso ou de violência. O relacionamento com os clientes é qualificado como positivo, bom ou terapêutico, por todos os trabalhadores de nível superior. Com os familiares predomina certa distância e desânimo, considera-se que desejam transferir a responsabilidade total sobre o paciente para o serviço.

Dois trabalhadores de nível médio informam que já se sentiram ameaçados e um diz que outras pessoas foram ameaçadas por pacientes. A farmácia é o ponto crítico: falta de medicamentos ou acesso barrado por falta de receita médica são motivos para intimidações. Dos que referem ameaças, dois informaram que alguma medida foi tomada a respeito, a saber, orientações sobre não permanecer sozinho e chamar rapidamente um profissional de nível superior para atender o paciente. O medo entre os trabalhadores de nível médio não é restrito ao ambiente de trabalho, pois muitos deles são vizinhos dos pacientes que os ameaçam dentro do serviço.

Duas trabalhadoras de nível superior negaram a existência de ameaças ou medo na rotina de trabalho do serviço. O restante afirma que essas situações são frequentes. Apenas um trabalhador refere que nenhuma medida foi tomada quanto a isso, a maioria informa que interação com a Polícia Militar e a Guarda Municipal aconteceu em situações-limite e que discussões em reunião sobre como proceder em situações de risco já foram feitas. Os profissionais temem que a presença policial afaste os pacientes do serviço.

Prevenção

Os funcionários do CAPS ad/SER IV de nível superior definem a etiologia do abuso de drogas como multifatorial. Há consenso sobre a relação entre uma família desestruturada e a busca por drogas. Em alguns relatos, esse comportamento é justificado por uma necessidade de defesa diante da dinâmica familiar conturbada. Fatores socioeconômicos, como desemprego e baixa escolaridade são bastante citados, mas sem consistente profundidade crítica. A curiosidade estimulada pela convivência com amigos usuários parece pouco expressiva. Entre os trabalhadores de nível médio, a família também é reconhecida como principal determinante do abuso de drogas. Há uma consciência sobre complexidade do problema, onde condições precárias de moradia, emprego e educação são apontadas. A contribuição de elementos psicológicos para o problema é pouco valorizada.

É possível depreender das entrevistas dos trabalhadores dos dois estratos que as ações de educação em saúde e de medicina preventiva realizadas com os pacientes do CAPS são norteadas pela política de redução de danos e são de-

sempenhadas em discussões em grupos ou oficinas. Atividades exteriores, por meio de palestras ou rodas de conversa, nas escolas ou associações comunitárias, são esporádicas.

Os trabalhadores de ambos os estratos concordam que a família dos usuários seria sua principal parceira, mas com muita dificuldade. Há referência a escolas, igrejas, associações comunitárias e outros serviços da rede de saúde do município, mas as ações desempenhadas em parceria com essas instituições não são detalhadas e lembram mais intenções, tópicos discursivos, não práticas.

Terapêutica

Os profissionais de nível médio informam que cada paciente tem plano terapêutico, mas apenas um foi capaz de enunciar suas etapas e de maneira bastante superficial. Entre os funcionários de nível médio apenas a auxiliar de enfermagem é formalmente responsável pela atenção à saúde, os demais são servidores administrativos, provável explicação para essa lacuna de conhecimento. Sobre a avaliação do plano terapêutico, o padrão é repetido, apenas dois entrevistados conseguiram responder.

O plano terapêutico individual está presente nas respostas de todos os profissionais de nível superior, contudo o agente de decisão desse plano não é consenso. O profissional de referência, a equipe e o paciente estão implicados no processo de maneira não padronizada, pois, em todas as respostas, ao menos um deles é excluído. A avaliação do projeto terapêutico é estabelecida de modo mais preciso, o processo acontece principalmente em reuniões por meio de

estudos de caso, o profissional de referência também tem papel importante. Somente um entrevistado apontou o paciente como participante desse processo de avaliação.

Pode ser observado nas entrevistas dos dois estratos que as ações para reinserção social e ocupacional do cliente são esporádicas, como cursos fornecidos pela prefeitura municipal e confecção de artesanato para venda. Não se pode afirmar que exista uma política de reinserção social ou ocupacional. As iniciativas de reinserção social, principalmente na família de origem do usuário parecem as mais corriqueiras e bem-sucedidas.

Os profissionais comentam que a expectativa exagerada dos pacientes quanto ao papel dos medicamentos e de outras intervenções biomédicas no tratamento torna a adesão mais complicada: “vários pacientes só querem vir à consulta com o psiquiatra e tomar antidepressivo”. A equipe tenta trabalhar para além desse paradigma, mas em algumas situações, especialmente nos critérios de alta, é ele, ainda, o dominante.

Redução de danos

As estratégias de redução de danos recebem apoio contundente da prefeitura municipal, os cursos e palestras estão presentes nas entrevistas de profissionais dos dois estratos. Entre os de nível médio há dificuldade de enunciar o conceito de redução de danos, mas os exemplos dados mostram moderado discernimento sobre esse tópico: “reduzir o dano?... é que a gente não pode dizer simplesmente pare de fumar, pare de beber, pare de se drogar”.

Os profissionais de nível superior têm maior clareza quanto ao conceito de redução de danos nas políticas de saúde. As ações são dirigidas quase que exclusivamente para os pacientes do serviço, atividades na comunidade são difíceis, pois não há estratégia para formação de agentes capazes de atuar em campo. Prevalece a desmistificação da abstinência como objetivo do tratamento e são mencionadas a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de violência, a substituição de drogas, a troca de seringas e cachimbos, vacinação e higiene pessoal. As ações parecem ser abrangentes e o interesse estatal forte, mas esbarram na falta de insumos e de pessoal qualificado, principalmente na formação de agentes para trabalhar na linha de frente.

A estratégia de redução de danos é considerada polêmica e pouco compreendida fora da equipe: “os parentes acham que chegou aqui e a gente tem que dar um jeito para que ele não faça mais uso”. Os trabalhadores informam que o fato do serviço acolher usuários sob efeito de drogas não é consenso entre os pacientes, nos grupos ou assembleias esses pacientes são acolhidos pela equipe, mas muitas vezes rejeitados pelos demais clientes: “quando a gente aceita o usuário, mesmo com o comportamento alterado, fazendo uso, tem um conflito mesmo dentro dos usuários”.

As recaídas, retorno ao uso após período de abstinência, estão presentes na trajetória de quase todos os pacientes. Esse comportamento não é sentido pela maioria da equipe como um fracasso, o que corresponde à orientação da política de redução de danos: “tem usuários que não deixam de usar cocaína, mas mesmo assim a gente percebe que dentro do planejamento terapêutico e das expectativas que a gente tinha, houve sucesso”. A equipe tenta utilizar a

presença de usuários sob efeito de substâncias de maneira terapêutica: “a gente está sempre tentando mediar e compreender, porque cada comportamento pode ser usado de forma terapêutica”. Alguns trabalhadores de nível médio, que não compreendem totalmente a redução de danos, sofrem devido a essa situação: “quando eles vêm sob efeito a gente tem o desânimo pela dificuldade deles se ajudarem”.

Alta

A definição de cliente recuperado é considerada complexa por funcionários dos dois estratos. Para os de nível médio, há enfoque no retorno a uma vida dita “normal”, em que o cotidiano é ocupado pelo trabalho e pela família. Ser respeitado em seu meio e ser capaz de assumir responsabilidade por seus atos são características desejáveis. Apenas um funcionário expressou a relação entre recuperação e graça divina. Os trabalhadores de nível superior não deixam de valorizar a abstinência, mas em apenas um caso ela foi considerada como critério exclusivo, a maioria adota um horizonte mais abrangente que sobrepõe a autonomia e a capacidade de ter uma vida “normal” à ausência de uso: “um cliente que compreenda a relação que ele criou com essa substância e dê um outro significado a ela”. O enquadramento a supostos parâmetros “normais” foi questionado: “a gente não pode querer que os pacientes abandonem completamente o uso de drogas, se reintegrem plenamente na sociedade, tenham uma vida direitinha com família, filhos, trabalho”.

Os critérios de alta não são claros, o reflexo disso é o desconhecimento dos trabalhadores de nível médio sobre

como se dá esse processo. A capacidade de seguir uma vida “normal” predomina sobre a abstinência. A necessidade de acolher o paciente em caso de recaída após a alta é reconhecida. Os funcionários de nível superior declaram que as altas são raras, os critérios pouco definidos e o tratamento longo. O processo de alta é, em muitos casos, voluntário, e o abandono do serviço pelo usuário pode ser considerado uma alta informal. A responsabilidade da alta é compartilhada com o paciente.

DISCUSSÃO

As políticas públicas brasileiras de atenção à saúde de usuários de drogas constituem esforço importante para construção da cidadania desses indivíduos. O CAPS ad é um instrumento valioso nesse processo, que traz a marca do pioneirismo e da ética. A atenção ao usuário de drogas avançou quantitativa e qualitativamente em Fortaleza nos últimos cinco anos, pois foi estabelecida uma opção política firme que deve transcender partidos e eleições.

O CAPS ad/SER IV experimenta, no cotidiano, o desafio de implantar um novo modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e drogas sem acúmulo teórico confortador, em situação de fragilidade institucional em meio às tragédias de uma pobreza antiga confrontada com o crescimento desordenado de uma cidade socialmente injusta. As condições de trabalho e o vínculo empregatício são precários e a consciência desta situação é incipiente, pois somente se escuta uma tímida reivindicação por melhores salários.

O perfil de usuários de cocaína e *crack* no Brasil não é conhecido de modo detalhado. Não há estudos abrangentes sobre a Epidemiologia do uso dessas drogas em Fortaleza e as informações são restritas a grupos de estudantes (CARLINI *et al.*, 2006) ou de adolescentes moradores de rua (DIALIB; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). Não foi possível estabelecer perfil epidemiológico dos usuários do CAPS ad/SER IV, pois os dados municipais são aglutinados e o serviço, com 1.401 prontuários abertos, não tem cadastro organizado.

Não foi possível detalhar a representação da equipe sobre o uso de cocaína e de *crack*, pois ela se apresentou indissociável da representação geral de uso de droga. A diferença entre uso/abuso de álcool e uso/abuso de outras drogas surge como um *continuum*, numa escala de periculosidade. Existe uma tendência para considerar o abuso de drogas como explicação para todas as ações dos pacientes, qualquer erro ou acerto torna-se notável e confirma sua condição de estranho. Retomando Goffman (2001) constata-se que os desdobramentos do conceito de estigma como uma metonímia da personalidade do indivíduo persistem com forte valor heurístico.

Os profissionais não consideram o usuário como responsável por sua conduta, mas o meio em que vive, a droga é a “válvula de escape” para o desemprego, para a família desestruturada, para as eventuais violências sofridas. A sociedade é concebida pelos trabalhadores como uma criatura que flagela o indivíduo utilizando a droga, de fato é exagero considerar o usuário como indivíduo, pois a ele, na visão da equipe, a sociedade nega qualquer poder de decisão sobre seu destino, e a equipe repete o comportamento denunciado.

A função terapêutica de instituições capazes de preencher o vácuo social que existe no usuário é destacada pela equipe, mas, imediatamente substituída por demandas objetivas: mais cursos de profissionalização, mais abrigos para moradores de rua, mais regras e limites. A origem do mal está na sociedade, mas o tratamento proposto é centrado no indivíduo. A estratégia de redução de danos aponta o abuso como um exagero de um uso não prejudicial. Poucos trabalhadores apontam a necessidade de modificar o padrão objetivo de consumo e, simultaneamente, de transformar a relação subjetiva entre usuário e droga, entre usuário e concepção de destino humano. Aplicando-se as categorias desenvolvidas por Laplantine (2004) para a antropologia da saúde e da doença, observa-se um modelo de cura endógeno para uma causa exógena.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH prescreve que o acolhimento seja uma ruptura com o modelo baseado na recepção e triagem dos pacientes no serviço (BRASIL, 2004). Inúmeros usuários de cocaína e *crack* abrem prontuário no CAPS ad/SER-IV, mas poucos se tornam seus pacientes. O serviço é um lugar por onde esses indivíduos transitam em busca de medicamento, de satisfazer o desejo de suas famílias ou de refúgio. Após visitarem o CAPS ad/SER-IV por um breve período, desaparecem. O estudo das outras instituições que preenchem o cotidiano desses indivíduos é fundamental para o desenvolvimento de novas estratégias para reconstrução de sua cidadania. O CAPS ad é uma ferramenta importante nesse processo, mas não pode ser considerado como suficiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação socioeconômica da clientela do serviço estudado e a contradição entre representação e prática da equipe colocam em cheque qualquer tentativa de suporte social integral aos indivíduos marginalizados devido ao abuso de cocaína e *crack*. Predominam medidas paliativas sobre esforços terapêuticos estratégicos. O CAPS ad/SER IV pode vir a consolidar-se como um novo asilo, um mecanismo de controle de desviantes, embora mais poroso, aberto, que outros serviços inseridos na lógica da normalização social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. **Política nacional sobre drogas**. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas; 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH**. Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: MS; 2002.

CARLINI, Elisaldo Araújo (supervisão) [*et al.*] - **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005, - São Paulo:

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

DUAILIBI, Lígia Bonacim; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. s545-s557, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600007>.

FORTALEZA. SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Relatório de Gestão da Saúde de 2007**. Fortaleza: Secretaria de Saúde de Fortaleza, 2008.

FRIEDMANN, Georges e NAVILLE, Pierre. **Tratado de sociologia do trabalho** - vol. 1. Trad. Octávio Mendes Cajado. 1. ed. São Paulo: Cultrix, Ed. da Universidade de São Paulo, 1973.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada. Tradução Márcia Bandeira de M. Leite Nunes. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. Trad. Valter Lellis Siqueira. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes: 2004.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1998.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

ROUQUAYROL, Maria Zélia e ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Editora Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2003

SAMPAIO, José J. C. – **Epidemiologia da Imprecisão**: Processo Saúde-Doença Mental como Objeto da Epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

CAPÍTULO 31

INSTITUIÇÕES TOTAIS COMO REDES DE APOIO DE FAMILIARES E ADOLESCENTES EM USO DE CRACK E OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

Milena Lima de Paula
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A adolescência caracteriza-se como um dos momentos mais importantes para o desenvolvimento humano, pois nela ocorrem várias transformações biopsicossociais. É uma fase de passagem da infância para a vida adulta, de amadurecimento psicológico. É essencial, nessa fase, estabelecer contatos com os amigos, para formar um grupo no qual o sujeito possa se identificar e compartilhar ideias e opiniões. Muitas vezes, os adolescentes passam mais tempo com os seus amigos que com as próprias famílias (MARTINS; PILLON, 2008).

Para Aberastury e Knobel (1992), a chegada da adolescência corresponde à entrada no mundo adulto, sendo desejada e temida, pois é uma condição que significa a perda definitiva da infância, o que provoca inúmeras dificuldades para o adolescente. Devido às perdas (do corpo e da

identidade infantil e da relação com os pais da infância), o adolescente irá passar pelo luto, o qual deve ser elaborado, o que caracteriza a crise da adolescência.

As transformações acontecem em várias áreas da vida do sujeito, como as mudanças biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais, em um ritmo acelerado e exacerbado. Destarte, o rito de adolecer é caracterizado por diversos conflitos, pois o jovem passa por mudanças físicas e de personalidade (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008; ALVARSE; CARVALHO, 2006; ANDRADE, 2007).

Cronologicamente, a adolescência compreende o período que vai dos 10 aos 19 anos de idade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como adolescência o período que vai de 12 aos 18 anos (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a estipulação de faixa-etária para estabelecer limites de uma fase da vida é arbitrária, pois corre o risco de ignorar os contextos sociais e culturais. Além disso, as fronteiras que demarcam o início e o fim de uma fase não são as mesmas para todos, já que nas classes mais privilegiadas a adolescência e a juventude tendem a se estender, enquanto, nas periferias, a vivência da adolescência é encurtada pelas necessidades dos jovens assumirem um trabalho, além da família, com a chegada dos filhos, marcando o início da vida adulta (HORTA; SENA, 2010).

Em relação às políticas públicas destinadas aos adolescentes, as primeiras ações e programas específicos surgiram na década de 1980, com a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), no qual os trabalhos envolvidos eram direcionados à prevenção de DST/

AIDS, drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce (HORTA; SENA, 2010).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) surgiu na década de 1990, e se apresentou como marco principal de novas políticas públicas destinadas ao adolescente (RAUPP; COSTA, 2006).

O ECA, Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral da criança e do adolescente, considerando adolescente a pessoa que tem entre doze a dezoito anos de idade. O estatuto estabelece os direitos fundamentais (direito à vida e à saúde; à liberdade, ao respeito e a dignidade; à convivência familiar e comunitária; à educação, cultura, ao esporte e lazer; à profissionalização e proteção no trabalho), define as políticas de atendimento relacionadas à proteção integral e medidas socioeducativas, bem como as atribuições do Conselho Tutelar (órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, formado por representantes da sociedade e encarregado de zelar pelos direitos da criança e do adolescente), (BRASIL, 2003).

O ECA também dispõe sobre a importância da família, considerada como central para a criança e o adolescente pelo estatuto, pois ela possui o dever de garantir os direitos de suas crianças e adolescentes, sendo ela mesma também portadora de direitos para reunir condições de educar os seus filhos. Dessa forma, as políticas públicas devem criar estratégias para dispor de recursos necessários para diminuir as vulnerabilidades de risco social e pessoal. Desse modo, as famílias em situação de vulnerabilidade são as principais destinatárias das políticas públicas sociais de proteção à criança e ao adolescente (MOREIRA; BEDRAN; CARELLOS, 2011).

Nesse sentido, a família possui um papel importante, pois o Estado ao assegurar assistência às famílias, também garante proteção aos direitos individuais e sociais de crianças e adolescentes, pois há uma estreita relação entre proteção das famílias e proteção integral à infância e adolescência (MIOTO, 2010)

No entanto, não há, propriamente, uma política de família em muitos países, inclusive no Brasil, caso entenda-se política como um conjunto de ações deliberadas, coerentes e confiáveis, assumidas como capazes de assegurar a cidadania, para produzir impactos positivos sobre os recursos e a estrutura das famílias (PEREIRA-PEREIRA, 2010)

Mas, muitos países preveem, de uma forma ou de outra, medidas de apoio familiar como: aconselhamentos e auxílios, incluindo novas modalidades de ajuda material aos pais bem como a ampliação de visitas domiciliares por agentes oficiais; programas de redução de pobreza infantil; políticas de valorização da vida doméstica; tentativas de redução dos riscos de desagregação familiar por meio de campanhas publicitárias. Alguns países dão suporte material às famílias monoparentais, outros incentivam a mãe a retomar o papel tradicional de “dona-de-casa” (PEREIRA-PEREIRA, 2010).

Em relação ao contexto brasileiro, caracterizada pela privação de direitos, a família deve garantir condições para a sobrevivência dos indivíduos. Desse modo, a família vista como central para garantia da vida dos indivíduos justifica-se pela despolitização das questões que deveriam assegurar o bem-estar de crianças e adolescentes, nesse sentido a garantia dos direitos dos indivíduos está mais relacionada ao âmbito privado do que ao público (ALENCAR, 2010).

Em relação ao ECA, Raupp e Costa (2006) comentam que, apesar de alguns avanços relacionados à atenção ao adolescente, a partir do surgimento do ECA, na prática, o que acontece nos programas de proteção voltados aos adolescentes é bem diferente do que é preconizado pelo estatuto, no que diz respeito a “Doutrina da Proteção Integral”, pois há escassez de lugares especializados e de profissionais capacitados para atender às necessidades singulares dos adolescentes. O que se observam são encaminhamentos de adolescentes usuários de drogas para internações em locais planejados para adultos, desrespeitando as diretrizes do ECA.

Nesse sentido, observa-se um contexto social pobre em redes sociais de apoio, tanto no que diz respeito a serviços formais quanto a recursos informais existentes na comunidade dos usuários, situação que dificulta a oferta de cuidados para adolescentes usuários de drogas. Por outro lado, Souza, Kantorski e Mielke (2006) acreditam que o contexto de recuperação é favorecido por um conjunto de apoios contextuais, como a família, grupos e redes de amigos, serviços de saúde. Assim, os autores definem rede social como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativa, e destaca a importância de conhecer a rede de relações do indivíduo

Diante de um cenário caracterizado pela escassez de espaços que poderiam funcionar como redes de apoio social aos adolescentes em situação de abuso de *crack* e suas famílias, o presente trabalho objetivou identificar redes de apoio social de familiares e adolescentes usuários de *crack* bem como analisar processos de cuidado.

METODOLOGIA

O estudo teve abordagem qualitativa, principal recurso no campo das teorias sociais. Ela se comporta como o caminho de abordagem da realidade. Constitui-se como ferramenta indispensável para a construção do conhecimento no campo das ciências sociais. O objeto dessa ciência é qualitativo, dada a conformação histórica e a inexistência de neutralidade entre sujeito e objeto que se quer apreender, ou seja, é um processo dialético (MINAYO, 2008)

O estudo buscou ainda entender o fenômeno social (analisar) e suas relações no campo da saúde mental coletiva, tendo como finalidade a compreensão do conhecimento, buscando o sentido e o significado do fenômeno estudado (MINAYO, 2008). O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, sob Parecer nº 10724251-6.

A pesquisa de campo iniciou na busca pelos locais em que os adolescentes frequentavam por ocasião do tratamento para o uso de drogas. Assim, teve-se acesso aos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) da cidade de Fortaleza-CE. Todavia, a assistência aos adolescentes em uso de *crack* também é realizada nos dois centros de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) existentes no município, e que são responsáveis pelo acompanhamento desde público até os 16 anos de idade. Desse modo, os *loci* da pesquisa foi um CAPS ad que acompanha adolescentes a partir de 17 anos, por meio de atendimento individual e grupal, e um CAPSi, ambos fundamentos na estratégia de redução de danos.

Os participantes do estudo foram adolescentes que realizavam os atendimentos no CAPS ad ou CAPSi e seus familiares/responsáveis. Os resultados apresentados emergiram das experiências e vivências de nove interlocutores, sendo cinco adolescentes, com idade entre 10 a 19 anos que realizavam acompanhamento ou que compareceram pelo menos uma vez ao CAPS ad ou CAPSi devido ao uso de *crack*, e quatro familiares ou responsáveis, pessoa que acompanhava o adolescente ou por ele era responsável, sendo membro de sua família ou não, não necessitando de laços consanguíneos. Esse quantitativo deu-se à medida que se coletava e se analisava o fenômeno, pois havia a compreensão e o aprofundamento das questões levantadas.

Devido às dificuldades para acessar os adolescentes nos CAPS, devido à baixa frequência desse pública nesses locais, percebeu-se que a maioria dos adolescentes que estavam em atendimento nos CAPS também estavam institucionalizados em espaços como abrigos e centros educacionais, desse modo, também foram realizadas observações e entrevistas nessas instituições.

O abrigo é um tipo de acolhimento institucional, definido pelo art. 90 do ECA oferece acolhimento, cuidado e espaço de desenvolvimento e socioeducação para sujeitos menores de idade. Esse serviço realiza acolhimento institucional e oferece atendimento especializado, funcionando como moradia provisória até que a criança e o adolescente possuam condições de retornarem às famílias (BRASIL, 2010).

O Centro Educacional caracteriza-se como uma instituição que objetiva atender, em regime de internação provisória, privação de liberdade e semiliberdade, adolescentes,

autores de atos infracionais, em suas necessidades básicas, com vistas a sua reinserção ao convívio sóciofamiliar, após o cumprimento da medida socioeducativa a qual se encontra submetido (CEARÁ, 2013).

As narrativas foram captadas por meio de observações e entrevista em profundidade, com perguntas norteadoras sobre a experiência de uso de crack e a busca por cuidado dos adolescentes e seus familiares. A entrevista teve início após a explicação do objetivo da investigação e obtenção da permissão dos interlocutores para gravar a conversa, acrescenta-se que não houve qualquer interrupção e as narrativas duraram em média 25 min.

Para a organização do material empírico, utilizaram-se os passos de Minayo (2008), retraduzidos por Assis e Jorge (2010), que consistem em: tratamento do material; ordenação, classificação e análise final.

Durante a etapa da ordenação é realizada um mapeamento horizontal do material empírico. A fase de classificação permite a construção dos dados empíricos que embasarão as discussões. Na análise final, é enfatizada, principalmente, o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações sociais, busca-se, assim contextualizar os resultados da pesquisa com a produção bibliográfica (ASSIS; JORGE, 2010).

Este processo culminou na elaboração dos seguintes temas “As Políticas de Proteção Social e as experiências de familiares e adolescentes em situação de uso de *crack* com as instituições totais”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As Políticas de Proteção Social e as experiências de familiares e adolescentes em com as instituições totais

Dentre os componentes da rede de apoio que auxiliam adolescentes e famílias no enfrentamento da situação de uso de drogas, destacaram-se, neste estudo, instituições que se assemelham ao modelo asilar. Deste modo, o Abrigo, também denominado Acolhimento Institucional, e o Centro Educacional são locais onde os adolescentes em situação de uso de drogas passam grande parte de suas vidas, pois frequentemente se encontram em situação de rua e em conflito com a lei.

O Abrigo é um tipo de internação procurado pela família e pelos adolescentes. Já o Centro Educacional, apesar de não ser uma alternativa nem sempre buscada pelos familiares e adolescentes, desempenha funções equivalentes às do Abrigo. Ademais, os dois modelos de internação possuem características bastante semelhantes.

Como já foi discutido, o abrigo é um programa de acolhimento institucional, e está relacionado a uma medida protetiva, nos casos de violação dos direitos fundamentais da criança e do adolescente (BRASIL, 2010)

A internação em Centro Educacional está associada ao cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade, imposta por autoridade judiciária. Deste modo, o acesso dos adolescentes a essa instituição ocorre a partir do cometimento de ato infracional realizado mediante grave ameaça ou violência a pessoas, por reincidência, no come-

timento de outras infrações graves, e por descumprimento de outras medidas. Além disso, a determinação dessa medida pressupõe a existência de provas suficientes de autoria e materialidade da infração (BRASIL, 2010).

Sobre o período de internação em centros educacionais, esse tipo de medida não possui prazo determinado, dessa forma a manutenção do adolescente na instituição deve ser constantemente reavaliada, a partir de decisões fundamentadas, no máximo, a cada seis meses, contudo o período de privação de liberdade não deve ultrapassar três anos (BRASIL, 2010).

As medidas socioeducativas não devem ter objetivo de punição, mas devem ser aplicadas como forma de responsabilizar os adolescentes pelos atos infracionais praticados, nesse sentido, devem também oferecer condições para a inserção social (FREITAS, 2011).

O Centro Educacional, assim como o abrigo, não é uma instituição direcionada a tratamentos relacionados ao uso de drogas; no entanto, de acordo com o relato dos adolescentes e de conversas informais com profissionais do Juizado da Infância e Juventude, muitos familiares recorrem ao juiz para solicitar esse tipo de internação para afastar o adolescente do contexto das drogas, quando não há possibilidade de internações em clínicas ou abrigos, devido ao reduzido número de vagas:

Minha mãe disse: F. tem uma audiência pra ti na quinta vara, aí eu: é mãe, se tu não for, tu vai ser preso. Quando eu cheguei lá, o juiz: pode levar ele, e eu: me levar pra

onde, Dom Bosco, passei 7 dias no Dom Bosco... Foi, porque foi, tipo assim, o juiz disse que ficava mais fácil de conseguir a vaga porque não tem vaga mais em hospital mental. Já entendendo? Tá muito difícil, ele disse que era mais fácil eu ir pro Dom Bosco e do Dom Bosco eu ser encaminhado pro hospital mental, ficava mais fácil entendeu, aí minha tia: pois tá bom, aceitou, tipo não foi eu, mas não achei ruim, eu não achei ruim, eu achei mais ruim passar no hospital mental do que passar no Dom Bosco (u11).

Deste modo, compreende-se que a experiência de privação de liberdade em Centro Educacional nem sempre é vista como uma punição, pois, nos casos em estudo, os adolescentes percebem a internação como uma oportunidade de se afastarem das drogas, pois ficam distantes do contexto de uso.

Além de contribuir para o distanciamento das drogas, o Centro Educacional proporciona segurança. Baldissera (2009), em sua pesquisa realizada com adolescentes de uma instituição destinada ao cumprimento de medida de privação de liberdade, revelou que os adolescentes apesar de lamentarem a restrição de sua liberdade sentiam-se seguros na instituição, pois durante a internação evitavam que as ameaças de morte direcionadas a eles se concretizassem (BALDISSERA, 2009).

Portanto, os resultados dessa pesquisa divergem daqueles revelados pelo estudo de Sousa e Costa (2012), pois neste último, os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas possuíam sentimentos de raiva, injustiça e indignação em relação à imposição da medida socioeducativa.

Entretanto, apesar da internação em abrigo ou Centro Educacional proporcionar uma relativa proteção aos adolescentes e familiares, deve-se questionar se realmente tal estratégia proporciona um efetivo distanciamento das drogas, pois no abrigo foi observado que os adolescentes haviam usado substâncias psicoativas na própria instituição durante um fim de semana, período no qual a equipe dirigente não está presente. Tal fato evidencia que, pelo menos em relação às drogas, talvez esses ambientes não sejam tão seguros:

[...] hoje precisamos interromper a entrevista com o adolescente A., pois houve uma reunião com todos os adolescentes para discutir sobre o incidente ocorrido no final de semana: alguns adolescentes do abrigo foram flagrados consumindo drogas no banheiro. Dessa forma, prosseguiremos semana que vem com a entrevista (DIÁRIO DE CAMPO).

Sobre a prática de encaminhar adolescentes com problemas decorrentes de uso de drogas para Centros Educacionais, observou-se, através de conversas informais com profissionais do juizado, que tal procedimento, geralmente, ocorre quando os jovens já estão em situação de conflito com a lei e em cumprimento de medidas socioeducativas diferentes da internação. Nesses casos, quando as famílias recorrem ao juizado para narrar conflitos relacionados às drogas, muitas vezes o juiz considera que houve um descumprimento da medida socioeducativa anteriormente aplicada e impõe, então, uma internação sanção, de 45 dias, como forma de punição.

Segundo o ECA, a aplicação da internação sanção ocorre quando o adolescente descumpra alguma medida em meio aberto. Nesse caso, o socioeducando pode passar até três meses em Centro Educacional (BRASIL, 2010)

Nesse sentido, a internação é vista como punição, pois, segundo o ECA (2010), a privação de liberdade é considerada a medida socioeducativa mais restritiva. Portanto, de acordo com a gravidade do ato infracional, outras medidas podem ser aplicadas, como: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida e semiliberdade.

Assim, geralmente a internação é direcionada para adolescentes que estão em conflito com a lei, porém muitas famílias, diante dessa situação, sentem-se impotentes e desamparadas pelo Poder Judiciário, como se pode perceber a partir do relato de uma mãe que procurou o fórum de uma cidade do interior, a fim de obter uma internação:

[...] sabe o que foi que disse o promotor, perguntou se ele tinha algum crime, eu disse não, ele quer ajuda pra sair das drogas, aqui só tem internação pra ele se tiver acontecido um crime, é um crime não, um ato infracional. Então, poxa, eu tenho que esperar meu filho cometer isso pra poder ajudar ele (f3).

De acordo com a equipe do Juizado da Infância e Juventude, algumas atitudes são tomadas quando as famílias procuram o judiciário, com queixas sobre os usuários de drogas que não estão envolvidos em conflitos com a lei. Nesses casos, o juiz realiza uma advertência, contudo, a possibilidade de internação é afastada.

Segundo o ECA, a advertência é um tipo de medida socioeducativa aplicada ao adolescente, que consiste em admoestação verbal que será reduzida a termo e assinada. Em termos práticos, diz Freitas (2011), a advertência determina que o adolescente compareça à autoridade judicial para ser advertido sobre a sua conduta infracional (BRASIL, 2010)

Porém, quando o adolescente é abordado com drogas, por policiais, geralmente, a autoridade judiciária impõe uma medida em meio aberto, como a Liberdade Assistida.

Sobre a relação entre a Justiça e as substâncias ilícitas, a Lei (11.343/06) sobre drogas estabelece formas diferentes de sua aplicação para usuários e para traficantes.

De acordo com essa legislação, ao usuário de drogas cabe a Justiça restaurativa, que submete o sujeito a medi-

das socioeducativas e penas alternativas e não mais a privação de liberdade. Por outro lado, o traficante está sujeito ao agravamento de penas e à eliminação de benefícios. Contudo, a mencionada lei não estabelece critérios práticos que diferenciem o uso e o tráfico (MASSA; BACELLAR, 2008).

A medida de Liberdade Assistida compreende o acompanhamento do adolescente, através de atendimentos realizados por uma equipe multiprofissional, e tem como objetivo a sua inserção familiar e comunitária (FREITAS, 2011).

Nesse sentido, atividades educacionais, profissionais e artísticas, bem como a realização de encaminhamentos a outros componentes da rede social de apoio, quando necessários, foram descritos pelos profissionais do Centro Educacional, durante conversas informais com a equipe e também pelos adolescentes durante as entrevistas. Assim, pode-se observar que as atividades socioeducativas que ocorrem nos abrigos também são realizadas no Centro Educacional:

[...] mas é uma casa que você estuda, é uma casa que você aprende coisa na marcenaria, você aprende a desenhar na marcenaria, a fazer desenho, só não é assim uma casa, só não é muito bom porque você fica dentro de uma cela, tá entendendo? Mas é 7 refeições, tipo, a gente acordava, 6 horas da manhã

tinha uma refeição, 9 horas tinha outra, tinha um almoço, 6 horas da tarde tinha outra, aí eram 3 refeições, quer dizer, aí tinha a janta e depois da janta ainda tinha a ceia, 6 refeições por dia (u11).

O encaminhamento para outros serviços como CAPS AD, ou CAPSi, da mesma forma que para o abrigo, não possui caráter obrigatório, pois através de conversas informais com a equipe e do relato dos adolescentes, percebe-se que tal procedimento envolve uma conversa com os jovens para avaliar o tipo de tratamento mais adequado e para explicação sobre a terapêutica mais adequada. Além disso, os profissionais avaliam o interesse do adolescente para tratar-se:

[...] aí teve um dia que eu fui conversar com a psicóloga e disse que eu não estava mais aguentando que eu tava em tempo de endoi-dar aqui dentro, tava sentindo falta da droga, aí foi, ela pegou e sugeriu, ‘você acha que você no caps resolve o seu problema?’ aí eu disse: rapaz, vai resolver. Aí a gente foi lá, ela marcou e foi desse jeito (u6).

Os adolescentes em centros educacionais não são obrigados a realizar tratamento nos CAPS, dessa forma o encaminhamento para os serviços é realizado quando o

adolescente demonstra algum tipo de interesse pelo tratamento. A equipe percebe que muitos adolescentes faziam uso de drogas, mas só realizam encaminhamento quando os jovens solicitam ajuda (DIÁRIO DE CAMPO).

Deste modo, o estatuto estabelece que o cumprimento das medidas socioeducativas de privação de liberdade deve ocorrer em locais e circunstâncias que garantam o desenvolvimento saudável dos adolescentes. Nessa perspectiva, os jovens internos devem ter acesso a programas pedagógicos, como: atividades educacionais, escolares, profissionalização, esporte, artes e saúde. A partir desse suporte, o adolescente em conflito com a lei terá condições de refletir sobre seus atos e responsabilidades, bem como sobre o seu papel, ao término do cumprimento da medida (COUTINHO *et al.*, 2011).

As atividades socioeducativas realizadas no Abrigo e no Centro Educacional são muito importantes para os adolescentes, no entanto é preciso realizar o seguinte questionamento: Essas práticas socioeducativas, as quais os adolescentes estão submetidos, realmente permitem uma ressignificação da vivência dos atos infracionais ou, ao invés disso, funcionam somente para ocupar o tempo livre dos adolescentes?

Assim, as medidas socioeducativas somente serão efetivas se possibilitarem ao adolescente a compreensão do significado de atividades ilícitas em sua história (SOUSA; COSTA, 2012).

Sobre o relacionamento dos adolescentes com a equipe e com os companheiros da instituição, assim como no abrigo, também foi observado um forte vínculo entre a equipe e os adolescentes. De acordo com os profissionais, alguns

socioeducandos ficaram tristes e já chegaram a chorar, ao receberem a notícia de que seriam desligados da medida. Em relação aos outros adolescentes internos, a equipe relata que percebem uma relação de companheirismo:

[...] ocorre também que muitas vezes, o adolescente acaba se vinculando bastante à instituição e a equipe dirigente de tal forma que alguns já chegaram a chorar ao serem desligados da medida. A equipe relatou que isso acontece porque os profissionais lidam bem com os internos, oferecendo atenção a eles [...] (DIÁRIO DE CAMPO).

No entanto, de acordo com relatos dos adolescentes, nem sempre a relação com os outros internos é permeada por companheirismo, pois muitas vezes há conflitos entre eles. Durante observação de um grupo, realizada no CAP-Si, uma adolescente, que se encontrava em cumprimento de medida socioeducativa de internação, relatou que estava triste, pois no Centro Educacional estava sendo acusada injustamente de algo que ela não havia feito, contudo não poderia simplesmente falar a verdade à equipe, pois isso implicaria acusar outra menina e, conseqüentemente, ser punida pelas outras internas por “caboetar” a companheira.

Entretanto, aprender a lidar com esses conflitos no Centro Educacional pode ser um aspecto positivo da experiência de internação, como mostra o relato de uma adolescente:

[...] falo normal assim, né, eu falo com as meninas todas, falo com as meninas tudinho, brinco, mas também tem hora assim que... aqui não é só alegria também tem dificuldade, você fica pensando na sua família lá fora (u6).

Aqui a gente aprende muita coisa, aprende a ser humilde, aprende a ser nós mesmos, a gente tem que aprender a falar, tem que ser realista tem que aprender a gostar também, aqui a gente aprende muita coisa, aprende a escutar, aprende a ouvir, aprende muita coisa, aprende a pedir desculpa, a perdoar [...] (u6).

Situações de conflito entre os adolescentes também foram observadas no abrigo. Quanto à experiência de institucionalização, observou-se que os adolescentes que estão no abrigo possuem certa liberdade, pois, diferentemente do que ocorre no Centro Educacional, os jovens residentes em abrigo podem passar o fim de semana em casa, mediante autorização judicial; podem ir à escola sem nenhum profissional para acompanhar e possuem permissão para usar suas roupas, manter alguns objetos pessoais e podem receber visitas a qualquer momento.

Quanto à rotina dessas instituições, a partir das observações em campo, foi percebido que apesar do abrigo possuir regras mais flexíveis do que o Centro Educacional,

compreende-se que os adolescentes em ambos os locais estão sujeitos a uma rígida disciplina com horários bem delimitados aos quais os sujeitos institucionalizados necessitam se adaptar:

Abrigo: cada dormitório acomoda 4 meninos que se dividem em 2 beliches. Os profissionais descrevem a rotina dos adolescentes como “liberdade com regras” desse modo os adolescentes possuem horários bem definidos para a realização de todas as atividades. Cada adolescente possui uma função relativa a limpeza do abrigo e também possuem obrigações como lavar suas próprias roupas. Alguns fazem cursos, outros vão para escola, participam de atividades lúdicas, de leitura. Há também passeios mensais e todas as tardes, os internos podem brincar numa quadra de futebol existente nas proximidades do abrigo (DIÁRIO DE CAMPO).

Centro Educacional: os adolescentes dividem a sua acomodação com outros companheiros e seguem uma rígida rotina, com horários bem delimitados para realização de suas atividades, sendo a maioria realizada de forma coletiva (DIÁRIO DE CAMPO).

Nesse sentido, abrigo e Centro Educacional assemelham-se bastante ao que Goffman (1987) denominou de instituições totais. Segundo o autor, uma instituição total acolhe indivíduos em situação semelhante e separa-os, por um período de tempo, da sociedade, impondo-lhes uma rotina limitada à instituição, sob a vigilância de uma administração rigorosa. Nesse contexto, o indivíduo, ao ingressar nessas instituições, obrigatoriamente, necessita seguir as regras impostas.

O autor também destaca que ao ser inserido na instituição, o sujeito sofre um processo de mortificação do eu, decorrente das tentativas de sistematização dos sujeitos, através de rígida disciplina imposta para todos os indivíduos, proibição do uso de objetos pessoais e limitado contato com o contexto exterior da instituição. Assim, a experiência institucional ocasiona a perda de identidade do indivíduo, pois a nova rotina do institucionalizado se difere bastante daquela que possuía antes de ser acolhido, uma vez que suas atividades diárias são impostas e devem ser realizadas juntamente com um grupo de companheiros, em horários estabelecidos pela equipe dirigente (GOFFMAN, 1987).

Quando os adolescentes violam as regras dessas instituições, sofrem as punições. As sanções abrangem a retirada de atividades de lazer e aumento de atividades laborais. No abrigo, nos casos mais graves, os jovens são levados à DCA, de onde são encaminhados para cumprir medida socioeducativa. No Centro Educacional, as violações de regras mais sérias ocasionam o aumento do período de internação.

Pode-se perceber, a partir de observações realizadas no campo, que os profissionais das instituições acreditam que

disciplinar os adolescentes acolhidos em instituições totais é fundamental para que eles possam conviver em sociedade, como mostra o registro: “Profissional do abrigo: “Eles (adolescentes) gostam daqui porque têm limites, que isso eles não têm em casa” (DIÁRIO DE CAMPO).

Nesse contexto, percebe-se que as instituições atuam no sentido de corrigir o comportamento dos adolescentes, por meio da disciplina e de punições relacionadas à violação das regras.

Sobre as formas de punir os sujeitos, Foucault (1977) discute que no passado a punição implicava ocasionar sofrimento físico ao corpo, contudo, nos dias de hoje, as punições ainda são direcionadas ao corpo, mas não objetivam mais a dor física. Nessa perspectiva, as punições são praticadas através da disciplinarização e de uma vigilância permanente, capaz de tornar tudo visível e de controlar os indivíduos para, então, corrigi-los.

O autor ressalta que a disciplina é o método que permite a dominação e a manipulação, além de servir aos interesses econômicos. Portanto, o corpo disciplinado se torna útil se, ao mesmo tempo, for produtivo e submisso. Nesse contexto, a submissão dos indivíduos não acontece apenas pela violência, mas através da imposição de ideologias, por exemplo (FOUCAULT, 1977).

Outro aspecto que pode ser identificado no relato dos entrevistados e nas observações é o que Goffman (1996) considera como sistema de privilégios, dessa forma, as regras e imposições da instituição, se bem aceitas, permitem privilégios, entretanto, se violadas, ocasionam castigo e suspensão temporária de privilégios. Percebe-se, então, que o

bom e o mau comportamento estão relacionados ao tempo de permanência na instituição.

No caso do abrigo, o bom comportamento implica a manutenção de sua estadia na instituição, visto que quando o indivíduo não se adapta à rotina, pode ser transferido para outro tipo de acolhimento institucional. Por outro lado, no Centro Educacional, a obediência está associada a uma menor permanência no local.

Em relação ao Centro Educacional, Alves de Sousa e Fortunato Costa (2012) fazem o seguinte questionamento: Será que o bom comportamento dos adolescentes como participação nas atividades propostas e cumprimento das regras, realmente, significa que ocorreu uma mudança significativa no comportamento desses adolescentes, ou apenas são meios de conseguir os prêmios do sistema de privilégios?

Do mesmo modo, pode-se realizar o mesmo questionamento, levando em consideração o contexto do abrigo: Será que a obediência dos jovens abrigados está relacionada a mudanças comportamentais e de atitudes que permanecerão após a saída dos adolescentes da instituição, ou a adaptação às regras visa apenas à obtenção de privilégios e manutenção no local?

Aparentemente, as mudanças comportamentais não se mantêm após a saída dos adolescentes das instituições, pois durante observações realizadas nos CAPS, percebeu-se que, ao saírem das instituições, os adolescentes abandonam o tratamento relacionado ao uso de drogas. Além disso, os profissionais das instituições relatam que a reincidência do adolescente em Centro Educacional e abri-

go é comum e, geralmente, eles retornam na mesma situação na qual se encontravam quando foram inseridos nesses locais pela primeira vez.

Nesse sentido, compreende-se que as instituições em estudo baseiam-se no modelo disciplinar e curativo, que objetivam a “reforma moral”. Contudo, tal abordagem não garante a proteção à vida e à saúde e, portanto, necessita ser substituída por outra que possua como ideal a transformação das condições que afetam a vida do adolescente e prime pelo investimento em suas potencialidades, trabalhando numa perspectiva de promoção de saúde (COSTA; ASSIS, 2006).

Nesse sentido, observa-se que o enfoque correccional-repressivo e assistencialista ainda se sobrepõe ao socioeducativo, apesar de existirem aspectos socioeducativos nas duas instituições. Assim, o atendimento aos adolescentes ainda está centrado na punição e no ato infracional, e almeja a “cura” dos comportamentos infracionais (COSTA; ASSIS, 2006).

Portanto, compreende-se que por mais que características da abordagem socioeducativa estejam presentes, principalmente nos abrigos, pois nesses locais observa-se uma tentativa de estreitar os laços com outros componentes da rede de apoio disponíveis na comunidade, observa-se que apenas o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, espaços de lazer e escolas não é suficiente para o cuidado integral. Ademais, a busca de recursos comunitários não assegura que tais instituições sejam, de fato, diferentes das tradicionais (OLIVEIRA; MILNITISKY-SAPIRO, 2005).

No que diz respeito ao trabalho com as famílias, observou-se que, da mesma forma que no abrigo, no Centro

Educacional não há uma abordagem direcionada aos familiares. A presença das famílias nas instituições limitou-se a atendimentos com a equipe técnica, quando necessários, e visitas aos adolescentes.

Nesse contexto, observa-se que não há uma preparação das famílias para receber esses adolescentes que passam boa parte de suas vidas em instituições. Deste modo, as estratégias de cuidado, oferecidas por essas instituições, permanecem centralizadas nos adolescentes. A família aparentemente também deposita nos profissionais responsabilidades referentes aos adolescentes, já que deixam a cargo da equipe tarefas importantes, como a retirada de documentos, inserção escolar dos adolescentes, busca de tratamento relacionado a drogas e outras.

De acordo com os profissionais dos abrigos, os adolescentes, muitas vezes, ingressam nesse tipo de acolhimento sem nenhum tipo de documento, então a equipe, orienta as famílias quanto a esse procedimento e quando os adolescentes não possuem vínculos familiares, a própria equipe facilita esse processo... Em relação a escola, os profissionais relatam que a maioria dos adolescentes ao ser inserido no abrigo são inseridos na escola e, geralmente, a equipe é quem resolve essa questão [...] (DIÁRIO DE CAMPO).

Nesse sentido, observa-se que não há uma corresponsabilização entre as instituições citadas e as famílias, que, por vezes, sentem-se aliviadas por transferir suas funções e responsabilidades perante os adolescentes para o estado.

Assim, sem suporte de instituições como Centros Educacionais e abrigos, e dos demais componentes da rede comunitária, as famílias não desenvolvem a capacidade de empoderamento e não conseguem, sozinhas, lidar com situações difíceis.

O apoio social permite que os sujeitos, grupos sociais ou organizações tenham mais autonomia e controle sobre seu destino, o que favorece a melhoria do estado de saúde das pessoas, contribuindo para o desenvolvimento do empoderamento. Dessa forma, o empoderamento pode ser visto como um processo pelo qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas, através da interação com outros indivíduos, facilitando a construção da capacidade pessoal e o desenvolvimento de um pensamento crítico sobre a realidade e transformações das relações de poder (ANDRADE; VAISTMAN, 2002).

O termo empoderamento é um processo dinâmico que envolve aspectos cognitivos, afetivos e condutas; está relacionado à participação social e política, e pode ser apresentado em três níveis: psicológico ou individual; grupal ou organizacional e estrutural ou político. Portanto, o empoderamento pessoal possibilita a emancipação dos indivíduos, através do aumento da autonomia e da liberdade. O nível grupal está relacionado ao respeito recíproco e apoio mútuo, levando ao sentimento de pertencimento. O empoderamento estrutural favorece e viabiliza o engajamento

e a participação social relacionada à cidadania (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Portanto, percebe-se que o empoderamento das famílias depende de uma rede social de suporte que seja eficiente, haja vista que as famílias, especialmente as de menor poder aquisitivo, não possuem a capacidade de cuidar sozinhas dos seus membros, necessitando de uma rede de relações sociais mobilizadoras de recursos, que vão além das circunstâncias imediatas e que servem de apoio em momentos de necessidade e crise (GUTIERREZ, MINAYO 2010).

A situação caracterizada pela falta de apoio comunitário e da ausência de preparação das famílias por parte das instituições que deveriam oferecer condições de reinserção familiar ocasiona a permanência de crianças e adolescentes em instituições durante anos, ocasionando-lhes consequências negativas, como menor desempenho escolar e uma percepção reduzida de apoio em sua rede social e afetiva (SIQUEIRA, 2012).

Para tentar explicar essa situação caracterizada pela escassez de apoio social, recorre-se à análise das relações entre família e estado. Dessa forma, Miotto (2010) discute que estas relações sempre foram permeadas por conflitos e contradições, pois a atuação do estado, no que diz respeito às políticas de proteção social, pode colocar em choque dois direitos: à privacidade e à proteção, pois à medida que as políticas de proteção social buscam garantir a proteção das famílias através de intervenções em seus cotidianos, também ocasionam a perda da privacidade e autonomia das famílias (MIOTTO, 2010).

No passado, até mais ou menos os anos 1970, o Estado era o único responsável pela proteção integral dos sujeitos, mas a forma de garantir os direitos dos cidadãos era assegurada através das intervenções que ele fazia na vida das famílias (PEREIRA-PEREIRA, 2010).

A redescoberta da família como importante agente privado de proteção integral ocorreu por volta dos anos 1970 a partir da crise econômica mundial. Nesse contexto, para minimizar os efeitos da retração na economia brasileira, foi lançada a proposta neoliberal de diminuição dos gastos no âmbito social e, em paralelo a essa estratégia, o Estado busca apoio em outras esferas como, por exemplo, no mercado e na sociedade civil. Dessa forma, há o surgimento do pluralismo do bem-estar no qual o Estado divide responsabilidades, principalmente com as famílias (PEREIRA-PEREIRA, 2010).

Assim, a família passou a desempenhar funções que anteriormente eram exercidas pelo Estado. Nesse contexto, instalou-se uma cultura assistencialista no âmbito das políticas e dos serviços destinados a dar sustentabilidade às famílias. Nessa perspectiva, somente quando a família falha no papel de proporcionar um ambiente saudável para o desenvolvimento do indivíduo é que o Estado deve intervir, porém de forma temporária (MIOTO, 2010).

Sobre a relação entre Estado e família, que ora privilegia o Estado e suas formas de intervir para assegurar os direitos sociais dos indivíduos, ora elege a família como principal recurso protetor dos indivíduos. Trad (2010) discute que à medida que se ampliam as funções das famílias em prover cuidados aos seus membros, também se corre o

risco de sobrecarregá-las. Por outro lado, pode-se correr o risco do Estado assumir uma posição paternalista, desresponsabilizando as famílias da condição de sujeito social. Nesse sentido, há duas propostas em termos de proteção social e societária, uma considerada “familista” e a outra denominada “protetiva”. A primeira vertente reforça a centralidade da família como provedora de cuidados e proteção, portanto responsável pelo bem-estar de seus membros; deste modo, as políticas públicas podem ser vistas como forma de compensação em casos de falhas da família no cumprimento do seu papel. No entanto, essa proposta ainda traz concepção de que a família ideal, capaz de prover um desenvolvimento saudável, é aquela considerada estruturada, composta por pai, mãe e filhos (MIOTO, 2010).

A tendência protetiva considera que a capacidade de proteção da família depende da proteção que deve ser garantida pelo Estado. De acordo com essa proposta, a família passa a ser vista como uma instituição que necessita de proteção do Estado. Assim, essa vertente também considera as transformações pelas quais as famílias vêm passando, bem como as vulnerabilidades às quais estão sujeitas, e reconhece que, diante dessa realidade, as famílias não conseguem, sozinhas, prover os cuidados necessários (MIOTO, 2010).

Contudo, compreende-se, a partir das observações realizadas em campo, a prevalência da proteção social considerada “familista”, pois as famílias privadas de recursos para lidar com situações diversas são as principais culpadas pelos problemas decorrentes do envolvimento dos adolescentes com drogas, como se pode perceber através de conversas informais com profissionais do CAPS AD:

Fala da um profissional do CAPS AD: [...] atribuo, sim, a essa questão (uso de *crack*), à família desestruturada e tal, muitos pais não sabem lidar com os filhos, não respeitam a individualidade dos outros, o que pode facilitar o uso de drogas (DIÁRIO DE CAMPO).

Diante do exposto, a complexa problemática que envolve o uso de drogas exige ações intersetoriais complexas, que envolvam vários setores do Estado, tais como Justiça, educação, direitos humanos, saúde e outros. Também há necessidade do auxílio de organizações não governamentais representadas pela sociedade civil organizada, pois somente através da articulação de vários setores, famílias e adolescentes poderão enfrentar situações diversas sem precisar recorrer à lógica manicomial (SILVEIRA *et al.*, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que em um contexto escasso de espaços que funcionem como redes de apoio social disponíveis na comunidade para usuários de drogas, principalmente na faixa-etária que abrange o período da adolescência, as instituições de período integral acabam funcionando como um suporte importante.

Nesse cenário, os adolescentes e familiares, normalmente desconhecem outras formas de cuidado diferentes daquelas que visam a abstinência realizadas por meio do

isolamento, assim somente quando acessam essas instituições é que conseguem informações acerca dos serviços centrados da comunidade, como os CAPS, é também nessas instituições que os adolescentes restabelecem os vínculos escolares bem como acessam outros serviços importantes para a sua cidadania bem como esportes, atividades socioeducativas e de saúde.

Também se observa o protagonismo das instituições totais no cuidado aos adolescentes usuários de drogas, por meio de terapêuticas ainda baseadas em um discurso moral, centrado apenas na censura do comportamento de uso de drogas, e na necessidade de disciplina para “corrigir” o comportamento dos adolescentes.

Por outro lado, se percebe as dificuldades da família para cuidar dos adolescentes envolvidos com drogas, pois desamparadas, com recursos sociais bastante escassos para lidarem com os problemas dos adolescentes, necessitam delegar essa difícil tarefa para as instituições.

Dessa forma, os adolescentes usuários de drogas, ao serem inseridos em uma instituição para permanecer distante do contexto de consumo, se distanciam ainda mais de sua família. Além disso, o fato de não haver preparação das famílias para o retorno do jovem, favorece as situações de acolhimento de longa permanência, ocasionando também dificuldades na convivência entre usuários e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal. Um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 408-416, dez. 2006.

ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M.A; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (org.) **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ALVES DE SOUZA, L.; FORTUNATO C. L. O significado de medidas socioeducativas para adolescentes privados de liberdade. **Act.Colom.Psicol.**, Bogotá , v. 15, n. 2, p. 87-98, dez. 2012.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ANDRADE, T. M. de. Uso de drogas entre adolescentes jovens: perspectivas de prevenção no contexto das relações familiares e da educação à luz dos princípios e práticas de redução de danos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, out. 2007.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos em análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (ORGs). **Pesquisa, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010, p. 139-159.

BALDISSERA, M. S. **Eu, a casa e a escola**: narrativas de adolescentes em conflito com a lei acerca de si, da casa abrigo e da escola. Tese (2009). Mestrado em educação da Faculdade de Educação Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CEARÁ. Centro Aldaci Barbosa Mota. **Objetivos**. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social. Disponível em: <<http://www.stds.ce.gov.br/index.php/protacao-social-especial/169-aldaci-barbosa>>. Acesso em: 30 Mar. 2016.

COSTA, C.; ASSIS, S. Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. **Psicologia & Sociedade**. Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 74-81, 2006.

COUTINHO, M.P.L.; ESTEVAM, I.D.; ARAÚJO, L.F. de; ARAÚJO, L.S. Prática de privação de liberdade em adolescentes: um enfoque psicossociológico. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 1, mar. 2011.

FREITAS, T. P. Serviço social e medidas socioeducativas: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos, **Serv. Soc. Soc.** Sao Paulo, nº 105, jan/mar, 2011. 276 p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1977. 272 p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. 320 p.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada. Tradução Márcia Bandeira de M. Leite Nunes. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun., 2010.

HORTA, N. de C.; SENA, R. R. de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, 2, p. 475-495, 2010.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, fev. 2006. Disponível em: <www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp> Acesso: em 03 mar 2016.

KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e soc.** São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, maio, 2008.

MASSA, A. A.; BACELLAR, R. P. A interface da prevenção ao uso de drogas e o poder judiciário, em uma perspectiva de sustentabilidade. 2007. Disponível em: <http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/iiseminario/pdf_praticas/praticas_02.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (org.) **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOREIRA, M. I. C.; BEDRAN, P. M.; CARELLOS, S. M. D. A família contemporânea brasileira em contexto de fragilidade social e os novos direitos das crianças: desafios éticos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 161-180, abr. 2011.

OLIVEIRA, A. P. G.; MILNITISKY-SAPIRO, C. Abrigos para adolescentes: função de lar - transitório? I Simposio Internacional do Adolescente, 2., 2005, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200060&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar 2016.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo do bem estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (org.) **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

RAUPP, L. M.; COSTA, J. M. O ECA e as práticas de atendimento à drogadição na adolescência. **Anais**. I Congresso Internacional de Pedagogia Social. São Paulo (SP), 2006. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000092006000100027&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mar. 2016.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. Cultura familiar e uso de drogas psicoativas. **Rev Enferm**, Esc Anna Nery, v. 12, n. 2, p. 353 – 357, jun. 2008.

SOUZA, L. A. de; COSTA, L. F. O significado de medidas socioeducativas para adolescentes privados de liberdade. **Act. Colomb. Psicol.** Bogotá, v.15, n.2, p. 87-98, dez. 2012.

SOUSA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e outras drogas**. v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006.

SILVEIRA, C.; DONEDA, D.; GANDOLFI, D.; HOFFMAN, M. C.; MACEDO, P.; DELGADO, P. G. Política do Ministério da Saúde para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. **J. Bras. Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 349-54, 2003.

SIQUEIRA, A. C. A garantia ao direito à convivência familiar e comunitária em foco. **Estud. psicol**, Campinas, v. 29, n. 3, set. 2012.

TRAD, L. B. Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: reflexões em torno da estratégia de saúde da família. Adoecimento mental e a família: representações e subjetividades. In: L.A.B. (org). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 335-370

CAPÍTULO 32

DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM CÂNCER: O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

Aline Mayra Lopes Silva
Ilvana Lima Verde Gomes

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que, no Brasil, ocorrerão 420.310 novos casos de câncer no ano de 2016. Levando em consideração que o percentual mediano dos tumores pediátricos é de cerca de 3%, depreende-se, portanto, que ocorrerão cerca de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos (INCA, 2015). Apesar de ser considerado raro, o câncer infantojuvenil já representa a primeira causa de mortes por doença após um ano de idade até o final da adolescência (INCA, 2014).

O diagnóstico do câncer na criança e no adolescente traz consigo mudanças importantes no modo de vida, alterações físicas e emocionais geradas, na maioria das vezes, pela dor, desconforto, desfiguração, dependência e perda da autoestima (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Além disso, é a partir do diagnóstico de câncer que se inicia a caminhada incerta do tratamento, muitas vezes, doloroso, prolongado, que modifica o corpo, fragiliza a família e os planos futuros da criança e do adolescente, além de tornar iminente a possibilidade de morte (LIMA *et al.*, 2012). Nesta perspectiva, a criança vivencia uma doença impactante e assustadora passando a conviver com serviços de saúde que lhe são desconhecidos e angustiantes (SOUSA *et al.*, 2014).

Ademais, para viabilizar o tratamento, muitas vezes, a criança e o familiar residentes em cidades do interior têm que se deslocar do seu município de origem, visto que, geralmente, o serviço de referência para este tipo de tratamento está localizado na capital do Estado.

Embora o tratamento seja custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), os gastos da família durante o período do tratamento aumentam, pois o câncer requer tratamento prolongado, diferentes tipos de exames e retornos médicos frequentes, exigindo disponibilidade de tempo e recursos, além de outras necessidades advindas da nova rotina imposta pela doença (STOLAGLI; EVANGELISTA; CAMARGO, 2008), como alimentação, transporte e hospedagem não só da criança, mas, também, do familiar acompanhante.

Esses custos indiretos, para uma família de classe baixa, podem representar uma barreira com impacto negativo tanto no tratamento quanto no prognóstico da doença, principalmente se levarmos em consideração que, em alguns casos, como os de leucemia linfóide aguda e linfoma linfoblástico, o tratamento pode chegar a ter duração de até 36 meses (BRASIL, 2011).

Consciente dessa vulnerabilidade financeira enfrentada pelas famílias envolvidas no processo de diagnóstico e tratamento de doenças como o câncer, a legislação brasileira garante alguns benefícios sociais para os trabalhadores formais, pais ou responsáveis legais de criança ou adolescente com câncer. Mas, infelizmente, esses direitos, em sua maioria, acabam não sendo aplicados, de forma efetiva, na prática, por desconhecimento dos usuários mesmo estando garantidos através de uma legislação adequada (ANDRADE *et al.*, 2011).

Diante disso e sabendo que, apesar do reconhecimento legal dos diversos fatores determinantes e condicionantes da saúde, as crianças e adolescentes com câncer ainda enfrentam entraves no momento em que precisam acessar seus direitos fundamentais, pois, em algumas situações, o Estado se omite ou impõe burocracias que dificultam o atendimento nos serviços públicos e no recebimento de benefícios sociais, temos como objetivo desta pesquisa descrever a contribuição da sociedade civil organizada na proteção e garantia dos direitos da criança e do adolescente com câncer.

METODOLOGIA

Neste estudo de natureza exploratória com abordagem qualitativa, realizado no Lar Amigos de Jesus e na Associação Peter Pan (APP), entidades sem fins lucrativos que desenvolvem projetos de apoio social às famílias e às crianças e adolescentes em tratamento de câncer, na cidade de Fortaleza-Ceará, foram entrevistados 5 membros da sociedade

civil organizada responsáveis pelas instituições acima citadas, para o que foi feito contato prévio por telefone e marcada visita e entrevista conforme disponibilidade do serviço.

A coleta das informações foi realizada no período de janeiro a março de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas na íntegra. Também, o material coletado foi transcrito na íntegra e organizado em arquivos individuais. As informações do material empírico produzidas foram analisadas com base na análise categorial temática de Bardin (2009).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin e foi aprovado sob o Parecer nº 832.720. Foram consideradas todas as exigências contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que, atualmente, regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As instituições filantrópicas, casas de apoio e, principalmente, as Organizações Não Governamentais (ONGs), surgem no intuito de fornecer apoio e suporte a populações hipossuficientes, já que as instituições públicas nem sempre conseguem suprir as necessidades multidimensionais que as famílias das crianças e adolescentes com câncer enfrentam no decorrer da doença (SOUZA; ERDMANN, 2003).

Souza (1992), em uma retrospectiva acerca do surgimento das ONGs, afirma que estas foram “as primeiras a pensar na solidariedade com os pobres do mundo”. Segundo o autor, surgiram em resposta a velhos e novos proble-

mas, tentando criar uma alternativa o que constitui uma verdadeira crítica às políticas dominantes dos governos. Reforça, ainda, que as ONGs não surgiram para substituir os partidos, sindicatos ou igrejas, mas para atuar e contribuir junto à sociedade civil.

A Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG, s.d.) as conceitua como organismos não governamentais (sem fins lucrativos) criados pela sociedade civil pela “vontade autônoma das pessoas, para auxiliar o Estado na consecução de seu objetivo mais importante: garantir o pleno exercício da cidadania e da democracia”. Essas instituições são recursos aos quais as crianças e seus familiares podem recorrer para minimizar as dificuldades impostas pelo tratamento da doença, suprimindo a carência de investimentos públicos na formação desta rede de apoio (SOUZA; ERDMANN, 2003).

As organizações voltadas ao apoio de pacientes com câncer ganharam notoriedade, no Brasil, a partir da década de 1940, através do trabalho desenvolvido pela Rede Feminina de Combate ao Câncer e, mais recentemente, por grupos de apoio liderados por pessoas que tiveram experiências familiares relacionadas à doença (INCA, 2011).

As ações empreendidas pelas instituições de apoio que atuam na causa do câncer infantojuvenil são bastante diversas, podendo passar, inclusive, pela gestão de centros de tratamento. Dentre elas, podemos citar: hospedagem nas cidades onde estão os hospitais de tratamento (casas de apoio); acolhimento ao longo do dia nas cidades onde estão os hospitais de tratamento; e suporte psicossocial aos pacientes e seus familiares em suas cidades de residência (INCA, 2011).

Em relação às organizações que prestam apoio a crianças e adolescentes com câncer e seus familiares, segundo a Confederação Nacional das Instituições de Apoio e Assistência à Criança e ao Adolescente com Câncer (CONIACC), há mais de 50 instituições distribuídas pelo país, mas, especificamente no Ceará, existe a Associação Peter Pan (APP) e, na modalidade Casa de Apoio, em Fortaleza, o Lar Amigos de Jesus, os quais serão abordados a seguir:

Lar Amigos de Jesus

O Lar Amigos de Jesus se caracteriza por ser uma instituição sem fins lucrativos, fundada, em 1987, por duas missionárias e, até hoje, desenvolve um trabalho gratuito de acolhimento, apoio e assistência a crianças e adolescentes (0 a 18 anos) com câncer vindas do interior do Ceará e de outros estados, cuja missão é:

Prestar apoio, assistência e acolhimento a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, especialmente em razão de problemas de saúde ou por dificuldade de realização de tratamento especializado a ser realizado na capital cearense. [SCO1].

A criança/adolescente e seu acompanhante que vêm do interior para tratamento na capital têm acesso à casa de apoio encaminhadas através das secretarias de saúde do município ou do próprio serviço social do hospital, que

entra em contato com o serviço social da instituição para solicitar a vaga.

O Lar Amigos de Jesus possui cerca de 84 leitos e atende 30-40 crianças por dia mais o seu acompanhante. Além da hospedagem, oferece, também:

- alimentação para a criança e seu acompanhante;
- *kit* higiene: sabonete, pasta e escova dental;
- cesta básica no retorno ao seu domicílio;
- rouparia: toalha, lençol, roupas;
- apoio sociopedagógico e sociofamiliar;
- atividades diversificadas: palestras, oficinas de terapias, atendimento odontológico, integração social, cultural e religiosa, entretenimento, acompanhamento educacional e de informática;
- eventos e outros, programados pelo corpo de voluntários;
- transporte para levar e trazer do tratamento;
- serviço social e lazer.

O Lar possui uma estrutura física muito boa com vários ambientes de convivência e de lazer para as crianças e adolescentes que ali estão hospedados, como salas com televisão, *videogame* e DVD, parquinho, sala de jogos, refeitório amplo, jardim, sala de informática e capela, onde são ministradas missas e reuniões de oração cujos acompanhantes podem participar. Segundo a responsável pelo lar, todas as atividades diversificadas são desenvolvidas por voluntários:

Nós temos que ter uma equipe base, mas são apenas 20 funcionários contratados uma assistente social, uma pedagoga, uma terapeuta ocupacional, dois motoristas, três vigias, quatro serviços gerais, duas cozinheiras, duas lavadeiras e uma costureira, e o resto são voluntários [...] 70 voluntários que mantêm 14 projetos. [SCO1].

É importante ressaltar que os funcionários contratados são pagos com as doações que o Lar recebe de associados mensais, doações de pessoas físicas e de projetos desenvolvidos para arrecadação de fundos, além de outras instituições parceiras. A instituição possui convênio com a prefeitura, que paga a água e a energia. Já em relação à alimentação, ela é mantida por doações e o que falta é comprado.

Vivemos de bazar de coisas usadas roupas, calçados, cupom fiscal, venda de material reciclado [...] pra manter isso aqui é muito gasto [...] são 20 funcionários, 4 carros rodando, a alimentação nós recebemos dos movimentos de doação, por exemplo, as escolas fazem campanhas e doam pra gente [...] o frango e a carne, que são mais difíceis, a gente compra. [SCO1].

A Casa de Apoio busca proporcionar um ambiente domiciliar e acolhedor, os quartos são todos temáticos, por exemplo, um dos quartos foi planejado com o tema “Selva”: a plaquinha na porta já indica “Suíte Soninho 02 – Selva” e, ao entrar, nos deparamos com um quarto alegre, colorido, iluminado, onde uma das paredes possui uma pintura de animais na selva; as colchas da cama, todas iguais, contribuem para a harmonia do ambiente pois também possuem estampa de animais, tudo bem alegre para que a criança se sinta em casa.

Rezende (2011) considera esse aspecto bastante significativo para a recuperação da saúde da criança e do adolescente. Além disso, fica claro a busca de sempre estar trabalhando para enfatizar fatores relevantes como o aumento da autoestima, investimento no crescimento pessoal e na vida e o respeito à individualidade, como mostra a fala a seguir:

Aqui a gente comemora tudo, faz passeio, semana passada fizemos piquenique, pescaria. Essa semana vamos pro passeio público [...] acreditamos, por experiência, que a cura não depende só do medicamento; depende da autoestima, da vontade de viver, das amizades, da família: é um conjunto [...] a injeção que nós damos aqui é vida! É esperança! É bem-estar! [SCO1].

Ou seja, a Casa de Apoio é um espaço de humanização que busca, em primeiro lugar, a melhoria da qualidade de vida da criança/adolescente e de sua família durante o tratamento, adquirindo, assim, uma importância fundamental tanto para a minimização do sofrimento quanto para o bem-estar biopsicossocial e a adesão ao tratamento, além de colaborar com o acesso e a manutenção do tratamento de pacientes com dificuldades econômicas e sociais.

Algumas falas mostram que essas instituições, além de todo o apoio e acolhimento, também buscam colocar em prática alguns direitos que são desrespeitados na prática, como é o caso da educação especial, que deveria ser algo garantido pela instituição de saúde através da classe hospitalar, mas que, na realidade, não funciona, como vemos na fala a seguir:

A pedagoga desenvolve atividades de reforço escolar com as crianças e adolescentes que estão aqui em tratamento já que eles têm que faltar à escola pra estar aqui se tratando. Temos professores voluntários, também [SCO1].

O objetivo desse projeto implementado na Casa de Apoio é que, durante o período de hospitalização e tratamento ambulatorial, as crianças e adolescentes em estadia no lar sejam acompanhadas por professores através de atividades de reforço escolar, de modo a não perder o contato com a escola de origem.

Brito (2013) afirma que as organizações não governamentais (ONGs) passaram a desempenhar uma função essencial na busca e afirmação legal de direitos, juntamente com sua concretização, exercendo, efetivamente, a advocacia.

Para Delduque e Bardal, a advocacia em saúde pode ser conceituada como:

Um processo de fortalecimento de cidadãos ou grupos de cidadãos para o exercício reivindicatório de seu direito à saúde, quando não usufruído plenamente, junto às instâncias estatais e não estatais, realizado por instrumentos de persuasão e convencimento (DELDUQUE; BARDAL, 2008, p. 70).

Podemos inferir dessa definição que a advocacia em saúde é aquela praticada pelos atores sociais em favor do direito coletivo, na busca da reivindicação dos direitos básicos em saúde não garantidos em lei ou não respeitados pelo Estado, por intermédio de estratégias com fins de influenciar a tomada de decisão das autoridades (BRITO, 2013). A fala a seguir ilustra esta ação desenvolvida pela sociedade civil organizada:

Quando depende do governo, tudo demora, medicamento, exame, aquela medicação quando tá com tumor cerebral que tem que

entrar na justiça pra conseguir [...] a gente leva o menino lá no Ministério Público com a mãe pra dar entrada na medicação [...] Num precisa de advogado não, a gente mesmo vai lá [...]. Quando chega lá pra pegar o medicamento e eles dizem que não tem a gente leva a criança lá passando mal..num instante aparece a medicação [SCO1].

Diante dessa fala, percebemos a importância das ações de defesa do direito à saúde desenvolvidas pela sociedade civil organizada para a efetivação dos direitos sociais. Talvez, se não existisse esta pessoa que teve a iniciativa de ir lá no Ministério Público lutar pelo direito desta criança de receber a medicação, a mãe tivesse se acomodado diante do “não” recebido inicialmente e esta criança não tivesse tido a oportunidade de completar seu tratamento prejudicando o seu prognóstico.

Sabe-se que, no decorrer do tratamento, a família viverá momentos difíceis, mas é importante que ela saiba que, para ajudá-la na superação dos problemas, existem redes de proteção social, tais como: as instituições de apoio à criança com câncer, além das unidades de saúde onde o paciente realiza o tratamento, a Secretaria de Saúde de seu município de origem, o CRAS mais próximo de sua residência, o Ministério Público Estadual, o Juizado da Infância e Juventude, o Conselho Tutelar além de outras instituições públicas e privadas que compõem esta rede (INCA, 2011).

Pedro, Rocha e Nascimento conceituam rede social e apoio social como:

Rede social pode ser entendida como uma 'teia de relações' que interligam os indivíduos que possuem vínculos sociais entre si, permitindo que os recursos de apoio fluam através desses vínculos, enquanto que apoio social possui a dimensão informativa ou de recursos fornecidos por membros da rede gerando efeitos físicos, emocionais e comportamentais benéficos (2008, p. 65).

A provisão do apoio social é essencial para ajudar as famílias a lidarem com o choque do diagnóstico e as demandas subsequentes do tratamento até seu término. Segundo Sanchez *et al.* (2010), a disponibilidade de certos recursos materiais, sociais e psicológicos pode ter um papel crucial na decisão da família tanto em relação à continuidade do tratamento quanto à efetividade do resultado. Assim, conhecer as formas de apoio que estão disponíveis para essa população auxilia na compreensão do tema e pode favorecer o planejamento de ações adequadas às suas necessidades.

Assim, concordamos com Brito (2013) que refere que a atuação das ONGs e as ações desenvolvidas na defesa do direito à saúde são essenciais para a afirmação da cidadania e a efetivação dos direitos sociais e o melhor exemplo disto é a própria casa de apoio, que preenche a lacuna de um

benefício que não é garantido pelo Estado, apesar de estar expresso na Portaria SAS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no SUS que, em seu artigo 4, determina:

As despesas permitidas pelo TDF são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre ou fluvial; diária para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado (BRASIL, 1999).

Fica claro, neste artigo, que os valores disponibilizados ao paciente dependem da verba dos estados e municípios as quais nem sempre estão disponíveis, além de que os valores a serem pagos pelo transporte, alimentação e hospedagem, estabelecidos em tabela anexa, são irrisórios, estando muito aquém dos praticados nos centros urbanos do país. Além de ser insuficiente para suprir as necessidades da população carente que vive distante das grandes cidades, este benefício é desconhecido até das pessoas mais esclarecidas e ainda não é garantido por lei. Existem projetos de lei neste sentido, mas que foram arquivados, tendo em vista as restrições orçamentárias (BARBOSA, 2014).

Assim, torna-se clara a importância do papel da Casa de Apoio que surge da necessidade de os pacientes e seus acompanhantes terem local para se hospedar a fim de dar continuidade ao tratamento, evitando o desgaste físico e

emocional decorrente do deslocamento diário até o domicílio, além das despesas financeiras com as quais a família, muitas vezes, não pode arcar, já que o tratamento é longo. Assim sendo, a Casa de Apoio é fator decisivo para a adesão e continuidade do tratamento daqueles pacientes residentes no interior do estado.

Associação Peter Pan (APP)

A Associação Peter Pan também é uma entidade sem fins lucrativos, fundada em 1996, com o intuito de prestar assistência a crianças e adolescentes com câncer, através do tratamento médico especializado, atendimento humanizado e do diagnóstico precoce. Teve início através de um grupo de voluntários cujo intuito era proporcionar carinho e alegria para crianças diagnosticadas com a doença em tratamento no Hospital Infantil Albert Sabin.

A associação nasceu dentro do Albert Sabin trabalhando junto; nós somos como siameses não se sabe onde começa um e termina o outro. [SCO2].

A Associação foi crescendo, com o auxílio de doações, conquista de empresas parceiras e pela força de vontade dos voluntários e, hoje, é considerada um centro de excelência e referência no tratamento do câncer, que tem como missão: “elevar o índice de cura e melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes portadores de câncer”.

Após reunir um significativo número de empresas e de voluntários, no ano 2000, foi inaugurado o Hospital-Dia Peter Pan, que foi apenas o início de um projeto maior, inaugurado em 2010, o Hospital Peter Pan – Centro Pediátrico do Câncer (HPP), um sonho que se tornou realidade graças aos patrocinadores e parceiros. A unidade funciona como anexo do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), que já realizava tratamento contra o câncer infantil desde a década de 1980. É importante ressaltar que todo o hospital possui decoração temática e os jardins e parques reforçam a filosofia de atendimento humanizado proposta pela Associação Peter Pan.

Nós contribuimos fortemente e apoiamos todo o tratamento do câncer infantojuvenil [...] construímos o hospital não para ENTREGAR para o estado, mas para INTEGRAR [...] esse hospital foi construído com dinheiro que não é do estado e muitas vezes as pessoas pensam que ele é estado, mas não é ele é, um anexo do Albert Sabin, mas não é do estado! [SCO2].

Foi iniciado, em 2015, o projeto de expansão do HPP estando sendo construídos mais 24 leitos de enfermaria, sendo dois para isolamento; seis novos consultórios; um novo leito de UTI especializada; um centro cirúrgico de grande porte; duas novas enfermarias para Cuidados Paliativos; e espaço de convivência, dentre outros. O projeto está

sendo, novamente, viabilizado por meio de parcerias com o poder público, empresas e sociedade.

Essas ações desenvolvidas pela APP em prol da construção do HPP e, agora, em busca de sua ampliação, se encaixam de forma perfeita com o conceito de advocacia em saúde expresso pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que diz que esta pode ser entendida como “um processo que visa mobilizar apoio para uma causa buscando provocar mudanças favoráveis por meio da formação de parcerias com indivíduos ou grupos que possuem objetivo em comum” (WHO, 2008). A fala a seguir complementa essa definição:

[...] isso mostra toda a diferença que uma instituição sem fins lucrativos pode fazer: chegar junto ao seu Estado e colaborar, somar e apoiar.

[...]

O Estado ele está aqui parado, mas o Peter Pan ele se expande de tal forma que ele vai buscar recursos onde ele quiser [...] o SUS questionou: mas isso não é dever do Estado? E nós dissemos: é o Estado tem feito em parceria conosco. [SCO2].

Como expresso, de forma simples e clara nessa fala, o peso das ações desenvolvidas por esse tipo de associação na sociedade é imenso, pois, sem a existência e a iniciativa da

APP em prol da criança e do adolescente com câncer no Ceará, a realidade do diagnóstico precoce e do tratamento, com certeza, seriam diferentes, pois a APP além da construção e da parceria para a manutenção do HPP, desenvolve, também, vários projetos importantes que beneficiam as crianças e adolescentes em tratamento de câncer e suas famílias, como mostra resumidamente o Quadro 8:

Quadro 8 – Projetos desenvolvidos pela Associação Peter Pan para as crianças e adolescentes em tratamento oncológico no Centro Pediátrico do Câncer.

PROJETO	DESCRIÇÃO
Visita Amiga	Projeto que proporciona a compra e doação de móveis, utensílios e eletrodomésticos que a criança/adolescente está necessitando. Para isso são feitas avaliações técnicas realizadas no domicílio do paciente, onde são analisadas as condições socioeconômicas e psicoemocionais dele e de sua família através de um relatório fotográfico e escrito das condições estruturais do imóvel e do levantamento dos equipamentos móveis relativos à acomodação, saúde e higiene da família. Esse relatório é analisado e sujeito a aprovação da diretoria da APP. Sendo aprovado iniciam-se as obras!
Trabalhando Para o Futuro	Esse projeto busca promover a inclusão social e a autoestima dos participantes através de ações socioeducativas.
Sala de Espera	A fim de minimizar a ansiedade das crianças e adolescentes que aguardam por procedimentos invasivos, na recepção, são desenvolvidas atividades lúdicas e educativas com a parceria de estudantes de psicologia e voluntários.
Realizando Sonhos	Esse projeto é voltado para as crianças/adolescentes que se encontram fora da possibilidade de cura, onde o objetivo é descobrir e realizar os anseios e desejos dos pequenos e jovens pacientes.
Espaço do Adolescente	É um espaço destinado exclusivamente para os adolescentes, onde os mesmos podem desenvolver atividades individuais e coletivas, estimulando a convivência e socialização com os outros adolescentes além de preencher o tempo livre enquanto aguardam por procedimentos.

PROJETO	DESCRIÇÃO
Ler Faz Bem	Objetivando o incentivo a cultura através da leitura e empréstimos de filmes e livros, foi instalada na recepção do CPC, uma biblioteca, que disponibiliza diversos títulos para os pacientes e suas famílias.
Raio de Sol	Os voluntários diariamente realizam visitas às enfermarias do CPC quebrando a rotina hospitalar e, em muitos casos, representando a família dos pacientes que se encontram no interior.
Cirineu	Criado para detectar pacientes em situação de risco e apoiar sua família no enfrentamento a outros graves problemas que impactam decisivamente no tratamento do câncer. A Associação Peter Pan viabiliza ações e busca estratégias que possam viabilizar recursos necessários para que se fortaleça a estrutura da família em torno do paciente.
Brinquedoteca	Espaço acompanhado por terapeutas ocupacionais e voluntários com o objetivo de trazer entretenimento para as crianças enquanto aguardam ser atendidas. A brinquedoteca é equipada com vários jogos interativos e diversos brinquedos.
Arte e Alegria	Esse projeto é conduzido por um instrutor voluntário que, semanalmente, orienta os participantes em atividades culturais como: coral, música instrumental e desenhos artísticos. É voltado para as crianças, adolescentes e seus familiares.
Apadrinhamento	Esse projeto proporciona a doação de cestas básicas distribuídas mensalmente e patrocinadas por padrinhos/voluntários da instituição. Os padrinhos recebem em suas residências um boleto bancário com o valor referente à criança apadrinhada.
Abc + Saúde	Com o intuito de incentivar as crianças e adolescentes em tratamento a não perderem o amor pelo aprendizado, são desenvolvidas atividades de Leitura, escrita, atividades lúdicas e artísticas buscando resgatar um pouco do ambiente escolar.
Teia Familiar	Destinado ao cuidador familiar, fornecemos uma bolsa-auxílio e encontros semanais em que desenvolvemos um trabalho educativo e social, que proporciona um movimento de mudança em seus padrões internos da família, facilitando o convívio familiar e potencializando a autoestima do cuidador.

Fonte: Elaboração própria.

Além desses projetos, a APP garante, ainda: vale-transporte para a criança/ adolescente e seu acompanhante para retorno para as consultas, visando evitar absenteísmo; transporte para levar e trazer para o tratamento de radioterapia, já que este é feito em outro hospital que também leva as crianças e adolescentes que moram em Fortaleza para casa, ao final das consultas e da quimioterapia; doação de fraldas descartáveis, suplemento nutricional, produtos de higiene, lenços e perucas, para os pacientes que necessitam; auxílio para medicamentos, passagens, cadeiras de rodas, muletas; além de ajuda financeira para despesas de óbito.

Cada projeto descrito acima preenche uma lacuna existente no dia a dia dessas famílias que enfrentam a dura caminhada em busca da cura do câncer. Corroborando com isso, Melo e Sampaio (2013) afirmam que podemos perceber a grande importância da atuação da sociedade civil organizada quando entendemos que esta, através de seus projetos, complementa o trabalho do centro de referência, facilitando o acesso e a adesão ao tratamento.

É nas organizações não governamentais (ONGs) que o real papel de advocacia em saúde pode ser observado, já que estas nascem não só quando algum direito é transgredido, mas, também, para firmar um novo direito, tendo um papel fundamental na reivindicação coletiva (DALLARI *et al.*, 1996).

Diante do exposto, temos o exemplo claro de que, muitas vezes, a sociedade civil passa a substituir o Estado em atribuições que deveriam ser de sua responsabilidade (MELO; SAMPAIO, 2013). Esta afirmação se confirmou durante as entrevistas, quando lançamos a seguinte pergun-

ta para a diretoria da associação: o Estado ajuda a Associação Peter Pan? A resposta veio rápida e clara como mostra a fala a seguir:

O estado ajuda o PETER PAN?
Posso lhe responder a verdade?
O Peter Pan ajuda o Estado. Na verdade foi o Peter Pan que fez a diferença no Estado [...]. Ele ajuda, mas no custeio do HPP que é muito grande, então, nesse ponto, nós nos ajudamos. [SCO2].

Esse fato se confirma nas falas dos familiares entrevistados, pois, quando indagados sobre os benefícios adquiridos pela criança/adolescente durante o tratamento, em vários discursos, os familiares citaram algum benefício garantido pela Associação Peter Pan:

[...] a cesta básica que eu recebo do Peter Pan. [F8].

Eu recebo a cesta básica do Peter Pan também e o vale transporte pra quando a gente está aqui em Fortaleza, elas dão o vale pra gente ir de ônibus [...] basta dar o nome da criança e o papel do retorno. [F9]

O reconhecimento, ao citar os benefícios adquiridos através da APP, mostra a importância que esta tem na vida dessas famílias por sempre estar pronta para ajudar em suas

dificuldades minimizando a carga associada à doença e ao seu tratamento.

Assim, concluímos que o suporte socioassistencial garantido pela APP às crianças e aos adolescentes que estão em tratamento de câncer e suas famílias é de fundamental importância, visto que suas ações minimizam o abismo deixado nas leis e políticas públicas existentes para essa população específica, deixando, assim, o longo caminho do tratamento menos difícil para a família e menos doloroso para o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suporte social fornecido pela sociedade civil organizada à criança/adolescente e sua família durante o tratamento do câncer é de fundamental importância, pois, através de parcerias intersetoriais com a consequente construção de iniciativas para a solução de problemas públicos, consegue minimizar a omissão do Estado e garantir benefícios que deveriam ser oferecidos a essa população específica.

As casas de apoio são aparelhos fundamentais para viabilizar o tratamento fora do domicílio, no caso dos pacientes que não residem na capital onde está localizado o centro de referência para o tratamento, visto que garante a estadia, alimentação e transporte para levar e trazer do tratamento durante todo o período em que a criança necessita, sem nenhum ônus financeiro para a família.

A Associação Peter Pan através de seus vários projetos socioassistenciais consegue preencher grande parte das lacunas deixadas pelas leis e políticas públicas voltadas para

a população em estudo, sendo um exemplo claro da prática da advocacia em saúde em prol de grupos vulneráveis, como é o caso da criança e do adolescente com câncer, mostrando a força e o impacto positivo que a sociedade civil organizada pode causar, ao lutar por uma causa específica através de ações coordenadas visando influir sobre as autoridades estatais e sobre a sociedade em geral para a garantia dos direitos à saúde desrespeitados pelo Estado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D. *et al.* Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 4, p 738-744, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS - ABONG. **Institucional**. São Paulo: ABONG, s/d. [online] Disponível em: http://www.abong.org.br/final/faq_pag.php?faq=12189. Acesso em: 10 set. 2015.

BARBOSA, A. **Câncer direito e cidadania**: como a lei pode beneficiar pacientes e familiares. 15. ed. Cidade: Atlas, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70; LDA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual de bases técnicas da oncologia**. Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS, 2011.

BRASIL. **Portaria SAS nº 055**, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. DOU, n. 38, 26 fev. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012b.

BRITO, Clênio M. Advocacia em saúde e as organizações não governamentais do Distrito Federal. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. Brasília*, v. 2, n. 1, jan.jul. 2013 22 ISSN 2317-8396

DALLARI, S. G. *et al.* Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996.

DELDUQUE, Maria Célia; BARDAL, Priscila Ariede Petinuci. Advocacia em saúde; prática cidadã para a garantia do direito à saúde: o caso do projeto de Lei Complementar nº 01/2003 **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 107-122, mar./jun. 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Inca, Instituto Ronald McDonald, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2015**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

LIMA, L. M. *et al.* Adoecer de câncer: o agir e o sentir do grupo familiar. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 11, n. 1, p. 106-112, jan./mar. 2012.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 600-607, jul./set. 2012.

MELO, R. G. C.; SAMPAIO, M. P. Casas de apoio: inserção e contribuições do assistente social no terceiro setor. **Revista Científica da Faminas**, v. 9, n. 2, maio/ago. 2013.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar revendo conceitos. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 16, n. 2, p. 324-327, 2008.

REZENDE, A. M. Compreendendo o adolescente com câncer: vivências da doença. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2011.

SANCHEZ, K. O. L. *et al.* Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções identificando caminhos e direções. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 290-299, mar./abr. 2010.

SOUSA, M. L. X. S. *et al.* Adentrando em um novo mundo: significado do adoecer para a criança com câncer. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, abr./jun. 2014.

SOUZA, H. O papel das ONGs e da sociedade civil em relação ao meio ambiente. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, p. 39-56, jun. 1992.

SOUZA, A. I. J.; ERDMANN, A. L. A criança com diagnóstico de câncer: revisitando o caminho das políticas de atendimento. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 23-33, abr. 2003.

STOLAGLI, V. P.; EVANGELISTA, M. R. B.; CAMARGO, O. P. Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. **Acta Ortop Bras.**, v. 16, n. 4, p. 242-246, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **World Report on child injury Prevention**. 2008.

ORGANIZADORES

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; Pós-Doutora em Saúde Coletiva/ UNICAMP; Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Coordenadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE e do Doutorado em Saúde Coletiva Associação ampla-UECE-UFC-UNIFOR; Pesquisadora 1B- CNPq.

Jamine Borges de Moraes

Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE; Bolsista CAPES.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Enfermeira; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Servidora Pública da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Antonia Alizandra Gomes dos Santos

Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Ilse Maria Tigre Arruda Leitão

Enfermeira; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/ UFC/ UNIFOR; Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE e do Mestrado Profissional Gestão em Saúde – UECE.

AUTORES/ COLABORADORES

Andrea Caprara

Médico; Doutor em Antropologia pela Universidade de Montreal, Canadá; Professor adjunto, Departamento de Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ana Carina Stelko Pereira

Psicóloga; Doutora em Psicologia; Mestra em Educação Especial; Especialista em Terapia Analítico-Funcional; Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará.

Aline Mayra Lopes Silva

Enfermeira; Especialista em oncologia; Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará.

Aline Veras Moraes Brilhante

Médica; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação ampla UECE/UFC/UNIFOR; Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Preceptora da residência médica do Hospital Geral de Fortaleza (HGF); Docente do curso de Medicina da UNIFOR.

Ana Maria Fontenelle Catrib

Pedagoga; Pós-doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Fisioterapia e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e do Doutorado em Saúde Coletiva da Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR; Pesquisadora CNPq.

Antonio Augusto Carioca

- Doutorando em Mestrado em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Brasil(2014)

Braulio Nogueira de Oliveira

Professor de Educação Física; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente do curso de Educação Física da UECE e membro do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social – LASSOS/UECE.

Bruno Souza Benevides

Médico; Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente do curso de graduação em Medicina da Unichristus; Gestor da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza.

Christiane Pineda Zanella

Nutricionista; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR; Docente do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Estácio FIC.

Christina Cesar Praça Brasil

Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR; Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Daianne Cristina Rocha

Nutricionista; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

Danielly Maia de Queiroz

Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Geógrafo e Bacharel em Direito; Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Supervisor de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; Docente do Curso de Direito da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará.

Fabício da Silva Costa

Médico. Pós-Doutor em Medicina Materno-Fetal no The Royal Womens Hospital, University of Melbourne, Melbourne-Australia. Atualmente, Clinical Associate Professor, department of Obstetrics and Gynaecology, University of Melbourne-Australia.

Francisco José Maia Pinto

Estatístico; Pós-Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP); Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); Docente

do Curso de Graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Nutricionista; Doutora em Farmacologia; Docente do curso de Doutorado em Saúde Coletiva pela Ampla Associação UECE/UFC/UNIFOR; Pesquisadora CNPq.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Enfermeira; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/ UFC/ UNIFOR; Mestra em Saúde Pública pela UECE; Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE e do Mestrado Profissional Gestão em Saúde (UECE).

Ilvana Lima Verde Gomes

Enfermeira; Doutora em Saúde Coletiva. Docente da UECE no Curso de enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e Adolescente; Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza-HGF.

Jamine Borges de Moraes

Enfermeira; Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

Joana Mary Barreira Soares

Fisioterapeuta; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

José Ueleres Braga

Médico; Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Docente do Curso de Graduação em Medicina da UERJ e Médico da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Pesquisador do CNPq.

José Jackson Coelho Sampaio

Médico psiquiatra; Doutor em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto (USP); Professor Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

José Wellington Lima de Oliveira

Médico Sanitarista; Doutor em Doctor of Science Tropical Public Health (HARVARD UNIVERSITY, USA); Professor Adjunto de Epidemiologia da Universidade Estadual do Ceará; Docente do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

Júlio Augusto Gurgel Alves

Médico; Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Preceptor em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Karla Julianne Negreiros de Matos

Psicóloga; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Especialista em Psicologia Clínica; Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

Kilma Wanderley Lopes Gomes

Médica; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR.

Lais Marinho Aguiar

Graduada em Nutrição pela UECE (2016). Mestranda em Alimentos e Nutrição (Conceito CAPES 5). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

Lídia Andrade Lourinho

Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR; Mestre em Educação em Saúde. Professora titular da Ratio Faculdade. Membro efetiva do grupo de pesquisa do CNPq Saúde nos Espaços Educacionais.

Lyvia Patrícia Soares Mesquita

Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Servidora Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Lucia Conde de Oliveira

Assistente Social; Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA); Docente do Curso de Graduação em Ser-

viço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Mestre em Enfermagem pela UFC. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA); Pesquisadora CNPq.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Médico; Pós-Doutor em Economia da Saúde. Doutor em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE e do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva Associação Ampla das IES-UECE/UFC/UNIFOR.

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; Pós-doutora em Saúde Coletiva/ UNICAMP; Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Coordenadora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE, e do Doutorado em Saúde Coletiva Associação ampla das IES-UECE/UFC/UNIFOR; Pesquisadora 1B- CNPq.

Milena Lima de Paula

Psicóloga; Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente do Curso de Graduação em Psicologia da UECE; Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla das IES-UECE/UFC/UNIFOR.

Nara de Andrade Parente

Nutricionista; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Docente do Curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

Patrícia Moreira Costa Collares

Fisioterapeuta; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla das IES-UECE/UFC/UNIFOR; Docente da Universidade Federal do Ceará.

Paulo César Praciano de Sousa

Médico; Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Ultrassonografista do Setor de Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetícia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

Raimunda Magalhães da Silva

Enfermeira; Pós-Doutora em Saúde Coletiva; Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR); Pesquisadora CNPq.

Renata Cavalcante Barbosa Haguette

Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla das IES-UECE/UFC/UNIFOR; Especialista em linguagem pelo CFFga; Coordenadora do Centro de Estudos e Atenção à Linguagem Infantil.

Ricardo José Soares Pontes

Médico Sanitarista; Pós-Doutor pelo Department of Tropical Medicine pela Harvard School of Public Health; Docente do Curso de Graduação em Medicina, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará (UFC); Pesquisador do CNPq e FUNCAP.

Samira Valentim Gama Lira

Enfermeira; Mestra em Saúde Coletiva; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla das IES-UECE/UFC/UNIFOR; Pós-Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA); Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Sammya Bezerra Maia e Holanda Moura

Médica; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla das IES-UECE/UFC/UNIFOR; Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Sônia Samara Fonseca de Moraes

Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC/UECE.

Taís Bleicher

Psicóloga; Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla das IES-UECE/UFC/UNIFOR. Doutorado Sanduíche em Psicologia Social na Universidad Complutense de Madrid - UCM, Espanha; Psicóloga clínica na Universidade Federal do Ceará (UFC); Docente na Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS) e professora visitante da Escola de Saúde Pública do estado do Ceará (ESP-CE).

POSFÁCIO

POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E FORMAÇÃO COMO FERRAMENTAS NA CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA

Esta obra irá proporcionar um conhecimento em matéria de políticas, estratégias e formação das áreas de Saúde Pública/Saúde Coletiva sendo resultado de um esforço cearense na produção do conhecimento. O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPSAC da Universidade Estadual do Ceará – UECE constitui fomento de seara neste panorama. A coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Fundação de Amparo à Pesquisa (FUNCAP) e a Editora da Universidade Estado do Ceará (EdUECE) são colaboradores na produção desta competência. Nos seus múltiplos capítulos, o livro percorre a história do controle social, políticas públicas de saúde, alimentação, doenças infecto contagiosas e *bullying*. Em seus capítulos, o livro reúne conteúdo de alunos egressos e professores do programa. Esta construção foi elaborada para contribuir com a formação de profissionais de saúde, gestores, epidemiológicos, professores, pesquisadores, políticos, estudantes. Desfrutem.

Cybele Façanha Barreto Medeiros Linard