

Carlos Garcia Filho
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard
Thereza Maria Magalhães Moreira
(Org.)

**SAÚDE COLETIVA E SUAS
INTERFACES NO CONTEXTO DA
PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO:
OLHARES TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DOS DOUTORANDOS**



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 Fragozo	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
Liduína 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

Carlos Garcia Filho
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard
Thereza Maria Magalhães Moreira
(Org.)

**SAÚDE COLETIVA E SUAS
INTERFACES NO CONTEXTO DA
PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO:
OLHARES TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DOS DOUTORANDOS**

1ª Edição
Fortaleza - CE
2015



**SAÚDE COLETIVA E SUAS INTERFACES NO CONTEXTO DA PRODUÇÃO DO
CONHECIMENTO: OLHARES TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DOS DOUTORANDOS**

© 2015 *Copyright by* Carlos Garcia Filho, Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard
e Thereza Maria Magalhães Moreira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado 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

Erasmus Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Victor Marques

Revisão de Texto

Vanda de Magalhães Bastos

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

S 255 Saúde coletiva e suas interfaces no contexto da produção do conhecimento:
olhares teóricos e metodológicos dos doutorandos / Carlos Garcia Filho,
Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard, Thereza Maria Magalhães Mo-
reira (orgs). – Fortaleza: EdUECE, 2016.

557 p.

ISBN: 978-85-7826-313-3

1. Atenção em saúde. 2. Alimentação. 3. Pesquisa em saúde. 4. Epidemiologia. I. Título.

CDD: 610

SUMÁRIO

PREFÁCIO	10	
<i>Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio</i>		
INTRODUÇÃO	16	
<i>Carlos Garcia Filho; Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard; Thereza Maria Magalhães Moreira</i>		
PARTE 1	19	
POLÍTICA E REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO		
CAPÍTULO 1	ARTICULAÇÕES DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL ESTADUAL PARA DOENÇA FALCIFORME: DESAFIOS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	20
<i>Ilvana Lima Verde Gomes; Clarice dos Santos Mota; Leny Alves Bomfim Trad; Sarah Vieira Figueiredo; Lívia Lopes Custódio</i>		
CAPÍTULO 2	A FORMAÇÃO DE DOCENTES E DISCENTES PARA O SUS: ORIGEM, CONCEPÇÕES E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE	44
<i>Maria Salete Bessa Jorge; Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão; Indara Cavalcante Bezerra; Fernando Sergio Pereira de Souza</i>		
CAPÍTULO 3	CONHECIMENTOS ATUAIS SOBRE AS TOMADAS DE DECISÃO A RESPEITO DA INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE	75
<i>Fernando dos Santos Rocha Filho; Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>		

CAPÍTULO 4	MOBILIZAÇÃO SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DE REDES PARA O CONTROLE DA DENGUE: ABORDAGEM ECOBIOSSOCIAL NO CEARÁ, BRASIL	93
	<i>Joana Mary Soares Nobre; Ana Carolina Rocha Peixoto; Andrea Caprara</i>	
CAPÍTULO 5	SIGNIFICADOS DO CONTROLE DA DENGUE: O DESPERTAR PARA A ABORDAGEM ECOBIOSSOCIAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO	113
	<i>Cyntia Monteiro Vasconcelos; Krysne Kelly de França Oliveira; Andrea Caprara</i>	
CAPÍTULO 6	PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: AVANÇOS E LIMITES	132
	<i>Márcia Andréia Barros Moura Fé; Lucia Conde de Oliveira</i>	
CAPÍTULO 7	REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA	154
	<i>Maria Sônia Lima Nogueira; Lúcia Conde de Oliveira; Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia</i>	
CAPÍTULO 8	FINANCIAMENTO DO CUSTEIO DE HOSPITAIS PÚBLICOS TERCIÁRIOS: DESAFIOS À GESTÃO ESTADUAL (2001-2010)	179
	<i>Maria Helena Lima Sousa; Marcelo Gurgel Carlos da Silva</i>	
CAPÍTULO 9	FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS: O CONTEXTO DOS AGRAVOS E SUA ARTICULAÇÃO COM OS DADOS EMPÍRICOS DO PRÉ-TESTE EM FORTALEZA	209
	<i>Maria Salete Bessa Jorge; Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão; Raquel Sampaio Florêncio; Fernando Sergio Pereira de Souza; Raimunda Magalhães da Silva</i>	

ALIMENTAÇÃO E SUAS DIVERSIDADES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

- CAPÍTULO 10** ÍNDICE INFLAMATÓRIO DIETÉTICO: SUBSÍDIOS PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA 236

Daianne Cristina Rocha; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Ayana Florencio de Menezes; Ana Luiza de Rezende Ferreira Mendes; Luiz Gonzaga Porto Pinheiro

- CAPÍTULO 11** ALIMENTAÇÃO DURANTE FESTIVIDADES NATALINAS NO NORDESTE BRASILEIRO: SUBSÍDIOS PARA ESTUDOS SOBRE CULTURA ALIMENTAR 252

Maria Olganê Dantas Sabry; Antônio Augusto Ferreira Carioca; Daianne Cristina Rocha; José Wellington de Oliveira Lima; Helena Alves de Carvalho Sampaio

- CAPÍTULO 12** INTERFACE ENTRE CÁLCIO DIETÉTICO E DESENCADEAMENTO DE PRÉ-ECLÂMPSIA: HÁ UM IMPACTO POTENCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA? 277

Bruna Yhang da Costa Silva; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Júlio Augusto Gurgel Alves; Fabrício Silva Costa; Ana Luiza de Rezende Ferreira Mendes

EPIDEMIOLOGIA E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

- CAPÍTULO 13** ADULTOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS: EPIDEMIOLOGIA E ADESÃO AO TRATAMENTO 301

Raquel Sampaio Florêncio; Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago; Dafne Lopes Salles; Thereza Maria Magalhães Moreira; Daniele Braz da Silva Lima; Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

CAPÍTULO 14	PLANEJAMENTO EM SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE	319
--------------------	---	-----

Carlos Garcia Filho; José Jackson Coelho Sampaio

CAPÍTULO 15	INSTRUMENTOS E CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE FRAGILIDADE EM IDOSOS NO ÂMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL	335
--------------------	--	-----

Cíntia Lira Borges; José Wellington de Oliveira Lima; Rafaela Pessoa Santana

PARTE 4	377
----------------	-----

EXPERIÊNCIAS, ACESSO E USO DE MÉTODO QUALITATIVO NAS PESQUISAS EM SAÚDE

CAPÍTULO 16	COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E PERCEPÇÃO DO AMBIENTE PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES	378
--------------------	--	-----

Camila Brasileiro de Araújo Silva; Leandro Araújo Carvalho; Thereza Maria Magalhães Moreira; Luilma Albuquerque Gurgel; Samuel Miranda Mattos; Jair Gomes Linard

CAPÍTULO 17	EXPERIÊNCIAS DE ADOLESCENTES COM USO DE CRACK E ATOS INFRACIONAIS: BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE	397
--------------------	---	-----

Milena Lima de Paula; Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 18	ANÁLISE DE CONTEÚDO DE BARDIN: DAS DIMENSÕES METODOLÓGICAS À UTILIZAÇÃO NAS PESQUISAS DA ÁREA DA SAÚDE	423
--------------------	---	-----

Maria Salete Bessa Jorge; Luilma Albuquerque Gurgel; Fernando Sérgio de Souza; Ana Paula Cavalcante Brilhante; Consuelo Helena Aires de Freitas

CAPÍTULO 19	MÉTODO KODOMÔ: UMA NOVA ABORDAGEM PARA O DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE CRIANÇAS DE TRÊS A CINCO ANOS	441
--------------------	---	-----

Francisco Trindade Silva; Ilvana Lima Verde Gomes

CAPÍTULO 20	SAÚDE INDÍGENA: UMA TRAVESSIA ENTRE TERRAS E TERRITÓRIOS	466
	<i>Maria Lidiany Tributino de Sousa; Maria do Socorro Litaiff Rodrigues Dantas; Andrea Caprara</i>	
CAPÍTULO 21	A ARTE DA DIFERENÇA: POR UMA ÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE ATRAVÉS DE COMPOSIÇÕES NARRATIVAS E EXPERIMENTAÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE MENTAL	491
	<i>Alexandre Semeraro de Alcântara Nogueira; José Jackson Coelho Sampaio</i>	
CAPÍTULO 22	A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: DESAFIOS DA NOTIFICAÇÃO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	514
	<i>Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante; Geisy Lanne Muniz Luna; Ana Carina Stelko</i>	
AUTORES		537

PREFÁCIO

O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) tem uma história significativa e algumas grandes tradições. Criado em novembro de 1993, teve a primeira turma do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública iniciada em fevereiro de 1994. Em 2007, lidera a formação do Doutorado em Saúde Coletiva por associação ampla com a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), experiência que incuba seu próprio Doutorado em Saúde Coletiva, criado em 2013, ocasião em que reconfigura seu Regimento, muda o nome do Mestrado e se integra no atual PPSAC. São 21 anos de ensino, pesquisa, extensão social, inovação tecnológica e publicação.

Quanto às tradições, impõe-se destacar a formação de 278 mestres e de 37 doutores, com seus 10 primeiros anos destinando, explicitamente, cotas para formar professores da UECE e cotas para formar trabalhadores do SUS; induziu saídas para doutoramento e captou Doutorados Interinstitucionais. Deste modo, tornou relevante a área de Saúde Pública/Coletiva na UECE onde, hoje, além de sua própria história, apoiou o surgimento dos Mestrados Profissionais em Saúde da Criança e do Adolescente, em Saúde da Família e em Ensino na Saúde. Na área básica, fora da UECE, foi possível apoiar a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP/Ce) e a Escola Municipal de Saúde Pública de Iguatu (ESPI). Nas fronteiras da área básica, dentro da UECE, foi possível apoiar a formação do Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem.

Outra tradição é a da publicação de antologias de recortes das produções de pesquisa realizadas para amparar dissertações e teses. Desde o início, em 1994, por meio de parceria com o Instituto de Estudos e Pesquisas sobre o Desenvolvimento do Estado do Ceará (INESP), vinculado à Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, que resultou na criação da Coleção Saúde, a área de Saúde Pública/Coletiva da UECE, cuja maior representação é o PPSAC, o percurso da publicação destas antologias cresceu em quantidade e em qualidade.

Este livro, que leva o nome de **Saúde Coletiva e suas Interfaces no Contexto da Produção de Conhecimento: olhares teóricos e metodológicos dos doutorandos**, enobrece essa história de publicações, reúne 52 pesquisadores (três autores organizadores e 49 autores colaboradores) em 22 capítulos, distribuídos em quatro partes, *grosso modo* articuladas com as grandes linhas de pesquisa do PPSAC: Política de Saúde e Redes, Alimentação e Saúde, Epidemiologia.

As políticas públicas de saúde, desde a construção dos princípios e das prioridades, até a arquitetura de sistemas, programas, serviços, processos de atenção e de financiamento, avaliação e parâmetros/indicadores de avaliação, articulação entre Planejamento e Epidemiologia, respondem a, pelo menos, cinco grandes variáveis:

Perfil demográfico e sócio-sanitário do território. A idade média e a esperança de vida da população, a ocorrência urbano/rural, a proporção masculino/feminino, as formas de produzir

condições de existência e riqueza, a qualidade da distribuição da riqueza produzida, a proporção de pobres, desempregados e analfabetos e a proporção dos padrões de adoecimento, se evitáveis ou não, agudos ou crônicos, infecto-contagiosos ou degenerativos, por exemplo, resulta em cenários demográficos e sócio-sanitários distintos que pressionam por práticas distintas de cuidados, individuais ou coletivos, nas dinâmicas dos territórios de existência concreta.

Capacidade de articulação política da sociedade civil e poder contratual da população. Se indivíduos e grupos praticam uma cultura da solidariedade ou da competição, com maior ou menor capacidade de ação sobre a sociedade política, comportando-se de modo mais ou menos espontaneista (*laissez faire*), mais ou menos consciente dos próprios direitos e deveres, seja individual seja coletivamente, por exemplo, isto resulta em cenários políticos e jurídico-legais distintos, que possibilitam estabelecer prioridades, modelos, planos, sistemas e serviços de saúde distintos.

Características da sociedade política. Ressaltando-se a natureza autoritária ou democrática do Estado, sua capacidade de representar e liderar a sociedade civil, a maior ou menor homogeneidade do bloco dirigente, a maior ou menor introjeção das lógicas de planejamento e da receptividade ao controle pela sociedade civil, o Estado assume ser sujeito do planejamento, conceber e praticar políticas sociais, articular as políticas sociais ou isolá-las, simultânea ou sucessivamente, utilizá-las como compensatórias ou não das políticas econômicas e traduzir tudo isto na alocação concreta de recursos financeiros, pois, para onde vai o dinheiro vai a prioridade real de quem controla o poder político.

Paradigma da compreensão sobre a relação saúde/doença. A compreensão da relação saúde/doença como elementos que representam categorias mais ou menos excludentes, morais ou naturais ou categorias relativas, dinâmicas, interdependentes, por exemplo, resulta em ideologias de intervenção que privilegiam aspectos disciplinares, assistencial-filantrópicos, preventivo-reabilitadores ou terapêuticos, pode fundamentar, explicar e justificar lógicas de intervenção baseadas na doação caritativa (saúde como prêmio no plano moral ou filantrópico), na venda de mercadoria a quem possa comprar (saúde como valor de troca e capacidade reprodutiva no mercado) ou no contrato social crítico (saúde como direito).

Disponibilidade de competência técnica para reduzir, controlar ou resolver as demandas sanitárias. Se dominamos ou não as técnicas de diagnóstico, sejam clínicas, laboratoriais ou epidemiológicas, e as técnicas de prevenção de transtornos sanitários, de tratamento e de reabilitação, sobretudo se incorporamos ou não o fazer, o saber e o saber fazer, sem aplicação mecânica de tecnologias importadas, as políticas, sistemas e serviços serão distintos, em que serão mais efetivos, eficientes e eficazes, integrais e acessíveis, equânimes e solidários, justos e sensíveis, aceitos pela população como coisa boa e coisa sua a ser defendida

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é muito novo, tem apenas 23 anos de experiência prática e vem se desenvolvendo no “olho do vendaval” de grave crise econômica internacional, de grave crise fiscal do Estado brasileiro e de aguda disputa ideológica pela hegemonia das lógicas de organização do Estado, sejam capitalista-liberais, social-democratas ou so-

cialistas. Seus princípios e sua arquitetura, porém, são muito bons, devendo ser defendidos e é preciso compreender que o SUS não se resume a uma política setorial ou a uma questão técnica, pois atenção primária, saneamento básico, promoção de saúde, prevenção de doenças/acidentes/agrivos, controle de vetores biológicos, desafio da dependência química, educação em saúde, ação sobre desnutrição e obesidade, faces de uma só moeda e aparentes pontos polares, carecem de incentivo, de aprimoramento e de encarnação numa política econômica socialmente consequente e num Estado republicano e democrático.

O livro que os leitores têm na mão enfrenta as dimensões representadas por estas variáveis, pois tematiza os modos de funcionamento da Atenção Básica, a regionalização da assistência, o modelo de atuação e mobilização social para controlar a epidemia de dengue, a participação social para o acompanhamento das decisões públicas, a decisão sobre o uso de tecnologias, a triagem neonatal, o financiamento de hospitais terciários, a formação interdisciplinar, a prevenção do câncer de mama e da eclampsia, a cultura alimentar nordestina, a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, a saúde indígena e o perfil do uso de *crack*. Mais ainda, com muita consistência, o livro enfrenta delicadas questões epistemológicas, metodológicas e técnicas, como a pesquisa quantitativa em saúde, a pesquisa qualitativa em saúde, a superação desta díade pela triangulação metodológica na pesquisa em saúde, a consolidação de uma Epidemiologia Social que possa ser articulada a um Planejamento Estratégico, contextualizador, problematizador orientado pela perspectiva crítica da complexidade.

Sigamos produzindo, para operarmos políticas e cuidados nos quais aqueles que atendem e aqueles que são atendidos são cidadãos sensíveis à diversidade e respeitosos da negociação entre detentores de direitos. Isto, na sociedade brasileira atual, herdeira de profundas iniquidades e resistentes preconceitos, com acesso a condições de vida que vão das formas características do século XVIII mercantil-colonial ao século XXI financeiro-globalizado, exige um tremendo esforço de superação técnica, metodológica, teórica e política.

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Professor Titular em Saúde Pública

Membro do corpo docente do Curso de Medicina

e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPSAC

Reitor da Universidade Estadual do Ceará – UECE

INTRODUÇÃO

Carlos Garcia Filho

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

Thereza Maria Magalhães Moreira

O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta grandes, e novos, desafios. Esta é uma política pública de sucesso, reconhecida socialmente como tal e representa um avanço no esforço civilizatório de efetivação da saúde como direito universal. Respostas parciais para as dificuldades de acesso, descentralização, hierarquização, controle social e financiamento foram encontradas e aplicadas. Constatase que suas fases de implantação e consolidação foram superadas. Contudo, é evidente a necessidade de aperfeiçoamento.

A universalização do acesso aos serviços de saúde não foi acompanhada pela universalização de um padrão de qualidade homogêneo. As desigualdades são evidentes sob a perspectiva regional (interior x capital), local (zona urbana x zona rural e centro x periferia), organizacional (atenção básica x atenção hospitalar) e institucional (serviços vitrine x serviços massificados). Essas desigualdades não são inerentes ao sistema de saúde, de fato, são resultado do desenvolvimento de um modelo de produção e distribuição da riqueza alimentado pela produção de desigualdade. O SUS assume uma função emancipatória e solidária ao ser direcionado para mitigar essas desigualdades.

O SUS, no Ceará, se desenvolve em um contexto caracterizado por grandes dificuldades econômicas, crescimento lento, porém, cumulativo, da consciência sanitária dos cidadãos e da capacidade de inovação nos processos de gestão e planejamento em saúde. O Estado pioneiro na implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF), da Programação Pactuada Integrada (PPI), do planejamento descentralizado macro e microrregional e do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) enfrenta as limitações socioeconômicas e os estigmas de lugar das secas, de altos índices de analfabetismo e pobreza. A coexistência dessas características parece paradoxal.

A capacidade de planejamento e gestão em saúde, associada ao fortalecimento consistente do controle social, cristalizou-se em políticas públicas de saúde qualificadas e compensatórias das políticas econômicas praticadas. A explicação do paradoxo cearense é atravessada pelo investimento público em formação de profissionais e em produção do conhecimento sobre a realidade socio sanitária local e regional. Na década de 1990, registraram-se as criações dos cursos de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE), em 1993, e da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 1994, e da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, também em 1994. A criação destes programas públicos de pós-graduação e da Escola de Saúde Pública propiciou um ambiente de reflexão crítica e o aprofundamento do conhecimento profissional e acadêmico bem como o desenvolvimento da habilidade para realizar pesquisas, o que vem garantindo ganhos substanciais para a prestação de serviços de saúde à sociedade.

O Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (CMASP)/UECE foi aprovado, internamente, no segundo semestre de 1993 e iniciou sua primeira turma em março de 1994. Por mais de duas décadas, a UECE colabora com a formação de mestres e doutores no campo da Saúde Coletiva, desenvolve projetos de pesquisa pautados pelas necessidades de saúde da população brasileira e compartilha conhecimento científico original por meio de publicações especializadas.

Em 2013, após a experiência de participação no Doutorado em Saúde Coletiva em associação ampla com a UFC e a UNIFOR, a UECE implantou o Doutorado em Saúde Coletiva (DSC) próprio. A aprovação interna ocorreu em 2013 e as aulas foram iniciadas em 2014. Constituiu-se, desse modo, o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC), formado por mestrado, doutorado e pós-doutorado. Destaca-se que o CMASP teve seu nome modificado para Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva (MASC), em 2013.

O PPSAC tem orientado suas atividades para a formação em Saúde Coletiva, desenvolvimento de pesquisa e integração entre suas atividades e as demandas regionais de saúde. Os textos apresentados nesta coletânea representam a diversidade, abrangência e relevância da produção científica nos primeiros dois anos do Programa. Sua elaboração corresponde à necessidade de socializar o conhecimento produzido por seus alunos e de estimular o debate sobre suas articulações com a necessidade de aprimorar o funcionamento do SUS.

PARTE 1



**POLÍTICA E REDES DE ATENÇÃO EM
SAÚDE: DESAFIOS E PRODUÇÃO DO
CONHECIMENTO**

CAPÍTULO 1

ARTICULAÇÕES DO PROGRAMA DE TRIAGEM NEONATAL ESTADUAL PARA DOENÇA FALCIFORME: DESAFIOS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ilvana Lima Verde Gomes

Clarice dos Santos Mota

Leny Alves Bomfim Trad

Sarah Vieira Figueiredo

Livia Lopes Custódio

INTRODUÇÃO

Pela sua dependência e fragilidade, a criança, nos primeiros anos de vida, durante muitos séculos, foi ignorada. Somente a partir do século XX, começou a ter lugar nas leis e códigos no mundo e, por extensão, no Brasil. Diversos segmentos da sociedade e instituições vêm lutando pela elaboração de Leis e outros dispositivos em defesa das crianças e adolescentes (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

No Brasil, a história da criança começa a ter notoriedade em 1978, quando foi instituído o Ano Internacional da Criança. Depois disto, outro destaque importante em relação aos direitos da criança foi dado na Constituição Federal de 1988. O seu artigo 227 vem citando que a família, a sociedade e o Estado devem proteger e garantir, à criança, o direito à saúde entre outros:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A Constituição também traz, no artigo 196, a responsabilidade do Estado em garantir, mediante políticas sociais, a

saúde como direito de todos bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Para que esses direitos fossem reconhecidos na Constituição Federal de 1988, vários setores da sociedade lutaram por eles. Dentre estes segmentos, destacamos os movimentos sociais de homens e mulheres negras no Brasil, segundo Cançado e Jesus (2007), que, há mais de três décadas, vêm reivindicando o diagnóstico precoce para Doença Falciforme (DF) e uma atenção integral aos seus portadores.

O direito ao diagnóstico precoce veio se concretizar no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, no Artigo 10, inciso III, que traz como obrigatoriedade aos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, proceder a exames visando ao diagnóstico e à terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido bem como prestar orientação aos pais.

O diagnóstico precoce foi e é uma luta dos segmentos da sociedade a fim de que a criança possa ter, na primeira semana de vida, um tratamento precoce e, posteriormente, uma melhor qualidade de vida. Hankins (2010) diz que as taxas de mortalidade de pacientes com anemia falciforme diminuíram significativamente nas últimas quatro décadas. A redução mais significativa ocorreu nos primeiros cinco anos de vida e isto pode ser atribuído à detecção precoce, ao tratamento profilático e à orientação antecipatória.

Em 1992, o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria GM/MS nº 22, implementa o Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria,

porém, havia a necessidade de ampliar a gama de doenças congênitas a serem incluídas na triagem neonatal. Assim, em 2001, foi lançado o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), conforme a Portaria nº 822, incluindo a detecção precoce das Doenças Falciformes, outras Hemoglobinopatias e a Fibrose Cística.

Para que fosse executado, o PNTN teve que ser articulado pelo Ministério da Saúde com as Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Estas Secretarias precisaram se organizar em Redes Estaduais de Triagem Neonatal que foram integradas pelos Postos de Coleta e pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de doenças congênitas. Esta articulação tem que estar bem estruturada, com papéis bem definidos para cada serviço, para que a triagem possa ser realizada a contento e seja eficiente na detecção precoce das doenças congênitas, prevenindo sequelas e dando às crianças uma melhor qualidade de vida.

Dentre as doenças que são detectadas na triagem, está a doença falciforme, considerada como um problema de saúde pública no mundo, em razão de sua grande incidência de casos. No Brasil, estima-se que a sua incidência seja de 1-3:1.000 nascidos vivos (SILVA, 2015), havendo estados em que há uma maior prevalência, destacando-se a Bahia (1:650), o Rio de Janeiro (1:1.200) e Minas Gerais (1:1.400) (BRASIL, 2013b). Estima-se o nascimento de 3.500 crianças com doença falciforme por ano e 200.000 com traço falciforme (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010).

No mundo, cerca de 5% da população possui genes responsáveis pelas hemoglobinopatias e, a cada ano, cerca de 300.000 crianças nascem afetadas por formas graves da doen-

ça, incluindo mais de 200.000 casos de anemia falciforme na África (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

As DF's mais frequentes são a anemia falciforme (Hb SS), a S beta talassemia e as duplas heterozigoses Hb SC e Hb SD (BRASIL, 2013a). Suas manifestações clínicas no organismo são, principalmente, fenômenos vaso-oclusivos e a hemólise crônica, porém trata-se de doença sistêmica que pode acometer qualquer órgão (FERNANDES *et al.*, 2010). Nas DFs, a que tem maior número de casos é a anemia falciforme, considerada a patologia genética de maior prevalência mundial, com 25 a 40% em países africanos (SOARES *et. al.*, 2009).

No Ceará, a triagem para doença falciforme só foi implantada em 2010 e nos seus 184 municípios existem cerca de 300 postos de coletas. No ano de 2014, foram triadas 105.670 crianças, através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Existe um fluxo para a triagem neonatal no Ceará, que é gerenciado pela Secretaria da Saúde do Estado (SESA), com um laboratório público para os testes das amostras e o serviço de referência, porém, observou-se que, entre os três serviços, ainda há muitos problemas, como falta de estrutura física, de pessoal e de material para divulgação, incluindo escassez de investimentos financeiros para treinamentos e implantação da educação permanente, o que compromete o direito da criança de, ao realizar o teste de triagem, ter o seu diagnóstico em curto prazo e ser encaminhada, a contento, para unidade de referência. Outrossim, também é questionada a trajetória do cuidado à criança com doença falciforme em outras unidades de saúde que não o serviço de referência.

Os objetivos deste trabalho são: conhecer a trajetória e as articulações para o cuidado na triagem neonatal para doença falciforme no Ceará e identificar fatores organizacionais e tecnológicos que dificultam ações de saúde.

MÉTODO

Para realizar esta pesquisa, foi utilizada a abordagem qualitativa, em três campos empíricos: A Secretaria Estadual da Saúde (SESA), na coordenação da triagem neonatal; o Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Ceará (Lacen), local onde são analisadas todas as amostras colhidas para as triagens neonatais realizadas pelo SUS; e o Serviço de Referência da Triagem Neonatal do Ceará, que fica no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Estes locais são geridos pela SESA e todos estes serviços ficam no município de Fortaleza. O Hemocentro do Ceará, que só recebe pessoas com DF a partir dos 18 anos de idade, foi incluído na pesquisa só para o conhecimento do seu trabalho e para tirar dúvidas inerentes à pesquisa. Também incluímos um membro do Ministério da Saúde (MS).

Antes de iniciar a pesquisa, foi feito contato com todos os coordenadores de cada setor, mostrando-a e solicitando autorização para a sua realização. Os participantes foram os coordenadores de cada serviço (SESA e HIAS) e, também, profissionais inseridos no programa de triagem neonatal destas instituições. As entrevistas foram marcadas pelos profissionais, segundo o melhor dia e horário para a sua realização.

Utilizou-se a entrevista em profundidade pela sua flexibilidade e liberdade em expandir a temática, enriquecendo a pesquisa. O roteiro da entrevista continha uma pergunta disparadora: Fale sobre o Programa de Triagem Neonatal e a inclusão da Fase II no Ceará. A partir desta pergunta, houve um aprofundamento, no que diz respeito aos documentos que orientam o programa, à cobertura, ao dia de coleta do exame, à devolução dos exames, ao treinamento nas unidades coletoras, ao financiamento, entre outros.

Foram vários dias de entrevista, contando com oito participantes envolvidos. Cada entrevista foi de, aproximadamente, 40 minutos, realizadas no próprio local de trabalho do profissional, exceto o do Ministério da Saúde, que foi realizada na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Foram entregues, pelos participantes, notas técnicas e dados consolidados do setor referentes aos anos de 2013 e 2014 bem como dados dos exames realizados relativos às hemoglobinopatias dos anos de 2013 e 2014.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, logo após a sua realização e o seu início só ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (No. 913.479), do HIAS (944.073) e da SESA (983.763). Todos os aspectos éticos foram respeitados, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes da pesquisa não foram identificados.

Para a análise dos achados, seguiram-se as etapas estabelecidas pela análise categorial temática de Bardin (2011), que funciona através de operações de desmembramento de um texto em unidades e categorias, de acordo com reagrupamentos analógicos. Foram seguidas as etapas: pré-análise; exploração

do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Assim sendo, foram estruturadas as seguintes categorias: Trajetória e articulações para o cuidado à doença falciforme infantil; e Fatores organizacionais e tecnológicos que dificultam ações de saúde com enfoque na doença falciforme.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Ceará, em 2011, a cobertura da triagem neonatal foi de 82%, o que representa mais de 105 mil recém-nascidos (CEARÁ, 2012). Em 2014, a média mensal de testes da triagem neonatal foi de 9.500 a 10.000, totalizando 105.670 testes no ano (CEARÁ, 2015). Esses testes são aqueles colhidos nas unidades públicas da SESA, não sendo possível o acesso aos dados dos exames realizados em laboratórios privados.

A Coordenação Estadual da Triagem Neonatal (CETN) do Ceará fica na Secretaria Estadual da Saúde, vinculada à Atenção à Saúde da Criança e Aleitamento Materno, que é gerida pelo Núcleo de Atenção Primária (NUAP) e subordinada à Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS).

Já o Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN) do Ceará fica dentro das dependências do Hospital Infantil Albert Sabin, um hospital terciário, regido pelo estado. Nos seus diversos ambulatórios, estão incluídos os que acompanham as doenças detectadas na triagem. Este hospital é referência na saúde da criança e do adolescente.

O Lacen, que tem suas próprias instalações e é a unidade laboratorial de referência do Estado do Ceará, realiza o diagnóstico das doenças de notificação compulsória e outros agravos de interesse da saúde pública.

Trajatória e articulações para o cuidado à doença falciforme infantil

Todas as crianças nascidas no Ceará, conforme o PNTN, têm direito a realizar o teste do pezinho pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, precisa ser levada a um posto de coleta localizado em seu município. Este direito está regulamentado, de acordo com a Constituição Federal e o ECA, sendo orientado que a coleta ideal da amostra de sangue seja realizada do terceiro ao quinto dia de vida, visando um resultado o mais precoce possível.

Segundo os dados do Lacen, de 2014, dos 105.670 testes realizados no ano, apenas 42.119 o foram na data ideal preconizada, prejudicando, assim, as crianças, principalmente as que têm diagnóstico positivo para hipotireoidismos e fenilcetonúria, que precisam de medicação nas primeiras semanas de vida, contrariando assim o direito a saúde e um diagnóstico precoce. Nesse sentido, destaca-se que, em 2015, a Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde lançou uma Nota Técnica sobre orientações e informações acerca da triagem neonatal, reforçando que seja colhido, de preferência, no terceiro dia de vida.

Após a confirmação do resultado do teste positivo para doença falciforme, a unidade coletora, a CETN e o SRTN recebem um comunicado do Lacen informando os dados do recém-nascido tais como: seu nome, endereço e o resultado do teste.

Ao receber o fax com a notificação do Lacen sobre a criança que apresenta doença falciforme, a enfermeira do SRTN realiza uma busca ativa, entrando em contato com a coordenadora do Programa de Saúde da Família, para localizar a criança e sua família, e solicita que estes compareçam no HIAS a fim de serem avaliados pelos profissionais. A partir deste momento, a comunicação dos três serviços diminui, pois o Lacen e o CETN não sabem se a criança foi encontrada, se houve o seu acompanhamento, ficando todos os dados apenas com o serviço de referência.

Da coleta do exame, até a criança comparecer ao SRTN, a mediana é de mais de 50 dias. Esta demora pode ser devida a alguns fatores como: envio tardio da unidade coletora para o laboratório, demora na emissão do laudo bem como em localizar a criança para a recoleta que confirma a positividade do exame. Estes possíveis empecilhos se caracterizam como negligência, diante da importância do diagnóstico precoce.

Quando a criança chega ao SRTN, passa inicialmente, por uma enfermeira e uma pediatra, que solicitará o exame de eletroforese de hemoglobina, a ser realizado no quarto mês de vida da criança. Caso a eletroforese de hemoglobina seja positiva, esta criança irá ser encaminhada a um hematologista e ficará sendo acompanhada no ambulatório do HIAS até os seus 18 anos, quando será encaminhada ao Hemocentro do Ceará (HEMOCE), em Fortaleza.

Em alguns casos, a criança também tem a possibilidade de ser acompanhada pelos quatro Hemocentros do interior do Estado, localizados nos municípios de Crato, Iguatu, Sobral e Quixadá, o mais próximo à sua residência, evitando, assim, o desgaste com a realização de viagens até a capital para as consultas. Entretanto, apenas uma criança foi citada como em acompanhamento no seu município.

Ressalta-se que o Ceará possui o Hemocentro coordenador, que fica em Fortaleza, quatro hemocentros regionais, no interior do estado e, um Hemonúcleo, em Juazeiro do Norte, que poderiam dar suporte às crianças com doença falciforme e, assim, evitar o deslocamento para as consultas de rotina, levando em consideração que existem municípios com mais de 500 km de distância da capital.

Segundo um participante do SRTN, sabe-se de apenas um caso de uma criança que é acompanhada no interior, sendo que todas as outras crianças realizam o tratamento em Fortaleza, para as situações de crises e internações. Há estados, como Minas Gerais e São Paulo, que já organizaram mecanismos de articulação com a rede de serviços, cujos casos são monitorados quanto à adesão ao tratamento e os atendimentos são realizados em outros serviços que não o SRTN (Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico, 2013).

Independente do local em que ocorra o atendimento, todas as crianças têm o direito ao acompanhamento com o hematologista no hospital infantil, através de consultas agendadas previamente, de forma a evitar o não comparecimento. Caso ocorra algum evento inesperado em seu estado de saúde, mesmo sendo do interior, a criança vem para o HIAS.

De acordo com a CETN, quando as crianças entram em crise por alteração do quadro clínico, o local de referência é o HIAS, porém, na SRTN, a informação dada foi que às vezes recebem as crianças vindas das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), mas, normalmente, a família já procura o hospital infantil, prioritariamente. Segundo um participante da pesquisa, ainda há, às vezes, algumas incertezas quanto aos procedimentos realizados com estes doentes em outras unidades de saúde durante as crises. Isso se deve talvez, conforme o participante, à falta de comunicação, como uma campanha do governo do estado com material educativo disponível para a população.

Por direito, essa criança deveria ser atendida o mais próximo da sua residência. Assim, dependendo do seu estado de saúde, iniciaria o seu acompanhamento pela atenção básica e apenas seria encaminhada a um serviço terciário se não obtivesse a resolução do seu problema. A Política Nacional de Atenção Básica se posiciona acerca destas questões, declarando que a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

Apesar de já existirem rotinas ou protocolos para o cuidado nas crises, inclusive um artigo, de 2007, sobre a assistência de enfermagem na atenção básica na doença falciforme (KIKUCHI, 2007), o Ministério da Saúde, em 2013, lançou um manual sobre condutas básicas para o tratamento da DF no qual vem descrito como realizar o manuseio nas crises dolorosas, na síndrome torácica aguda, febre, entre outras, e quais as imunizações necessárias para as pessoas com DF. Tudo isto facilita o trabalho do profissional de saúde nos diferentes níveis de atenção bem como os cuidados prestados pela família.

Mesmo com a ajuda dos manuais do Ministério da Saúde, uma equipe do HEMOCE Fortaleza, segundo o participante deste serviço, no ano de 2014, realizou visitas as UPAS da capital a fim de orientar os cuidados com as pessoas com DF e, em 2015, foi realizado um treinamento com profissionais de saúde das UPAS para se tentar padronizar o atendimento no cuidado à DF. Deste modo, também se percebeu a necessidade de avaliação sobre a atenção a saúde realizada no interior do estado, para que os menores com DF não se desloquem do interior para a capital em busca de tratamento nas crises.

Um participante do hospital infantil informou que, quando a criança ou adolescente com DF tem alta hospitalar, é feito um relatório para o gestor municipal, informando que no seu município tem uma criança ou um adolescente com esta doença e que precisa ser atendido nas suas unidades básicas de saúde. Deste modo, eles não precisariam sempre buscar assistência no infantil de Fortaleza para realizar consultas que a própria atenção básica poderia suprir, deslocando-se apenas para as consultas com especialistas.

Reforça-se, assim, as diretrizes da atenção básica em relação ao acesso universal, de qualidade e resolutivo, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012a)

Villela *et al.* (2009) relatam que a atenção primária quase sempre é capaz de solucionar a maioria dos problemas de saúde da população. O participante do Ministério da Saúde reforçou que a pessoa com DF deve estar inserida no Estratégia de Saúde da Família, aonde serão desenvolvidas ações para a

promoção da sua saúde. Se estiver na ótica do SUS, ela estará no seu território, irá regulamente e será atendida por todos os profissionais existentes na unidade. O ideal seria que a atenção básica recebesse a criança e encaminhasse para o centro de referência onde estão os especialistas, sendo capaz, entretanto, de continuar o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

O Diagnóstico Situacional do Programa Nacional de Triagem Neonatal, realizado pelo Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (2013), e feito em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal, considera que, a partir da inserção desta criança na atenção básica, ela percorrerá, com mais facilidade, os demais fluxos de atenção secundária ou especializada.

A 59ª Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizada em 2006, já recomendava que as atividades para o cuidado de pessoas com anemia falciforme deveriam ser baseadas no nível primário de saúde, com ênfase em programas que usam tecnologia simples, acessível e que esteja em grande parte da comunidade. A estreita relação de trabalho entre o nível primário e o centro de referência é essencial para os cuidados adequados.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica já tem descrita em suas diretrizes esta relação de ser o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde bem como o PNTN está desenhado para que toda criança tenha o direito de realizar a triagem e ter seu diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Bobbio (1992) já enfatizava que o problema não era mais fundamentar os direitos e, sim, protegê-los,

pois o problema é jurídico e político. Assim sendo, necessita-se apreender qual o modo mais seguro para garanti-los, visando impedir que eles sejam continuamente violados.

Fatores organizacionais e tecnológicos que dificultam ações de saúde com enfoque na doença falciforme

Os serviços onde aconteceu a pesquisa funcionam em locais distintos e relativamente distantes um do outro, porém, todos são geridos pelo serviço público. A CETN tem uma sala na SESA, porém a equipe não trabalha apenas com a triagem neonatal, incluindo questões mais amplas de saúde da criança e aleitamento materno. Sua coordenadora é Assistente Social e está, há dois anos, à frente deste serviço, sendo responsável por realizar a capacitação dos técnicos dos postos de coleta, dentre outras atividades.

O SRTN se localiza nas dependências do hospital infantil, e sua coordenadora é uma profissional médica há dez anos. O serviço está incumbido de realizar busca ativa dos testes positivos da triagem neonatal e encaminhar para o ambulatório especializado, entre outras atividades. Sua coordenadora divide uma pequena sala com outros profissionais do hospital.

Ao longo das entrevistas, os participantes foram pontuando alguns fatores que têm comprometido o programa de triagem neonatal bem como as ações de cuidado às crianças com anemia falciforme, com destaque para: recursos humanos, infraestrutura, recursos materiais, financiamento, educação em saúde e comunicação. Conforme discute-se abaixo:

a) *Recursos humanos*: os três serviços informaram carência de pessoal, tanto profissionais da área da saúde como trabalhadores de apoio às atividades. Assim, existe uma sobrecarga de trabalho, principalmente no Lacen, no sentido de que o profissional que processa o exame, por exemplo, também tem que realizar outras ações de caráter burocrático, tais como digitar o memorando para solicitar à unidade coletora uma nova amostra de sangue, digitar dados para uma planilha de acompanhamento do número de crianças e adolescentes com doença falciforme e ligar para as unidades de saúde para informar que irá enviar um fax.

Também, segundo os informantes, além do laboratório, há carência de profissionais de saúde no ambulatório e na CETN. No SRTN, os médicos do ambulatório também fazem parte do corpo clínico do hospital, tendo sua carga horária compartilhada entre o ambulatório, as enfermarias e o serviço de emergência. No CETN, a carência de pessoal causa dificuldade na realização de treinamentos no interior do estado, apesar da utilização de outras estratégias para esta atividade educativa, como as aulas através do meio digital e de ferramentas como a internet (teleconferências).

b) *Infraestrutura (espaço físico)*: os três locais apresentam um espaço físico pequeno e, no SRTN, uma pequena sala ainda é dividida com outras pessoas que não fazem parte da triagem neonatal. Assim, neste local, existe um espaço mínimo no qual a coordenadora da SRTN executa suas atividades, apesar do porte da instituição e de constituir-se em um serviço de referência, tornando necessária a presença de um espaço específico para essa atividade, com equipamentos adequados para o seu desenvolvimento de forma adequada.

Segundo o informante desse local, tudo acerca do espaço já foi planejado com o diretor do hospital, porém, não foi levado adiante. Em sua opinião, o serviço de referência poderia ser um anexo próximo ao hospital infantil.

c) *Recursos materiais*: neste item, está incluído, principalmente, o material educativo para divulgação da importância da triagem neonatal nas unidades básicas de saúde, hospitais, comunidades, dentre outros locais. Porém, foi relatada, também, a falta de computadores e de programas de *software* para armazenar os dados do serviço. Outro material, que não foi citada a sua falta em 2014, mas que já aconteceu em anos anteriores, é o reagente utilizado no laboratório para a realização dos testes.

d) *Financeiro*: o CETN é um dos serviços mais afetados por recurso financeiro escasso, pois precisa oferecer treinamentos para os profissionais de saúde, divulgando material educativo, entre outros. Segundo os profissionais do CETN, para a realização dos cursos, este setor conta com recursos financeiros de outras entidades, pois a verba tanto federal como estadual não supre a carência do serviço.

e) *Educação permanente*: durante a pesquisa, não foi percebida a discussão acerca de possíveis atividades educativas em relação aos profissionais envolvidos com a triagem neonatal, apesar das queixas de testes mal realizados, comunicação deficiente com as unidades coletoras, rodízio de técnicos nas unidades coletoras, entre outros problemas que interferem negativamente na triagem neonatal, retardando o resultado ou tornando-o inconclusivo.

Destaca-se que a educação permanente fornece uma ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, gera autoanálise, autogestão, implicação e mudança institucional. É necessário constituir equipes multiprofissionais, coletivos de trabalho, lógicas apoiadoras e de fortalecimento e consistência de práticas uns dos outros, orientadas para se ter uma maior resolutividade dos problemas de saúde das populações locais ou referidas (CECCIM, 2015).

f) *Comunicação*: percebeu-se, nas falas dos participantes, que a comunicação intersetorial ainda é deficiente e, normalmente, acontece por e-mail ou fax, mas não há visitas de um serviço ao outro, reuniões ou planejamento para a melhoria da triagem neonatal no Estado. Outra falha de comunicação está relacionada às campanhas publicitárias sobre o Programa junto às gestantes, pois ainda há uma carência reconhecida pelos três serviços. O Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico (NUPAD, 2013) também se refere a esta deficiência, relatando que muitos coordenadores estaduais reivindicam que o Ministério da Saúde lidere a elaboração de material educativo para divulgação junto à população.

Desse modo, observou-se que todos esses fatores organizacionais e tecnológicos, que dificultam as ações de saúde relacionadas à triagem neonatal e à assistência às pessoas com doença falciforme, precisam ser melhor discutidos entre os gestores e profissionais dos serviços, visando encontrar estratégias para o seu enfrentamento.

CONCLUSÃO

A doença falciforme é uma patologia crônica, detectada no teste de triagem neonatal, procedimento este que toda criança tem o direito de realizar, gratuitamente, preferencialmente no 3º ao 5º dia de vida. Este teste engloba a descoberta precoce de várias patologias, dentre elas a doença falciforme, e deve promover um diagnóstico precoce e, conseqüentemente, um tratamento com início o mais cedo possível. Porém, o diagnóstico precoce e o tratamento implicam em uma estrutura ou articulação que permita à criança iniciar seu acompanhamento em saúde, por meio da garantia de sua continuidade e acesso aos serviços de saúde nas situações de crises. Observou-se que o ideal é que o cuidado se inicie com a atenção primária e mantenha uma relação com o serviço de referência.

Nesta pesquisa, constatou-se que o suporte tanto de tratamento como de cuidado nas crises é realizado, geralmente, no hospital infantil de Fortaleza, sendo pouco discutido pelos profissionais acerca da atenção básica do município de origem da criança. Assim, todo o tratamento é realizado na capital, mesmo com hemocentros em quatro cidades do interior do estado. Além disto, também existem falhas no atendimento às crises álgicas, em outros serviços públicos como as UPA's. Tudo isto implica em deslocamento da criança e do familiar, da sua cidade até a capital, além de uma alta demanda no hospital infantil em Fortaleza, onde todos os cuidados a estas pessoas ficam focalizados.

Constatou-se, ainda, que existem fatores organizacionais e tecnológicos que dificultam ações na articulação do cuidado à doença falciforme no estado, como falta de recursos humanos, infraestrutura inadequada, escassez de equipamentos, déficit financeiro, falhas nos processos de comunicação e educação permanente, entre outros.

Há, portanto, a necessidade de um investimento nas políticas públicas que garantem o cuidado, a articulação em redes de serviços às crianças com doença falciforme, para que estas alcancem um diagnóstico adequado e realizado em tempo ideal, bem como tenham disponível um acompanhamento e tratamento em todas as suas queixas clínicas após o diagnóstico, em todos os serviços da rede. Deste modo, serviços primários, secundários e terciários estariam preparados para acolher e promover ações resolutivas, no seu nível de atenção, a estas pessoas.

A pesquisa alcançou os objetivos propostos, entretanto, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos, visando aprofundar as informações discutidas, na medida em que ouviu-se apenas gestores e profissionais que trabalham nestes serviços envolvidos com a doença falciforme no Ceará, não sendo incluídas as famílias das crianças com doença falciforme e suas percepções na busca por atendimento na rede de cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2011.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.
- BRASIL. Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília (DF), 1992.
- BRASIL. **Lei n. 8069**, de 13 de julho de 1991. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Fortaleza (CE): Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Ceará, 1991.
- BRASIL. Sistema Único de Saúde – SUS. Portaria GM/MS nº 22, de 7 de janeiro de 1992
- BRASIL. **Portaria no 822/GM**, de 6 de julho de 2001. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: condutas básicas para o tratamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme: saiba que é onde encontrar tratamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CANÇADO, R. D.; JESUS, J. A. A doença falciforme no Brasil. **Rev. bras. hematol. hemoter.**, v. 29, n. 3, p. 203-206, 2007.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Ceará conquista habilitação para Fase III do teste do pezinho** [online], Fortaleza, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45613-ceara-conquista-habilitacao-para-fase-iii-do-teste-do-pezinho>>. Acesso em: 10 out. 2014

CEARÁ. Laboratório Central de Saúde Pública do Estado do Ceará – LACEN. **Teste do Pezinho: análise no tratamento de doenças** [online], Fortaleza, 2015. Disponível em: <<http://www.lacen.ce.gov.br/index.php/noticias/43730-teste-do-pezinho-analise-auxilia-no-tratamento-de-doencas>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.**, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2015

FELIX, A. A.; SOUZA, H. M.; RIBEIRO, S. B. F. Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. **Rev. bras. hematol. hemoter.**, v. 32, n. 3, p. 203-208, 2010.

FERNANDES, A. P. *et al.* Mortality of children with sickle cell disease: a population study. **J. Pediatr.**, v. 86, n. 4, p. 279-284, 2010.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 61-66, 2008.

HANKINS, J. Toward high quality medical care for sickle cell disease: are we there yet? **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 256-258, 2010.

KIKUCHI, B. A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. bras. hematol. hemoter.**, v. 29, n. 3, p. 331-338, 2007.

NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO – NUPAD. **Manual de Organização e Normas Técnicas para Triagem Neonatal**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

SILVA, C. A. *et al.* Triagem neonatal de hemoglobinopatias no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: análise de uma série de casos. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 19-27, 2015.

SOARES, L. F. *et al.* Da mãe África aos filhos Brasil: expressão da herança genética para a anemia falciforme em estudantes do curso de farmácia da Universidade Federal do Piauí. **RBAC**, v. 41, n. 3, p. 235-237, 2009.

VILLELA, W. V. *et al.* Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Fifty-Ninth World Health Assembly**. Provisional agenda item 11.4 [online], abr. 2006. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_9-en.pdf. Acesso em: 28 mar. 2015.

CAPÍTULO 2

A FORMAÇÃO DE DOCENTES E DISCENTES PARA O SUS: ORIGEM, CONCEPÇÕES E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Maria Salete Bessa Jorge

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Indara Cavalcante Bezerra

Fernando Sergio Pereira de Souza

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva compõe um campo de conhecimento que envolve os eixos da epidemiologia, gestão e clínica em torno de um objeto comum que é a condição sanitária estável da população e a saúde plena. A estruturação de um novo modelo de atenção à saúde constitui um desafio para o sistema de saúde brasileiro, uma vez que requer a subordinação da assistência individualizada aos preceitos coletivos e direitos de cidadania e busca a efetivação das atividades de promoção e proteção à saúde sob os princípios éticos da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, as instituições formadoras vêm sendo pautadas para desenvolver mudanças no processo de formação e na maneira como se relacionam com a sociedade. A necessidade de mudança decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo e do trabalho em saúde, além de exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, dos desafios da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, da produção de conhecimento e da necessidade das Instituições de Ensino Superior (IES) reconstruírem seu papel social, considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento na atualidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para tanto, é necessário que ocorram rupturas do paradigma biomédico, traduzido pelo modelo médico-centrado e procedimento-centrado, ainda hegemônicos nas práticas em saúde e em grande parte dos currículos no Brasil (CIUFFO; RIBEIRO, 2008; FEUERWERKER, 2002; 1995; FEUER-

WERKER; LLANOS; ALMEIDA, 1999), e da concepção de saúde como ausência de doença, o que implica ampliar a compreensão do processo saúde-doença orientada pela produção do cuidado em saúde, procurando articular ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, demarcando a pluralidade de saberes através do trabalho em equipe interdisciplinar e integrada, na rede de serviços de saúde (MERHY, 2002; FRANCO, 2007).

Nesse sentido, as instituições formadoras exercem papel relevante como um potente agente nesse processo. As graduações ligadas ao campo da saúde se encontram, em sua maioria, reproduzindo uma formação fragmentada e focada na organização curricular disciplinar, ainda centrada em especialidades com valorização do saber técnico, tendo como cenário predominante de prática, o campo hospitalar, enfatizando práticas em saúde procedimento-centradas, não situando a corresponsabilidade usuário, trabalhador, gestor do SUS e sociedade para a mudança do modelo de saúde (MERHY, 2002; ASSIS *et al.*, 2007).

A formação dos profissionais de saúde, apoiada no modelo flexneriano¹, e a frágil organização de uma política de Educação Permanente para os trabalhadores do SUS têm se constituído um dos maiores entraves para a qualificação e vinculação dos profissionais de saúde ao sistema, dentro de uma lógica pautada na integração de saberes e práticas integrais e humanizadas.

1 Modelo flexneriano: advém do documento *Flexner Report*, elaborado por Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano de origem judia, comissionado pela *Carnegie Foundation*. Esse relatório desencadeou profunda reforma no ensino médico na América do Norte que, estendendo-se a outros campos de conhecimento, consolidou a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados, onde na prática, introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde.

É importante destacar que a educação na saúde é um campo de saberes e de práticas sociais em pleno processo de constituição/construção. Há tensões e disputas na definição de suas temáticas centrais e na maneira de abordá-las. Já existem teses e dissertações sobre formação em saúde, mas há poucos programas de pós-graduação especificamente neste campo. Há núcleos e pesquisas, mas poucas linhas de financiamento específicas. Ainda não há como classificar a produção nesse campo e há limitado espaço editorial para sua publicação (FEUERWERKER, 2007).

Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004), alicerçados na Portaria n° 198 (BRASIL, 2003), introduzem o conceito de quadrilátero na formação para a área da saúde – ensino, gestão, atenção e controle social –, argumentando que a imagem do quadrilátero da formação possibilitaria a construção e a organização de uma gestão da educação na saúde integrada ao sistema, redimensionando a imagem dos serviços e valorizando a troca de saberes e diálogos entre os diferentes segmentos da sociedade.

Nesta direção, vários autores (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004) têm sinalizado que as políticas de formação dos profissionais de saúde implicam a apreensão da complexidade que permeia o SUS na atualidade e, deste modo, requerem ações de formação que se engendrem em um processo de construção coletiva com os sujeitos envolvidos.

A formação para a área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, além da sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pes-

soas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Desta forma, considerar a não dissociabilidade ensino-pesquisa e extensão, que constitui a base do processo de formação, pode possibilitar a construção de novas alternativas de extensão-ensino gerando a necessidade de romper com o que está posto tradicionalmente. Sob tal perspectiva, pressupor uma nova maneira de ver e fazer ensino, pesquisa e extensão exige, dentre outras propostas, novos padrões de relacionamento entre profissionais, acadêmicos e comunidade (TAVARES *et al.*, 2007).

Com efeito, diversas perspectivas de formação têm orientado o debate em torno do processo ensino-aprendizagem em saúde. Neste sentido, a integralidade surge como um dos pilares básicos na formulação de estratégias de melhoria deste processo, proporcionando uma reorientação que objetiva superar a fragmentação e a tecnicização bem como o tradicional enfoque biologicista que permeia as práticas de cuidado.

A dificuldade na articulação dos conhecimentos técnicos nas equipes de saúde prejudica o encontro de soluções e/ou investigações integradas sobre os problemas a serem enfrentados na prática cotidiana. A incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão acaba por produzir visões fragmentadas e desfocalizadas da integralidade do paciente. Neste sentido, a formação das profissões de saúde, por um lado, enfatiza o modelo de vigilância à saúde, em que cada setor ou área do conhecimento é departamentalizado, a partir de teorias, construtos teóricos, dentre outros, sempre focalizando o processo de adoecimento e/ou cura para subsidiar a prática. Por outro

lado, os trabalhadores de saúde que não obrigatoriamente fazem parte do corpo acadêmico e/ou técnico-científico das ciências da saúde se apresentam no processo de acolhimento em condições subalternas na condução do usuário quando da sua entrada para com o serviço, refletindo, muitas vezes, a mesma lógica determinista da causa-efeito do adoecer-curar (SILVA; MERHY; CARVALHO, 2007).

Diante dessa problemática, a formação em saúde se torna objeto deste estudo pela interlocução que faz com o campo da saúde coletiva, com as profissões e com a atenção prestada à população. Enfoca-se o processo formativo a partir das metodologias e ofertas pedagógicas na graduação e pós-graduação bem como as experiências e críticas reflexivas sobre as pretensões e intencionalidades do perfil profissional para a integralidade assistencial.

Tal articulação é importante para a construção dos sujeitos almejados pela atenção à saúde, no intuito de desenvolver sua atribuição de prover o bem-estar, de dar resposta às necessidades das pessoas, com compromisso ético e político, ou seja, na busca de recuperar o simbolismo da vida das pessoas, suas manifestações culturais, o cuidado na condução do cotidiano da vida, com afetividade e qualidade. Esta é uma revolução na maneira de ver e fazer saúde, uma grande luta a ser travada em busca desse ideal.

Questiona-se, portanto: como as experiências individuais e coletivas de discentes e docentes, a relação com outros profissionais e a compreensão do significado do próprio processo de trabalho induz a formação de enfermeiros com ideologias

que contribuam com o fortalecimento da interdisciplinaridade e trabalho em equipe?

OBJETIVOS

Compreender a origem, concepções e desafios na construção da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe com base no quadrilátero da formação em saúde, a partir do olhar de docentes e discentes, no âmbito da enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico e descritivo, com abordagem qualitativa, a partir de um recorte da pesquisa intitulada “Processo de formação em saúde como estratégia de melhoria do cuidado interdisciplinar e integral para o SUS”, financiada pelo CNPq.

O cenário da pesquisa correspondeu às Instituições de Ensino Superior: Universidade Estadual do Ceará (UECE); Universidade Federal do Ceará (UFC); e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a pesquisa de campo só foi iniciada após sua aprovação sob parecer de nº 10461052-2.

Os participantes do estudo foram constituídos por dois grupos de informantes:

Grupo I – Docentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem que estivessem atuando há, pelo menos, 6 meses na instituição pesquisada.

Grupo II – Discentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem que estivessem semestralizados e cursando entre o terceiro e último semestre dos cursos selecionados.

Inicialmente foi realizado um levantamento para se conhecer o quantitativo de docentes e discentes de enfermagem existentes no cenário do estudo. O processo de amostragem foi realizado por conveniência. A divisão dos grupos está representada no Quadro 1.

Quadro 1 – Grupos de representantes do estudo.

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	ENTREVISTAS REALIZADAS
I	Docentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem que estejam atuando há pelo menos 6 meses na instituição pesquisada.	23
II	Discentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem que estejam semestralizados e cursando entre o terceiro e último semestre dos cursos selecionados.	22
TOTAL		45

Fonte: Elaboração própria

As técnicas de apreensão das informações foram a observação livre e a entrevista semiestruturada, buscando compreender a origem de suas concepções e estratégias sobre a construção da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe com base no quadrilátero da formação em saúde. As entrevistas foram gravadas na íntegra, com autorização prévia dos entrevistados

que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista semiestruturada é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas e possibilita a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados. (MINAYO, 2008). O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo reflexiva e crítica, através das três etapas básicas estabelecidas por Minayo (2008) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010): ordenação, classificação e análise final dos dados.

No momento da “ordenação”, realiza-se a organização do material, uma leitura inicial do conteúdo para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nas entrevistas. Em seguida, são selecionados os textos que serão submetidos aos procedimentos analíticos, orientados pelas seguintes condições: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

A etapa de “classificação” dos dados se estabelece pela construção dos dados empíricos que toma como base a teoria que sustenta a pesquisa e os pressupostos teóricos eleitos pelos pesquisadores, desenvolvida da seguinte forma: leitura exaustiva dos textos contidos nas entrevistas, recortando e realizando uma síntese geral de cada unidade de análise (uma a uma); leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos.

A análise final se dá através da síntese geral das entrevistas e de sua articulação com a literatura e o contexto que relacio-

na o campo empírico com a literatura. No presente estudo, a análise possibilitou eleger o tema: “Interdisciplinaridade em saúde: sentidos, significados, avanços e desafios na formação em enfermagem”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vários autores (SILVA; SENA, 2008; MATOS; PIRES; CAMPOS, 2012), concordam que o trabalho em equipe não é uma constante no cotidiano das ações em saúde e salientam que esta dificuldade é resultado da extrema fragmentação do conhecimento, consequência do avanço e isolamento das disciplinas bem como de interesses corporativos, o que, inclusive, tem demonstrado a insuficiência desta racionalidade e colocado a interdisciplinaridade no centro das discussões acerca do desenvolvimento da ciência e das práticas sanitárias.

A interdisciplinaridade se apresenta como proposta para a reorientação do conhecimento entre as dimensões curativa e preventiva, individual e coletiva. Nesta perspectiva, ela exige implementar, no ensino, a conceitualização do processo saúde-doença, adotando concepções mais abrangentes em contraposição à natureza setorial que caracteriza a atuação dos profissionais na área da saúde. A interdisciplinaridade e a integralidade são princípios complementares e convergentes na construção dos modos de pensar e fazer da educação e da saúde, visando um agir humanizado, totalizante e que compreenda a completude dos sujeitos e do processo saúde-doença (SILVA; SENA, 2008).

Nesse sentido, Benevides e Passos (2005) afirmam que o trabalho em equipe implica o compartilhamento do planejamento na organização coletiva sustentada na cooperação e colaboração, o que exige atuação integral e unificada dos profissionais na produção do cuidado, tendo como centralidade as demandas e necessidades do usuário. A interdisciplinaridade diminui as relações de dominação entre os profissionais e explora a cooperação entre os diferentes saberes.

Nesse encontro compartilhado no exercício do trabalho, o sujeito é entendido em seu processo de vida, em suas várias dimensões complementares (biológica, psicológica, social, cultural, ética e política). Capella (1998) admite que o usuário, durante seu percurso de vida, necessitará de intervenções de profissionais e serviços de saúde. Este momento se torna potente, pois possibilita um espaço para expor suas fragilidades, criar vínculos e, assim, aliar o encontro-intervenção à competência técnica na busca da resolubilidade em saúde.

No campo empírico pesquisado, emergem, nos discursos, o reconhecimento da importância da interdisciplinaridade na formação ao mesmo tempo em que exibem deficiências no ensino em saúde, as quais dificultam e impõem barreiras para o alcance da abordagem multiprofissional. Neste movimento, ações, práticas e saberes em saúde se constituem em esforços para superar uma atuação especializada e fragmentada e, assim, avançar para o trabalho em equipe com o pensar e o fazer interdisciplinar. Nos relatos extraídos das entrevistas, evidencia-se uma realidade que apresenta dificuldades na conformação da interdisciplinaridade no ensino em saúde e enfermagem.

[...] Mas para conhecer a rotina do processo de trabalho interdisciplinar, eu acho que já é pra conhecer a parte técnica na formação, para saber como trabalhar, é muito importante a formação. (Discente).

[...] Porque na universidade geralmente se tem um ideia muito linda da teoria, aí quando chega na prática a realidade é muito diferente, a interdisciplinaridade é muito diferente aqui na prática. (Docente).

As contribuições da interdisciplinaridade para os entrevistados são relevantes, porém, o que se exalta são os limites para a abertura em direção de um fazer coletivo. Esta empreitada só se torna possível a partir da ruptura das arestas que engeçam as disciplinas nos currículos de formação em saúde, o que corrobora com as reflexões de Barros (2005), que descreve as diversas tentativas de se flexibilizar as fronteiras das disciplinas nas últimas décadas. Contudo, a mesma autora também enfatiza o seguinte paradoxo: na medida em que ocorreu esse avanço – diálogo multiprofissional – também manteve-se os “especialismos”.

De pronto, percebe-se a polêmica que envolve a especialização em enfermagem, principalmente no que se refere à inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho. Além disso, os cursos necessitam de respostas aos questionamentos que

surgem quanto aos conteúdos ministrados, aos docentes e ao compromisso dos discentes, a fim de que a formação em saúde não se volte apenas para o atendimento individual, restrito a procedimentos que nada consideram o usuário no modo de protagonizar sua vida.

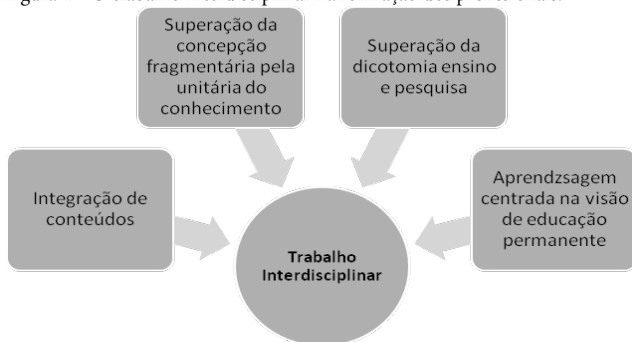
É necessário que se fomente discussões acerca desse fenômeno de “formação-consumo”. É preciso romper com o modelo hegemônico biomédico de pensar, aprender e gerir os serviços de saúde, para criar outras formas de enfrentamento e superação. A interdisciplinaridade constitui e assume, neste sentido, uma postura ética e política que conjuga vários saberes e práticas em torno de uma vida, de uma demanda e das necessidades em saúde (BARROS, 2005).

Nesse contexto, urge a reconstrução de novos referenciais para a formação dos profissionais de saúde ancorados na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe. O trabalho interdisciplinar supõe atitude e método que implicam integração de conteúdo, superação de uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do conhecimento, superação da dicotomia ensino – pesquisa e ensino–aprendizagem centrada na visão de educação permanente. A adoção do enfoque interdisciplinar na concepção de conhecimento orienta a síntese dos saberes de modo a enxergar a realidade globalmente e, sobretudo, pela associação dialética entre dimensões polares, como teoria e prática, ação e reflexão, generalização e especialização, ensino e avaliação, meios e fins, conteúdos e processos.

No constructo da interdisciplinaridade, evidencia-se cada especialidade extrapolando sua área de formação profissional, evidenciando seus próprios limites e interagindo com outras disciplinas. Embora se respeite o território de cada campo de

conhecimento, pactua-se os pontos congruentes (PEDUZZI, 2001; LOCH-NECKEL *et al.*, 2009). A Figura 1 representa a interdisciplinaridade na formação profissional.

Figura 1 - O trabalho interdisciplinar na formação dos profissionais.



Fonte: Elaboração própria

Assim, as Instituições de Ensino Superior (IES) necessitam (re)construir os modelos de ensino dos profissionais de saúde, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto de toda a formação, viabilizando a educação de forma integral e interdisciplinar, baseada em referenciais crítico-reflexivos, os quais permitam a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano na sua subjetividade (SILVA; SENA, 2008). Desta forma, clama-se por um processo de formação em saúde pautado na integralidade e interdisciplinaridade e, conforme Barros (2005, p. 148), “se recusar a assumir um projeto de formação que faça apologia dos especialismos enclausuradores”.

No campo empírico, docentes e discentes da área da saúde expõem o desafio da prática interdisciplinar nas experiências e iniciativas institucionais:

[...] A gente pode, como professor, estar explorando melhor a questão da interdisciplinaridade nas nossas disciplinas e a questão também de dialogar mais, ou seja, repensando como a gente pode estar construindo esse conhecimento interdisciplinar, integrando mais uns com os outros. (Docente).

Uma excelente iniciativa é o projeto de extensão que é o PET saúde², que trabalha muito voltado com a interdisciplinaridade, mas sobre o tema de um modo geral precisa ainda caminhar muito. No decorrer da graduação são raros os momentos interdisciplinares com o pessoal de outros cursos, e isso deveria começar aqui na faculdade. É difícil ver, até porque fica aquela questão das brigas por categoria, e tem muito, tem muito ainda. Entre os estudantes, também, a gente vê assim, por exemplo, cadeiras que a gente estuda com outras categorias e que não há toda uma integração. (Discente).

2 PET Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Objetiva qualificar a formação acadêmica e a ação profissional dos alunos da área da saúde a partir de ações desenvolvidas junto aos serviços municipais de saúde.

[...] Não existe realmente essa interdisciplinaridade, uma vez que eu não tenho aulas, não interajo com alunos da nutrição, da educação física para, por exemplo, a gente discutir um caso de um paciente diabético. Mas na faculdade existem os projetos de extensão, existem as ligas, que aí muitos alunos podem estar entrando nesses projetos e discutindo juntos. (Discente).

Com efeito, a interdisciplinaridade é potencializada pelos diálogos e pelas trocas entre diversos sujeitos sejam eles profissionais ou não. O ato interdisciplinar se transmite no compartilhamento integrado de todos aqueles que almejam um determinado objetivo no mundo em que todos vivem. Tal atitude vai para além da comunhão de diversas partes, se faz no todo, no múltiplo, porém único.

Muitos são os desafios para transformar o ensino superior, especificamente o de enfermagem, que ainda possui uma formação caracterizada por aspectos de controle, de domínio, com ênfase na técnica, com reprodução de conteúdo e falta de clareza ideológica. Tais aspectos também se reproduzem na prática profissional. Essas características têm sua origem no modelo de formação nightingaleano³, em que obediência, res-

3 Modelo de formação nightingaleano: em referência a Florence Nightingale (A dama da lâmpada), uma enfermeira britânica que ficou famosa por ser pioneira no tratamento a feridos de guerra. Lançou as bases da enfermagem profissional com a criação, em 1860, de sua escola de enfermagem no Hospital St Thomas, em Londres, a primeira escola secular de enfermagem do mundo. Em seu legado à Enfermagem,

peitabilidade, passividade, lealdade e submissão eram atitudes exigidas e cultivadas nas Escolas de Enfermagem. Sua persistência tem contribuído para a conservação da estrutura de poder das instituições de saúde bem como para a manutenção do *status quo* da enfermagem (LUNARDI, 1994).

No contexto das políticas que envolvem o Sistema Único de Saúde (SUS), Campos (2006) destaca a importância de uma formação que constitua atores sociais capazes de alterar as correlações de força, viabilizando transformações concretas no sistema de saúde. Acredita-se que o processo de mudança só poderá ser atingido a partir de um processo pedagógico que valorize a atuação política transformadora e cuja organização didática esteja voltada para as ações que valorizam a integração ensino-pesquisa-extensão como dispositivo de alcance da integralidade do cuidado.

Os discursos a seguir evidenciam a formação voltada para a atuação profissional no SUS:

A política de saúde atual em nosso país é o Sistema Único de Saúde, está voltada para o SUS, a cada ano, a cada norma institucional, colocam algo na nossa disciplina [...] você forma profissionais para o SUS, para a atenção básica, secundária, terciária, porque essa que é a política, o nosso político pedagógico

deixou também a utilização do modelo biomédico, baseando-se na medicina praticada pelos médicos.

*ele é voltado para essa questão.
(Docente).*

[...] Eu acho que a formação do enfermeiro é integrada com outras áreas, com o SUS, pois aumenta a visão, apesar de estarmos muito voltados para a ciência da Enfermagem. A gente tem a ciência da Enfermagem dentro de um projeto maior que é a Saúde, são as políticas interministeriais que envolve não só Saúde, mas também a Educação, os aspectos sociais. (Docente).

Apesar de eu não ensinar uma disciplina voltada para a Saúde Coletiva, mas as diretrizes e as políticas de formação do SUS elas estão presentes também e eu tento resgatar de alguma forma. (Docente).

[...] A questão da integralidade é muito falada pelos professores, eles compartilham muito isso e a formação deles vem influenciar a gente e eles sempre batem muito nisso, de a gente ser mais humano, de ver o ser humano como um todo. (Discente).

Percebe-se, portanto, a necessidade de redirecionamento da formação inicial e permanente dos profissionais de saúde, questionando modelos e valores a serem construídos para atender às necessidades de transformação das práticas em saúde, pautando-se pela ética nos processos de intervenção, (re)construindo os processos de trabalho e competências profissionais e integrando a formação à realidade dos serviços e comunidade.

A formação em saúde não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar, também, desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde dos usuários, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Essas mudanças podem promover o surgimento de profissionais comprometidos com o SUS capazes de compreender os determinantes sociais da saúde, além de apreender saberes e práticas da população e articular com conhecimentos profissionais e científicos, no sentido de desenvolver novas formas de pensar e agir, reinventando modos de lidar com a realidade e obter melhores condições de saúde da população.

A dicotomia teoria-prática é corporificada e conjuntamente a esta dificuldade para a formação está a pouca ou nenhuma integração entre as disciplinas que compõem a grade dos currículos das instituições em estudo. Estas duas realidades aparecem nos relatos dos atores envolvidos no processo formativo como implicados na formação compartimentalizada e especializada que sumariza o cuidado nos serviços de saúde:

[...] Ele (o aluno) aprende as coisas meio fragmentadas, depois lá na frente é que ele vai ter dificuldade, porque não dá tempo, não dá tempo, ele tem que saber coisas, decorar coisas [...] tem aquela perspectiva ainda meio que compartimentalizada [...]. (Docente).

Cada disciplina vai focar o que ela tá vendo [...] o aluno não está em todos os momentos. [...] A compartimentalização do conteúdo bloqueia muito o raciocínio clínico, tanto no cuidado ao paciente como na gestão. [...] O aluno sai com pouca bagagem e é cobrado de uma forma muito isolada do contexto, as disciplinas são dadas num foco tão específico que ele também não busca aplicar o que já viu, porque não é cobrado, o professor também acha que já foi contemplado em outras disciplinas, não traz, e isso tem dificultado a aprendizagem; o aluno fica juntando uns pedaços que na verdade não chega a sedimentar um conhecimento mais sólido. (Docente).

[...] Falta a questão da prática muito deficiente hoje em dia e a gente chega a ter contato com a profissão é mesmo no internato [...] mas ao longo da universidade eu acho muito deficiente. (Discente).

Assim, mesmo considerando que se tem experimentado novas abordagens pedagógicas, surgem os questionamentos: como incentivar a capacidade de pensamento crítico-reflexivo nos processos formativos das profissões de saúde? quais as instâncias formadoras que podem ajudar graduandos da área da saúde na compreensão das necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde em seus diversos níveis?

A resposta para tais perguntas pode estar presente nas possíveis mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em saúde, na articulação do ensino com as redes de serviços e gestão além de em novas estratégias tecnoassistenciais com foco nas tecnologias do trabalho em saúde. É com as mudanças dos conteúdos e das metodologias, dos conceitos ou na maneira de organizar os processos de produção do conhecimento, de ensino-aprendizagem e de produção do cuidado que se pode circunscrever um modo de organizar o trabalho e produzir cuidado em saúde.

Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) fazem considerações acerca dessa mudança, quando afirma que mudar o nome das disciplinas, prescrever novos conteúdos, reorganizar a carga horária dos docentes ou estabelecer novos arranjos para núcleos temáticos em nada impactará se não ocorrerem pro-

fundas mudanças de orientação dos cursos relativas aos perfis profissionais esperados bem como nas relações entre ensino-serviço de saúde.

Em suma, as mudanças na formação somente serão alcançadas com a articulação entre a organização didática e a metodológica dos currículos, ou seja, as práticas de ensino, pesquisa, extensão e os cenários de práticas de cuidado em saúde, assemelhando-se ao que Ceccim e Feuerwerker (2004) denominaram de quadrilátero da formação em saúde: ensino-gestão-atenção-controle social.

No contexto estudado, percebe-se que as atividades de formação ainda se encontram fortemente atreladas à hegemonia dos modelos assistenciais. Entre estas atividades “formatadoras”, evidenciam-se, nos depoimentos de docentes e discentes, práticas de ensino realizadas, em sua maioria, nos cenários hospitalares e voltadas à doença e seu curso. Os entrevistados exaltam falhas curriculares, como o pouco direcionamento das disciplinas para a atenção básica e seus ideais de promoção e prevenção. As falas do Grupo I divergem quanto ao cenário onde deve acontecer o processo de ensino-aprendizagem referente a uma determinada disciplina:

Eu só dou uma disciplina na graduação, é uma disciplina introdutória, semiologia, ela não é muito voltada para saúde coletiva, mas para a área hospitalar mesmo, tem o foco mais para o ativo do que para o preventivo. (Docente).

A Semiologia, que é uma disciplina básica, tem prática na atenção secundária, às vezes até na terciária, você pega até hospital para estagiar com aluno [...] ninguém pensa que a Semiologia pode ser feita na atenção básica e pode, você pode trabalhar medicamento, você pode trabalhar várias práticas, exame físico, tudo nas unidades de atenção primária [...] e isso daí daria uma visão para o aluno. (Docente).

Hoje a enfermagem está em diversos espaços territoriais, nós temos uma linha muito concentrada na questão dentro desses três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, essa quebra dessa pirâmide e a tentativa de integração para uma rede de assistência onde a gente pudesse está atuando integralmente com o paciente na sua totalidade ela ainda deixa a desejar. (Docente).

A escassa articulação entre os níveis de atenção resulta em uma formação fragmentada e sem perspectivas de cuidado em rede. O estudante acaba desconhecendo os serviços da rede e

a melhor forma de resolver o problema de saúde do usuário, o que imprime a dificuldade em gerar profissionais resolutivos, podendo desencadear encaminhamentos desnecessários e sentimento de impotência do estudante e futuro profissional frente aos problemas de saúde da população.

Outro aspecto a ser ressaltado é que, ao privilegiar o hospital como espaço principal de cuidados, mantém-se a hegemonia do modelo tecnoassistencial centrado em especializações, na figura do médico e fortemente baseado na apologia à cura em detrimento das ações de promoção e prevenção as quais operam, sobretudo, em tecnologias relacionais e que oneram menos o sistema de saúde (CAMPOS, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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. Deve buscar, também, desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde dos usuários, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. Diante do panorama estudado, urge a mudança no processo de formação do enfermeiro como uma prioridade, por considerar necessário um enfoque na integração ensino, pesquisa, extensão e cenários de práticas, o que requer a (re)criação ou adequação de Projetos Pedagógicos.

Nesse sentido, a prática pedagógica do enfermeiro-professor deve passar por um processo contínuo de reflexão no intuito de promover uma prática capaz de modificar o contexto educacional do ensino de enfermagem, ainda marcado pela transmissão do conteúdo, fragmentação do ensino e dicotomia teoria-prática. Para isto, a articulação das Instituições de Ensino Superior com os serviços de saúde e comunidade é condição essencial para o avanço em busca da transformação do ensino.

Quanto à enfermagem, o processo de formação requer, das instituições formadoras, a implementação de ações buscando a reorientação do ensino, voltando-se para o desenvolvimento de competências e habilidades, para o exercício de práticas e saberes capazes de dar respostas aos princípios propostos pela Reforma Sanitária e do SUS. Ademais, o estudante deve ser sujeito do seu processo de formação direcionado para o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, de articular conhecimentos, de desenvolver habilidades e atitudes; de saber buscar informações para a resolução de problemas e de enfrentamento a situações de imprevisibilidade, da capacidade de agir com eficácia frente às mais diversas situações, apoiando-se em conhecimentos anteriormente adquiridos, mas sem limitar-se a eles.

Desse modo, as inovações requerem uma atitude coletiva, aberta, envolvendo docentes, discentes, gestores e profissionais da área. Assim, pode-se inferir que a formação de um perfil de enfermeiro com abordagem generalista, humanista, crítica e reflexiva só poderá ser alcançada com a adoção de práticas pedagógicas ativas que tenham o aluno como principal sujeito do seu processo de aprendizagem e o professor como facili-

tador deste processo, assegurando, desta forma, o desenvolvimento de competências que perpassem o modelo tradicional de formação profissional em detrimento daquele que privilegia apenas o conhecimento teórico e memorizado. Para tanto, busca-se ações que possibilitem a inter-relação das competências e habilidades estabelecidas, através da empregabilidade dos conceitos da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade no processo de formação do profissional enfermeiro (SILVA *et al.*, 2010).

O emaranhado contextual da formação em saúde voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS) em seu próprio cotidiano e com o propósito para tal se condensa em nós críticos em torno da dificuldade que o campo sanitário ainda apresenta para interagir de modo interdisciplinar. A linearidade disciplinar sob a hegemônica condução de apenas uma dimensão da vida humana incide nas relações terapêuticas, interações teórico-práticas e nas experiências assistenciais.

Entende-se, pois, que, apesar dos limites e desafios que envolvem o processo ensino-aprendizado da formação em enfermagem, existem avanços, enfocando o uso de metodologias e avaliações utilizadas neste processo, pois há ganho no que diz respeito ao reconhecimento e ao uso de metodologias ativas como uma estratégia didática que permite uma aprendizagem no sentido de possibilitar ao sujeito social se transformar e transformar seu contexto.

Com efeito, urge a reconstrução de novos referenciais para a formação dos profissionais de saúde ancorados na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe. O trabalho inter-

disciplinar supõe atitude e método, que implicam integração de conteúdo, superação de uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do conhecimento, superação da dicotomia ensino – pesquisa e ensino – aprendizagem centrada na visão de educação permanente. A adoção do enfoque interdisciplinar na concepção de conhecimento orienta a síntese dos saberes de modo a descobrir a realidade globalmente e, sobretudo, pela associação dialética entre dimensões polares entre teoria e prática, ação e reflexão, generalização e especialização, ensino e avaliação, meios e fins, conteúdos e processos.

Nesse sentido, um dos desafios que envolvem o processo ensino-aprendizado em enfermagem, continua sendo o de aprofundar as discussões e de tornar claro à comunidade das IES que a formação engloba metodologias e avaliações de habilidades que passam pelo conhecimento através das disciplinas e outras atividades curriculares formais, mas não se restringe somente a isto, pois as metodologias de ensino e as avaliações devem fortalecer a competência de estimular a prática deste conhecimento, em um processo formativo de sujeitos que exercem sua cidadania e são capazes de enfrentar e responder, para além de questões teóricas, os constantes desafios impostos pela sociedade e, mais especificamente, pelas diferentes demandas do setor saúde, promovendo oportunidades de reflexão sobre o trabalho e o fazer pedagógico na saúde e na enfermagem.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTAN, J. S. S; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisas, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Ed. UEFS, 2010.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária à Saúde** [Impresso], v. 10, p. 189-199, 2007.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2005. p. 131-152.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198/2004**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <www.saude.gov.br/sgtes>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS. Brasília: MS, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a Clínica ampliada em Equipes de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005. p.68.

CAMPOS, G. W. S. Políticas de formação pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. **Cadernos RH saúde**, v. 3, p. 55-60, 2006.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de Enfermagem**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL, 1998.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004.

CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 14, p. 11-20, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação profissional em saúde coletiva: dilemas e desafios. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 1-2, p. 147-152, 1995.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, C. M.; ALMEIDA, M. **Formação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Revista Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, suppl. 1, p. 1463-1472, 2009.

LUNARDI, V. L. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 775-781. 2012

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2005. p. 13-33.

SILVA, J. A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2007.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, M. G. *et al.* Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, 2010.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Interface ensino, pesquisa, extensão nos cursos de graduação da saúde na universidade federal do Triângulo Mineiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1080-1085, 2007.

CAPÍTULO 3

CONHECIMENTOS ATUAIS SOBRE AS TOMADAS DE DECISÃO A RESPEITO DA INCORPORAÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Fernando dos Santos Rocha Filho

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

A incorporação de novas tecnologias de saúde, a partir de tomadas de decisão adequadas, vem proporcionando benefícios para a saúde e o bem-estar, apesar de exceções importantes (BYNUM, 2011). Na história da humanidade, observa-se este impacto já com os primeiros arados, o fogo, as plantas medicinais e as medidas de higiene. Também, mais recentemente, veem-se os benefícios dos antibióticos, vacinas, da ressonância magnética, transplantes de órgãos e muitos outros avanços. Chauí e Oliveira (2008) e Cotrim (2006) ressaltam que as tecnologias contribuíram para um maior bem-estar, mas, também, ocasionaram malefícios. No século XX, surgiram tanto a penicilina quanto a bomba atômica. Assim, o estudo da incorporação de novas tecnologias pelas instituições deve incluir aspectos éticos e filosóficos, na perspectiva do maior bem-estar possível das pessoas e do ambiente. A relação risco-benefício deve sempre ser considerada bem como ser observado quem se beneficia e se existem riscos de ocorrerem prejuízos à saúde em cada situação.

Augustovski, Pichon-Riviere e Rubinstein (2010), Balbinotto-Neto (2010) e Campos (2007) enfatizam que a inovação tecnológica em saúde tem exigido esforço social e custo financeiro cada vez maiores. Em consequência disto, acrescentam que as tomadas de decisão sobre incorporação tecnológica devem ser adequadamente planejadas, baseadas em diretrizes, critérios e prioridades bem estabelecidos. Neste sentido, a incorporação tecnológica é um dos fatores que mais influenciam o grande crescimento dos gastos em saúde em muitos países.

Em decorrência, é muito relevante evidenciar alternativas para otimizar a incorporação de tecnologias nas instituições, desta forma, otimizando os resultados e os gastos.

As inovações na saúde têm crescido em uma velocidade muito intensa nas últimas décadas (KLIGERMAN, 2001; BYNUM, 2011). A cada dia, surgem novos equipamentos, drogas, medicamentos e procedimentos médicos, biomédicos e cirúrgicos, tanto para a recuperação da saúde quanto para a sua preservação, bem como para uma melhor qualidade de vida. Os serviços de saúde crescem em sofisticação tecnológica. E isto é uma característica fundamental deles. Como afirmam Santos e Andrade (2008), “é preciso resolver o intrincado problema de se ofertar serviços de saúde – cuja complexidade é uma escala crescente de tecnologias, especialidades e conhecimentos – capazes de garantir ao cidadão a integralidade de sua saúde [...]”. Isto desperta o interesse e a mobilização de profissionais de saúde, pessoas portadoras de doenças, gestores e da sociedade em geral.

O objetivo deste estudo é verificar e sistematizar o conhecimento atual sobre as tomadas de decisão a respeito da incorporação de novas tecnologias, especialmente a incorporação tecnológica em instituições de saúde.

DESENVOLVIMENTO

Tomadas de decisão na gestão contemporânea em saúde

Chiavenato (2011, p. 324) analisa a posição *de três teorias administrativas* a respeito do fluxo e do processo geral das *tomadas de decisão nas organizações*. Ressalta que a Teoria Clássica da Administração, na prática, considera muito pouca a participação, no processo decisório e administrativo, por parte dos funcionários do setor de produção. Sua produtividade seria incentivada apenas com melhor remuneração financeira e melhores condições físicas do ambiente de trabalho.

Por outro lado, para a Teoria das Relações Humanas, os indivíduos da organização são portadores de necessidades, atitudes, valores e objetivos pessoais, que precisam ser expressados, identificados, compreendidos, valorizados e estimulados. Porém, esta teoria aprofunda pouco a questão dos processos decisórios na organização e da participação dos vários membros neste processo (CHIAVENATO, 2011, p. 324).

Já a Teoria Comportamental vê a organização como um sistema de decisões, onde *todos os seus membros estão continuamente tomando decisões* (CHIAVENATO, 2011, p. 324). Todos os membros podem decidir participar ou não participar, como tomadores de decisão e de opinião e como solucionadores de problemas. Na esfera da Teoria Comportamental da Administração, destaca-se a **Teoria das Decisões** a qual foi, inicialmente, formulada por Herbert Simon e que afirma que

decisão é “o processo de análise e escolha, entre as alternativas disponíveis, de cursos de ação que a pessoa deverá seguir” (CHIAVENATO, 2011, p. 324). Este autor lista os **seis elementos** que estão envolvidos em toda decisão:

- 1) O(s) tomador(es) de decisão;
- 2) Os objetivos a alcançar;
- 3) Preferências (critérios para fazer escolhas);
- 4) Estratégia (o curso de ação, o caminho escolhido o qual depende dos recursos disponíveis);
- 5) Situação (aspectos do ambiente, sendo alguns fora do controle do decisor);
- 6) Resultado (a consequência da estratégia tomada).

Em outras palavras, segundo o mesmo autor, os elementos mais básicos envolvidos nas tomadas de decisão são: (1) cada *tomador de decisão*, com (2) seus *objetivos*, e (3) suas preferências (*critérios*), fazem as escolhas (priorização) de problemas, de necessidades, de objetivos e de (4) *estratégia(s)* (de intervenção), dentro da (5) *situação* (contexto, aspectos do ambiente), visando obter o(s) (6) *resultado(s)* (a consequência da estratégia tomada).

Chiavenato (2011) aponta que, também dentro da Teoria das Decisões, os tomadores de decisão (atores), com os demais elementos acima descritos, usualmente realizam as seguintes sete etapas do processo de tomada de decisão:

- 1) *percepção* da situação-problema (implica em apontar quais são os problemas);

- 2) *análise e definição* do problema;
- 3) definição dos *objetivos* (implica em apontar o que alcançar, o que mudar na realidade);
- 4) procura (levantamento) de *alternativas* (de soluções ou cursos de ação);
- 5) *Seleção* (escolha) das alternativas mais adequadas (para os objetivos);
- 6) *Avaliação* e comparação das alternativas (com a definição final da alternativa escolhida);
- 7) *Implementação* da alternativa escolhida.

Observa-se que, após a definição dos objetivos a alcançar (etapa 3), nas três etapas seguintes (etapas 4, 5 e 6) ocorre uma “filtragem” cada vez mais rigorosa e restrigente das várias opções iniciais de alternativas de solução (etapa 4), em que se vai investigando, comparando (por certos critérios), excluindo várias alternativas e identificando um grupo menor, mais seletivo, de alternativas (etapa 5), até se realizar a avaliação comparativa final e se chegar àquela alternativa considerada mais adequada (etapa 6). Além disso, pode-se verificar que existe correlação entre os *elementos* e as *etapas* das tomadas de decisão apresentadas acima por Chiavenato (2011, p. 324) como apresentado no Quadro 1, pois:

– Os *tomadores de decisão* (decisores) são aqueles que realizam as *etapas* das tomadas de decisão e, assim, suas características pessoais influenciam todas essas etapas até a definição final da alternativa escolhida.

– Os *objetivos* definidos influenciarão, como *elemento* importante, tanto as *etapas* seguintes das decisões como a *estratégia* escolhida.

– Da mesma forma, as *preferências* (critérios) dos decisores influenciam praticamente todas as *etapas* das tomadas de decisão, desde a percepção e a análise da situação-problema até a comparação de alternativas e a definição da escolha final.

– Também o *elemento* situação do *ambiente* (contexto) com seus *recursos* disponíveis (ou a falta deles) coloca dificuldades (ameaças) e/ou oportunidades favoráveis às estratégias de alcance dos objetivos, para a resolução dos problemas.

Quadro 1 – Referencial teórico sobre o processo de tomadas de decisão na abordagem administrativa comportamental* e no planejamento estratégico em saúde.

Elementos das tomadas de decisão*	Etapas das tomadas de decisão*	Etapas (momentos) do Planejamento Estratégico** e exemplos na área de saúde
As Preferências (<i>critérios</i>) dos <i>atores</i> , para fazer a decisão (escolha, priorização) de problemas, necessidades, <i>objetivos</i> e <i>estratégias</i>	1) <i>percepção da situação-problema</i> (implica apontar quais são os problemas)	(1) <i>Momento Explicativo</i> . Ex: Lista de doenças de alta mortalidade e/ou morbidade na população / clientela
	2) <i>análise</i> (hierarquização) e <i>definição</i> do problema (principal)	(1) <i>M. Explicativo</i> . Ex: Classificação e priorização das doenças

Os <i>objetivos</i> a alcançar	3) definição dos <i>objetivos</i> (implica apontar o que alcançar, o que mudar na realidade)	(2) <i>M. Normativo</i> . Ex: Promover a saúde, evitar a doenças (pelo menos as mais prioritárias), recuperar a saúde das pessoas
As Preferências (<i>critérios</i>) para fazer a escolha da(s) <i>Estratégia(s)</i> (de intervenção)	4) <i>procura</i> de <i>alternativas</i> (de <i>soluções</i> ou cursos de ação)	(2) <i>M. Normativo</i> . Ex: Procurar conhecer ao máximo possível as várias ações, profissionais, equipamentos e outros recursos capazes de permitir que se alcancem os objetivos assumidos
Idem acima	5) <i>Seleção</i> das alternativas mais adequadas (para os objetivos)	(3) <i>M. Estratégico</i> . Ex: Segundo critérios adequados, reduzir a lista de alternativas, selecionando as mais apropriadas aos objetivos
Idem acima	6) <i>Avaliação</i> e comparação das <i>alternativas</i> (com a definição final da alternativa escolhida)	(3) <i>M. Estratégico</i> . Ex: <i>Avaliação</i> e <i>decisão</i> final de quais as ações, equipes, equipamentos ou outros recursos que serão realmente incorporados ao serviço de saúde
<i>A Situação (contexto)</i> (aspectos do ambiente, sendo alguns fora do controle do decisor)		(<i>M. Estratégico</i>). Ex: Aproveitar as “oportunidades” e minimizar e/ou neutralizar “ameaças”

	7) <i>Implementação</i> da alternativa escolhida	(4) <i>M. Tático-operacional</i> . Ex: Incorporação e operacionalização das ações e equipamentos escolhidos
<i>O Resultado</i> (a consequência da estratégia tomada)		(<i>M. Tático-operacional</i>). Ex: Monitorar e avaliar os <i>resultados</i> das atividades e do uso dos recursos

Fonte: Elaboração própria. Referências: (*) Chiavenato (2011, p. 324); (**) Paim, (2008).

Pode-se observar que os processos e *etapas* dos processos de decisão que foram apresentados acima (CHIAVENATO, 2011, p. 324), conceituados pela teoria das decisões do modelo administrativo comportamental, *têm correlação* com os processos de *tomadas de decisão* que vêm sendo preconizados *para o planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde* (MATUS, 1996; PAIM, 2011, p. 771; SALU, 2013). Assim, Paim (2008, p. 771-774), concordando com Matus (1996), ressalta que *o planejamento em saúde, com foco em uma situação-objeto*, apresenta as quatro etapas seguintes:

1) No momento *explicativo*, os *problemas* são identificados e explicados (quais problemas e por quê ocorrem), identificando-se, também, *oportunidades* para a ação.

2) No momento *normativo*, define-se “o que *deve* ser feito”, “os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários”.

3) No momento *estratégico*, faz-se “um balanço entre o que *deve* ser feito e o que *pode* ser feito”, vê-se a *viabilidade* de cada ação proposta, ajustes necessários e “o desenho e o curso de ação para a superação de obstáculos”.

4) Finalmente, no momento *tático-operacional*, faz-se o acompanhamento e a avaliação da concretização (realização) do plano, requerendo informações, “ajustes, adaptações, flexibilidade” (PAIM, 2011, p. 771).

Com base nos elementos e etapas das tomadas de decisão conceituados na abordagem administrativa comportamental (CHIAVENATO, 2011, p. 324) e no planejamento estratégico com foco em situação-objetivo (PAIM, 2011, p. 774), pode-se apresentar *exemplos, na área de saúde*, como os apontados no Quadro 1.

Ainda sobre as tomadas de decisão, Santos e Andrade (2007, p. 96) destacam alguns aspectos muito relevantes na moderna administração pública (e que são respaldados na legislação do SUS), aspectos estes que ampliam o conjunto de atores que participam das decisões. Isto inclui a “participação do cidadão na tomada de decisões públicas”, como no caso das Conferências e Conselhos de Saúde, com respaldo no art. 198, III da CF e na Lei Federal nº 8.142/90. Ressaltam, também, os aspectos da transparência da gestão e da valorização do cidadão-usuário dos serviços de saúde, como a realizada por conselhos gestores em serviços de saúde e leis sobre direitos dos pacientes. Estes aspectos são também destacados por Campos e Guerrero (2008), como relevantes na gestão em saúde, incluindo as tomadas de decisão.

Tomadas de decisão em algumas instituições de saúde

Nesse sentido, no âmbito do SUS brasileiro, a Lei Federal nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080/1990, determina, no seu Artigo 19-Q, que a incorporação, alteração ou exclusão de novas tecnologias no SUS é atribuição do Ministério da Saúde (MS), sendo para isto assessorado por uma comissão denominada Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS. Inclusive, determina que o recebimento das propostas de incorporação ou exclusão de tecnologias é de responsabilidade da CONITEC a qual inicia um processo administrativo para cada demanda. Fundamentando-se na Lei federal nº 12.401/11 e no Decreto Presidencial nº 7.646/11, o *fluxo de incorporação de novas tecnologias no SUS*, incluindo as aquisições pelo MS (BRASIL, 2011a; CAPUCHO, *et al.*, 2012), é apresentado no Quadro 2.

A CONITEC substituiu a Comissão para Incorporação de Tecnologias (CITEC), que fora criada, em 2006, pela Portaria nº 3.323/2006, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; CAPUCHO *et al.*, 2012), vinculada ao MS através do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS) que faz parte da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS.

A mesma Lei nº 12.401/11, por sua vez regulamentada pelo Decreto Presidencial nº 7.646/11, determina que o MS, assessorado pelo CONITEC, é responsável, também, pela incorporação, alteração ou exclusão de novos medicamentos, produtos e procedimentos, além de constituir ou alterar protocolos clínicos ou diretrizes terapêuticas.

Por outro lado, Stefani (2010) ressalta que existe a previsão de participação das instituições do *setor complementar* ao SUS, como as operadoras de planos de saúde, “nas análises de ATS (avaliações tecnológicas de saúde) previstas pelo governo”.

Quadro 2 - Fluxo de incorporação de novas tecnologias no SUS.

- CONITEC* (SE - Secretaria Executiva)	Recebe pedido de incorporação. É instaurado processo administrativo a ser concluído em no máximo 180 dias, sujeito a prorrogação por mais 90 dias (lei 12.401/11);
- CONITEC (SE)	Analisa os estudos apresentados pelo demandante. Elabora relatório com parecer sobre incorporar – ou não – a nova tecnologia no SUS;
- CONITEC (SE)	Solicita estudos e pesquisas complementares, se necessário;
- CONITEC (Plenário)	Analisa relatório e faz recomendação;
- CONITEC (SE)	Submete parecer da CONITEC à Consulta Pública (CP);
- CONITEC (Plenário)	Avalia as contribuições da CP e emite parecer conclusivo;
- Secretário da SCTIE	Avalia se haverá audiência pública;
- CONITEC (SE)	Realiza audiência pública se Secretário da SCTIE solicitar;
- Secretário da SCTIE	Avalia relatório, decide e publica na DOU.

Fonte: (*) CONITEC/MS (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) / DGITS (Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde) / SCTIE (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos) / MS. Lei federal 12.401/11; Decreto Presidencial 7.646/11. Capucho *et al.* (2012)

No âmbito do SUS, no Estado do Ceará, uma das instituições que realizam a incorporação de novas tecnologias em saúde é a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA-CE), algumas vezes fazendo parceria com o governo federal e com governos municipais (CEARÁ, 2013a; 2013b).

No fluxo de tomadas de decisão sobre as incorporações de tecnologias para os serviços de saúde da SESA-CE, o decisor final, que é o Secretário de Saúde do Ceará, conta com a assessoria do Centro de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Estado do Ceará (CEATS), o qual foi instituído através da Portaria da SESA-CE nº 1.364/2013, publicada em 9 de agosto de 2013. O CEATS substituiu, com ampliação de responsabilidades, a Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde (CATS), que atuava desde 2009. A CATS e, agora, o CEATS, apresentou vários relatórios com pareceres sobre propostas de incorporação de tecnologias em saúde no SUS do Ceará (CEARÁ, 2013b). O CEATS é vinculado ao Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação (NUCIT) da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CGTES) da SESA-CE. “O NUCIT é a instância da SESA-CE responsável pela promoção e difusão de tecnologias em saúde no SUS de âmbito estadual” (CEARÁ, 2013b).

O CEATS, de caráter multiprofissional, tem a finalidade de assessorar o gestor do SUS-Ceará (o Secretário de Saúde) no que concerne à incorporação, difusão e exclusão de tecnologias em saúde e a missão de fomentar e apoiar a criação e funcionamento dos Núcleos de Avaliação de Tecnologias de Saúde (NATS) nas unidades de saúde (serviços de saúde) da SESA-CE (CEARÁ, 2013b). A portaria da SESA-CE nº 1.364/2013 determina que, dentre as competências do CEATS, estão as seguintes.

- Assessorar o Conselho Executivo da SESA-CE no tocante à incorporação, difusão e exclusão de tecnologias em saúde;
- Contribuir para a garantia de incorporação e exclusão de tecnologias em saúde com base em evidências científicas;
- Difundir a cultura de Avaliação de Tecnologias de Saúde (ATS);
- Elaborar pareceres técnico-científicos sobre o uso de tecnologias em saúde;
- Elaborar e incentivar a adoção de protocolos terapêuticos e diretrizes técnicas;
- Elaborar avaliações econômicas;
- Desenvolver e apoiar pesquisas científicas sobre avaliação econômica e de impacto da incorporação de tecnologias em saúde no SUS;
- Elaborar Plano Anual de Trabalho e monitorar o cumprimento de suas ações;
- Promover capacitação profissional em ATS;
- Estimular a criação de NATS no Estado do Ceará;
- Integrar e fortalecer as redes de ATS nacionais e internacionais;
- Organizar, manter e atualizar o acervo de referências em ATS.

Por outro lado, na portaria da SESA-CE que criou o CEATS não fica determinado que as propostas de incorporação ou exclusão de tecnologias no SUS-Ceará são obrigatoriamente apresentadas ao CEATS nem ao NUCIT e nem ao Conselho Executivo da SESA-CE (CEARÁ, 2013a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que as tomadas de decisão sobre incorporação de tecnologias de alto custo podem ser mais otimizadas quando órgãos especializados em avaliação de tecnologias de saúde, como a CONITEC-MS, têm participação mais ativa nos processos e fluxos de decisão. Assim, existe a possibilidade de se incluir mais atores da instituição e de fora dela nestes processos.

A otimização das seleções e incorporações de novas tecnologias tem relação com a busca dos gestores, seus assessores e outros atores, em conhecer, cada vez mais, os princípios e procedimentos da avaliação de tecnologias de saúde (ATS), incluindo a sua avaliação econômica (AVES) e, também, a ampliação das formas de divulgar, trocar experiências e compartilhar as consideradas boas práticas de incorporação que têm sido realizadas em instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

AUGUSTOVSKI, F.; PICHON-RIVIERE, A.; RUBINSTEIN, A. Critérios utilizados pelos sistemas de saúde para incorporação de tecnologias. In: NITA, M. E. *et al.* **Avaliação de tecnologias em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BALBINOTTO-NETO, G. Utilização de diretrizes nacionais e internacionais para execução da avaliação de tecnologias em saúde. In: NITA, M. E. *et al.* **Avaliação de tecnologias em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.323**, de 27 de dezembro de 2006. Institui a Comissão para Incorporação de Tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei federal n. 12.401**, de 28 de abril de 2011 que altera a Lei 8.080/90 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. Brasília: Presidência da República, 2011.

BYNUM, W. **História da medicina**. Tradução F. S. Maior. Porto Alegre: L&PM, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; GERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

CAPUCHO, H. C. *et al.* Incorporação de tecnologias de saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 13, n. 13, p. 1215-1222, jul. 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Portaria n. 1.364**, de 9 de agosto de 2013 que institui o Centro de Avaliação de Tecnologias de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: SESA-CE, 2013a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Centro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. **INFOCATS** n. 4 jul. 2013b.

CHAUÍ, M.; OLIVEIRA, P. S. **Filosofia e Sociologia**. São Paulo: Ática, 2008.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

COTRIM, G. **Fundamentos da filosofia: história e grandes temas**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

KLIGERMAN, J. Assistência oncológica e incorporação tecnológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, jul./set. 2001.

MATTOS, R. A **Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade**. In: MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (orgs.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - ABRASCO, 2007, p. 369-383.

PAIM, J. *et al.* sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: PAIM, J. (Org.) Saúde no Brasil. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2011. p. 11-31.

SALU, E. J. **Administração hospitalar no Brasil**. Barueri: Manole, 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008.

STEFANI, S. D. Avaliação de tecnologias em saúde no contexto da saúde suplementar. In: NITA, M. E. *et al.* **Avaliação de tecnologias em saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CAPÍTULO 4

MOBILIZAÇÃO SOCIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DE REDES PARA O CONTROLE DA DENGUE: ABORDAGEM ECOBIOSSOCIAL NO CEARÁ, BRASIL

Joana Mary Soares Nobre

Ana Carolina Rocha Peixoto

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

Historicamente, a interferência do meio ambiente na saúde humana é percebida na determinação e na evolução das doenças (GOUVEIA, 1999). O desgaste da relação saúde-ambiente favoreceu o surgimento e a propagação de pragas ou epidemias. Nesse contexto, a dengue, doença infecciosa transmitida por vetores, atingiu sua magnitude pelo difícil controle do *Aedes aegypti* e por outros fatores associados, e despontou como um problema de saúde pública mundial (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2009).

Tal situação impulsionou a realização de inúmeras investigações na temática da dengue a fim de compreender e buscar soluções na Saúde Pública. Isto explica a existência de ampla literatura relacionada ao assunto que abrange vários aspectos: multicausalidade da doença; biologia e ecologia do *Aedes aegypti*, vetor transmissor da dengue; vacina para o vírus da dengue; intervenções e programas para controle vetorial e outros.

Os estudos com foco no controle vetorial abordam, em sua maioria, o controle químico, presente fortemente nas formas de controle da transmissão da dengue. Outras pesquisas apontam o controle mecânico como uma estratégia mais viável para reduzir a proliferação do vetor *Aedes aegypti* responsável pela transmissão desta doença, a partir do envolvimento integrado dos agentes sociais. O próprio Ministério da Saúde do Brasil (2008) referiu que o controle de tal vetor, demanda o envolvimento, articulado, dos setores públicos e privados, além da sociedade organizada e do setor da saúde. Ponto relevante devido à alta capacidade de adaptação do *Aedes aegypti*

ti ao ambiente urbano e aos hábitos da população e por se acreditar que o controle da dengue ocorre essencialmente no âmbito coletivo (BRASIL, 2008). Esta condição vislumbra a contribuição da intersetorialidade para um sistema de saúde mais efetivo, porém, é preciso se desfazer da visão de gestão setorializada das políticas públicas ligadas à qualidade de vida (LIMA; VILABÔAS, 2011), uma vez que:

os complexos padrões de transmissão em ambientes urbanos são um desafio para os esforços de controle da dengue [...] em contextos específicos é preciso avançar [...] em parcerias intersetoriais [...] com os princípios de Manejo Integrado de Vetores (IVM). (SOMMERFIELD; KROEGER, 2013, p. 56).

Entretanto, Caprara *et al.* (2015) apresentaram como limitação do estudo multicêntrico ecobiossocial a dificuldade de lidar com a intersetorialidade de maneira natural, especialmente quando liderada pelo setor de saúde.

Deste modo, o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) prevê *ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, entre outros componentes, com fins de reduzir o impacto da dengue no Brasil*. Até que ponto essas ações conseguem instituir as práticas intersetoriais no controle da dengue? (BRASIL, 2002).

A educação em saúde e a comunicação exercem importante papel para trabalhar mudanças de comportamento. Já a mobilização pode ser caracterizada como um apoio para pro-

mover a adesão dos agentes sociais às ações de gestão ambiental a serem implementadas a partir das organizações sociais já existentes, da criação de grupos ou associações e, por meio da comunicação, dissemina as informações sobre o papel de cada agente social nas atividades propostas para o controle da dengue (BRASIL, 2008).

Nesse aspecto, tais práticas corroboram com os princípios do enfoque ecossistêmico em saúde humana, uma abordagem integrada que pode ser considerada uma valiosa ocasião para implementar o PNCD com estratégias integradas de intervir na problemática de forma mais eficaz e com adequado custo-benefício (PASSOS *et al.*, 2013).

Foster *et al.* (2015, p. 132) referem que “a abordagem ecossistêmica para prevenção da dengue será bem sucedida se perseguir parcerias com a comunidade, incorporar elementos de mobilização social e empoderamento com ênfase na colaboração intersetorial”. Igualmente, Sommerfield e Kroeger (2013, p. 56) defendem “[...] uma abordagem intersetorial, que combine práticas de gestão ambiental com a mobilização da comunidade, sendo cruciais as intervenções que apontam para a mudança de comportamento”.

Apesar de pesquisas apontarem a intersetorialidade como alicerce para alcançar o controle da dengue, existem poucos estudos empíricos direcionados para o trabalho do educador em saúde e do mobilizador social responsáveis por promover práticas interssetoriais para a mudança de hábito dos agentes sociais no controle da doença.

O escasso conhecimento sobre as ações de mobilização social e as práticas interssetoriais, na perspectiva da abordagem

integrada, vinculadas à problemática da dengue assim como os resultados da pesquisa multicêntrica ecobiossocial no Brasil de 2010-13 oportunizaram o conhecimento de aspectos importantes no cenário da capital cearense, a destacar a dificuldade para o envolvimento dos agentes sociais durante os encontros e ações propostas pela abordagem integrada em prol da saúde da coletividade, no que tange à problemática da dengue (NOBRE, 2013). Fato que remeteu à realização do estudo atual cujo objetivo foi investigar se a mobilização social no controle da dengue subsidiada pela intervenção ecobiossocial poderá favorecer a formação e a implementação de redes no controle da dengue.

METODOLOGIA

Esse estudo se inseriu em um marco conceitual mais amplo, caracterizado por uma pesquisa multicêntrica financiada por UNICEF/IDRC e UNDP/World Bank/WHO *Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases* (TDR).

No Brasil, ocorreu em dez bairros do Município de Fortaleza, Estado do Ceará, no período de 2013-14. A capital do Ceará apresenta vulnerabilidades para a transmissão de dengue: clima tropical; padrão sazonal; condições socioambientais e população de 8.452,381 pessoas, no ano de 2010 (IBGE, 2012) e apresentou 63% das confirmações de dengue estaduais, no período de 2007 a 2012 (CEARÁ, 2013), fato relevante para a efetivação do estudo ecobiossocial local.

Os dez bairros foram selecionados aleatoriamente, por meio de imagens de satélite com a tecnologia GIS e do Programa Ver Arc para a Pesquisa Multicêntrica, compondo um contexto diferenciado em termos geográficos, demográficos, habitacionais, econômicos, culturais e sociais.

As ações prévias à intervenção se deram com reuniões dos pesquisadores sociais com a coordenadora do Núcleo de Controle de Endemias (NUCEN) do Município de Fortaleza que os encaminhou para falar com a coordenadora do Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social (NEMES).

Na ocasião, os resultados da fase 2 da pesquisa multicêntrica foram apresentados bem como os objetivos do estudo atual: ampliar a participação dos agentes sociais no controle da dengue por meio da atuação do educador em saúde/mobilizador social em sintonia com a estratégia de abordagem de ecossaúde; capacitar os educadores em saúde em intervenção de ecossaúde (gestão ambiental, ações intersetoriais, estreitar as relações com o Programa de Saúde da Família (PSF); e delinear a rede intersetorial após a intervenção de ecossaúde.

Os gestores do NUCEN reconheceram a importância da pesquisa para a problemática da dengue no âmbito da saúde coletiva e, prontamente, selecionaram dez profissionais que participariam da pesquisa, segundo os critérios estabelecidos em comum acordo, ou seja: o profissional trabalhar na área do estudo e ter experiência como educador em saúde/mobilizador social de, pelo menos, dois anos; liberação do profissional para participar das reuniões e capacitações; e atuar quatro horas semanais no campo dentro da perspectiva de ecossaúde, por um período de seis meses.

Em todos os momentos da investigação, as ações de capacitação e intervenção foram construídas e discutidas com o grupo de educadores em saúde/mobilizadores sociais. As estratégias da pesquisa compreenderam a capacitação em intervenção ecobiossocial com os educadores em saúde/mobilizadores sociais organizadas em módulos.

Módulo 1 – Explicação da pesquisa multicêntrica ecobiossocial, momento de integração entre pesquisadores e educadores em saúde/mobilizadores sociais e diagnóstico situacional de cada campo na percepção destes profissionais do Município de Fortaleza. Foi, então, explicado tanto a metodologia de pesquisa como os encontros quinzenais entre pesquisadores e educadores em saúde/mobilizadores sociais por cada agregado estudado e houve um momento de discussão para a construção de um instrumento de coleta de dados pelos educadores/mobilizadores.

Módulo 2 – Apresentação da proposta da pesquisa e da teoria de redes; dinâmica em grupo. No primeiro momento, os participantes foram instigados a refletir: Como buscar o interesse dos agentes sociais no controle da dengue? Qual a melhor maneira de sensibilização e conscientização da comunidade no controle da dengue, de forma constante? Foi, então, sugerida a participação do setor de Comunicação da Prefeitura Municipal de Fortaleza, nos próximos encontros da pesquisa.

No segundo momento do Módulo 2, a teoria de redes foi apresentada ao grupo e os participantes fizeram explicações sobre as redes existentes na sua área, comentando a forma de atuação e a aceitabilidade por parte da comunidade. No terceiro momento, os educadores em saúde se dividiram em

grupos e construíram desenhos das redes intersetoriais com as quais eles trabalham no modelo tradicional. Na sequência, ficou estabelecido o modelo da rede subsidiado pelo projeto ecobiossocial a ser implementado a partir da aliança: academia; programas de controle de endemias; outras instituições; e a comunidade.

Módulo 3 – Palestra motivacional proferida por uma Psicóloga mestra em Educação que incentivou o trabalho de campo, destacando a importância da persistência nas visitas e mobilizações sociais no controle da dengue e apresentação do novo modelo de territorialização, pelo próprio coordenador responsável ligado ao NUCEN da Prefeitura Municipal de Fortaleza, que instigou o debate entre os participantes ante as experiências com a territorialização.

Módulo 4 – Discussão sobre mobilização social e encerramento dos encontros com uma integração em clima de natal.

Outra estratégia foi a intervenção de campo gerenciada pelos educadores em saúde/mobilizadores sociais e baseada em estratégias de implementação com vistas à integração e formação de redes para o controle da dengue nos agregados da pesquisa (Parreão, Passaré, Quintino Cunha, Messejana, José Walter, Centro, Vila Ellery, Granja Lisboa, Papicu e Pici), por um período de quatro meses, visto que, nas diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), estes profissionais têm a função de mobilizar os agentes sociais em prol da prevenção e controle da dengue. No mesmo período, os educadores em saúde/ mobilizadores sociais tinham encontros quinzenais com os pesquisadores, por agregado, a fim de es-

clarecer as dúvidas advindas da intervenção em campo e do preenchimento do relatório de campo elaborado coletivamente durante a fase de capacitação.

Para a coleta de dados da abordagem qualitativa, primeiramente foi aplicado o relatório de campo construído pelo grupo de pesquisadores e educadores/mobilizadores no qual os profissionais municipais informaram: as rotinas de trabalho no campo identificado previamente; as ações desenvolvidas; o perfil dos participantes; potencialidades e fragilidades do agregado; e, ainda, a percepção destes agentes sociais a partir da realização da abordagem de ecossaúde na prevenção e controle da dengue.

Todos os mobilizadores participantes do estudo apresentaram dificuldade no preenchimento do relatório, apesar de terem participado de sua elaboração, motivo pelo qual foi produzido outro instrumento de pesquisa, a entrevista, que foi aplicada pelo pesquisador após o término da intervenção, com o intuito de conhecer, com maior profundidade, o tempo de trabalho como mobilizador social, a sua interação com as pessoas no ambiente de trabalho, os treinamentos para atuarem na intervenção tradicional, a sua percepção sobre a intervenção de ecossaúde realizada e a participação dos agentes sociais, qual o impacto dessa intervenção no agregado, os pontos fortes e fracos do agregado em termos de infraestrutura e participação social.

De posse dos dados passados por exaustivas leituras dos textos foi possível realizar uma primeira interpretação, com o propósito de compreender o conteúdo em termos gerais e identificar os temas principais. Assim, para a análise das informações optou-se pela análise categorial temática por enunciação.

Para a análise do material qualitativo optou-se pela modalidade de análise de conteúdo, assim conceituada por Minayo:

Diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. [...] busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. (2010, p. 303).

Na realização desta pesquisa, seguimos os pressupostos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), mediante a aprovação do Projeto Guarda-chuva, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com o número de protocolo: 09553425-3. Foram preservados os preceitos bioéticos fundamentais de respeito ao indivíduo, da autonomia, da beneficência e da justiça. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de iniciarem as atividades, sendo garantido o anonimato dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No cenário brasileiro atual, a prevenção e o controle da dengue tem sido uma atividade complexa e sem êxito para responder a complexidade desta doença, apesar de existir, desde o ano de 1976, programas de controle das doenças transmitidas por vetores (BRASIL, 2002).

Em virtude da dimensão epidemiológica da dengue, relevante no cenário nacional e local, que evidencia elementos biológicos, ecológicos, políticos, sociais e econômicos, o seu controle requer o envolvimento dos agentes sociais, populações locais, pesquisadores e gestores de diversas áreas (SANTOS; AUGUSTO, 2011; AUGUSTO *et al.*, 2005), condição evidenciada, inclusive, pelo Ministério da Saúde do Brasil que relatou:

Combater o *Aedes aegypti* demanda o envolvimento articulado de diversos setores – como educação, saneamento e limpeza urbana, cultura, turismo, transporte, construção civil e segurança pública – assim como o envolvimento de parceiros do setor privado e da sociedade organizada, extrapolando o setor saúde (BRASIL, 2009, p. 89).

Segundo as diretrizes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), os educadores em saúde/mobilizadores sociais têm a função de atuar na linha de frente por meio da mobilização social e de práticas intersetoriais como estratégia

de controle da dengue. Entretanto, historicamente, os programas foram centrados, essencialmente, no controle químico, apesar de o PNCD prever *ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, entre outros componentes, com fins de reduzir o impacto da doença no país* (BRASIL, 2002).

Os educadores em saúde/mobilizadores sociais participantes da pesquisa foram a campo, alinhados com os pressupostos de ecossáude, para uma intervenção diferenciada, com o intuito de mobilizar os diversos atores sociais dos agregados para práticas intersetoriais, por um período de quatro meses de modo que esta nova perspectiva de abordagem integrada pudesse impulsionar um resultado favorável na formação/implementação de redes no controle da dengue, nas áreas de estudo do Estado do Ceará, Município de Fortaleza.

O Estado do Ceará acompanha a tendência epidêmica nacional pelo histórico de seis epidemias, demarcando a introdução de todos os sorotipos da dengue (DENV): 1987 (DENV 1); 1994 (DENV 1+2); 2001 (DENV 1+2); 2008 (DENV 2+3); 2011 (DENV 1+ 3+ 4) e 2012 (DENV 1+4). Nesse contexto, a incidência da doença no estado, nos períodos epidêmicos, se apresentou, respectivamente, com 378,93, 732,31, 455,64, 533,93, 670,98 e 600,74 casos por 100.000 habitantes. Percebe-se que, nos três últimos surtos de dengue estaduais, pelo menos 90% (167) dos municípios tiveram transmissão da doença (SESA, CEARÁ, 2013). Este cenário é semelhante ao do Município de Fortaleza, caracterizado por um fenômeno de elevado crescimento populacional que favorece, notadamente, um processo de urbanização acelerado e desorganizado, resultando na concentração de grande número de pessoas em algumas regiões as quais possuem condições pre-

cárias de habitação, inadequada coleta de resíduos orgânicos, deficiências no abastecimento de água e elevados índices de violência, ambiente propício para a proliferação da dengue e para dificultar as ações de controle.

Essa situação foi constatada na análise de conteúdo das informações coletadas nos relatórios e nas entrevistas com os educadores em saúde/mobilizadores sociais, que permitiu o surgimento das seguintes categorias: unanimidade; contrasenso; positividade; e sugestões.

Os profissionais foram unânimes em relatar os desafios para trabalhar no controle da dengue: ambiente complexo onde a violência se sobrepõe à dengue; as ações no controle da dengue são descontínuas, emergenciais e planejadas sem envolver os agentes sociais locais; eles se sentem despreparados para atuar, efetivamente, com educação em saúde e mobilização social; e, ainda, referiram a falta de motivação para o trabalho.

Mesmo diante das atribuições dos Comitês de Mobilização descritas nas diretrizes do PNCD: a) basear-se nas diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, aprovada pela Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007; b) planejar a mobilização a partir dos dados entomológicos e epidemiológicos; c) articular, com a gestão do SUS, um fluxo de trabalho para assessoramento, acompanhamento e monitoramento das ações de mobilização; d) definir cronograma de trabalho, tarefas e responsabilidades de cada parceiro do comitê nas ações de mobilização; e) produzir materiais informativos de controle da dengue coerentes com a cultura local e apoiar manifestações artísticas e culturais que possam atuar na

comunicação e na mobilização; e f) desenvolver parcerias com os conselhos de saúde (BRASIL, 2002), os distintos relatos sobre a formação dos profissionais para atuarem na educação em saúde/mobilização social oferecida pelo governo municipal mostraram contrassenso, pois evidenciam um desalinhamento no aspecto de formação desses profissionais em conformidade com as diretrizes do PNCD já mencionadas. Os mesmos, por sua vez, verbalizaram que se sentem “despreparados” para atuar, efetivamente, em tal função.

A atuação desses profissionais é de suma importância para a prevenção da dengue com ênfase no controle mecânico que propõe a adoção de práticas para dificultar a proliferação do *Aedes aegypti*, devendo ser executadas, principalmente pelos moradores/proprietários em integração com os agentes de controle de endemias e os agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2002). Para tanto é imprescindível uma prática intersetorial que busque, entre outras coisas, a mudança de comportamento em prol do controle vetorial mecânico (SOMMERFIELD; KROEGER, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde:

Vale lembrar que a comunicação não pode ser o único componente para trabalhar mudanças de comportamento. A educação em saúde também exerce importante papel nesse processo. A mobilização deve ser compreendida como um suporte para as ações de gestão, utilizando-se das ferramentas da comunicação

para fazer chegar a sociedade o papel de cada um nas ações a serem implementadas (BRASIL, 2008, p. 89).

As ações de comunicação são essenciais nos processos de mobilização social cujo objetivo é promover a adesão dos agentes sociais, no controle da dengue, a partir de organizações sociais já existentes ou a criação de grupos ou associações (BRASIL, 2009).

Segundo as *Recomendações técnicas para o controle da dengue*, “[...] o controle vetorial é uma ação de responsabilidade coletiva e não se restringe apenas ao setor saúde e seus profissionais” (BRASIL, 2008, p. 53). Porém, mundialmente, o papel das comunidades para impedir a produção de potenciais criadouros domésticos tem sido o mais complicado de alcançar êxito dentro dos componentes dos programas de controle vetorial. Neste caso, a educação em saúde deve ter como escopo a redução dos potenciais criadouros, pelo cidadão e, não simplesmente, o acréscimo de conhecimento (BRASSOLATTI; ANDRADE, 2002), porém, são necessárias a atualização de conhecimentos sobre os mecanismos mais eficazes de controle vetorial e modalidades de atuação de base comunitária (FIGUERÓ *et al.*, 2010). Neste contexto, as formas tradicionais de controle do *Aedes aegypti* do PNCD brasileiro têm se mostrado inadequadas ou ineficazes para responder satisfatoriamente ao problema de reincidência da dengue no país (BRASSOLATTI; ANDRADE, 2002).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde:

Para alcançar a sustentabilidade definitiva nas ações de controle, é imprescindível a criação de grupo executivo intersetorial, que deverá contar com o envolvimento dos setores de planejamento, de abastecimento de água e de coleta de resíduos sólidos, que darão suporte ao controle da dengue promovido pelo setor saúde (BRASIL, 2009, p. 53).

Essas circunstâncias estão alinhadas ao enfoque ecossistêmico em saúde humana-ecossaúde que objetiva desenvolver novos conhecimentos sobre a relação saúde – ambiente em realidades concretas, de forma a permitir ações adequadas, apropriadas e saúde das pessoas que aí vivem [...] através de uma melhor gestão do ecossistema e da responsabilidade coletiva e individual sobre a saúde (MINAYO, 2002, p. 181).

Oliveira (1998) relatou que o potencial transformador da relação entre investigação científica e grupos populares não se encontra no fato de se produzir novas informações e sim no estabelecimento de uma rede social de apoio, de convivência da qual a capacitação técnica é mais uma de suas consequências. A ação transformadora dos sujeitos se dá muito mais pela ampliação e fortalecimento das relações do que, necessariamente, pela construção de uma nova informação. Não se trata de despertar e sensibilizar a população, e sim, de valorizar aquilo que os sujeitos têm de melhor, sua história, seu tempo, a sua capacidade de criação.

Estudos realizados na pesquisa multicêntrica: “Ecobiosocial sobre Dengue e Doença de Chagas na América Latina e no Caribe”, no Brasil/Ceará, no período de 2010-14, demonstraram o quanto é desafiador envolver os agentes sociais nas ações propostas na intervenção ecobiosocial em prol da saúde da coletividade, na complexidade da dengue (NOBRE, 2013). Lima e Vilabôas (2011, p. 1518) analisaram o processo de implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, no período de 2008-2009 e concluíram que “a implantação das ações intersetoriais, na prática, permanece um desafio a ser conquistado”.

Por outro lado, os educadores em saúde/mobilizadores sociais pontuaram, positivamente, a parceria com a Universidade, que oportunizou aprendizado, motivação e melhora do vínculo dos profissionais de endemias com a comunidade e mostraram que acreditam no potencial da mobilização para o controle da doença. Em sua maioria, tais profissionais sugeriram repensar as políticas de educação permanente no controle da dengue.

Deste modo, considera-se que a intersetorialidade pode se tornar um dos eixos principais para a consolidação de um sistema de saúde mais efetivo. Tal perspectiva implica mudanças na gestão, ainda muito setorializada, das políticas públicas associadas à qualidade de vida, contribuindo, desta forma, para melhorar os indicadores de saúde da população. A governabilidade do sistema também é influenciada pela capacidade de governo do agente social, que corresponde à capacidade de definir meios eficazes de governar (LIMA; VILASBÔAS, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mobilização social é uma ferramenta decisiva para reverter o quadro endêmico da dengue, com a incorporação de estratégias integradas, participativas e dialógicas pelo programa de controle municipal. Mas, percebeu-se barreiras estruturais e políticas para inovar no controle da dengue. Deste modo, urge a prática de um trabalho contínuo para envolver os agentes sociais neste contexto, pois a participação social continua um desafio para a Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, L. G. S. *et al.* **Abordagem ecossistêmica em saúde: ensaios para o controle do dengue.** Recife: UFPE, 2005.

BRASIL. **Resolução 466/12.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Recomendações técnicas para o controle da dengue.** 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23614>. Acesso em: 20 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Dengue,** instituído em 24 de julho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASSOLATTI, R. C.; ANDRADE, C. F. S. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 243-251, 2002.

CAPRARA, A. *et al.* Entomological impact and social participation in dengue control: a cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, n. 109, p. 99-105, 2015.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Informe semanal Dengue 2013**. Atualizado em: 31 maio 2013.

FIGUERÓ, A. C. *et al.* Análise da lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle a Dengue. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, n. 10 (supl. 1), p. S93-S106, nov. 2010.

FOSTER *et al.* Integrating participatory community mobilization processes to improve dengue prevention: na eco-bio-social scaling upo flocal success in Machala, Ecuador. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, n. 109, p. 126-133, 2015.

GIS software ArcView version 8.3(Environmental Systems Research Institute, Inc, redlandes, CA).

GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 1, p. 49-61, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE. **Censo2012**estados@. Disponível em: www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?Sigla=CE/censo2012/default.shtm. Acesso em: 23 jan. 2013.

LIMA, E. C.; VILASBÔAS, A. L. Q. Implantação das ações inter-setoriais 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. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800006>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 173-190.

NOBRE, J. M. S. **Participação social e controle da dengue**: um processo de implantação da eco-saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

OLIVEIRA, R. M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. 69-78, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA EM SAÚDE – OPAS. **Enfoques ecossistêmicos em saúde**: perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 2.

PASSOS, C. J. S. *et al.* A perspectiva das abordagens ecossistêmicas em saúde humana (ecossaúde) nas Américas: as contribuições das comunidades de práticas. In: CAPRARA, A.; LIMA, J. W. O.; PEIXOTO, A. C. R. (Org.). **Ecossaúde, uma abordagem eco-biossocial** percursos convergentes no controle da dengue. Fortaleza: Ed. UECE, 2013. p. 41-54.

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.

SOMMERFIELD, J.; KROEGER, A. **Pesquisa eco-bio-social sobre dengue**: um estudo multicêntrico sobre ecossistema e abordagens baseadas nas comunidades para o controle de vetores do dengue em áreas urbanas e periurbanas da Ásia. In: CAPRARA, A.; LIMA, J. W. O.; PEIXOTO, A. C. R. (Org.). **Ecossaúde, uma abordagem eco-biossocial** percursos convergentes no controle da dengue. Fortaleza: Ed. UECE, 2013. p. 55-70.

CAPÍTULO 5

SIGNIFICADOS DO CONTROLE DA DENGUE: O DESPERTAR PARA A ABORDAGEM ECOBIOSSOCIAL A PARTIR DA EXPERIÊNCIA EM UMA CIDADE DO NORDESTE BRASILEIRO

Cyntia Monteiro Vasconcelos

Krysne Kelly de França Oliveira

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos, houve um aumento considerável na incidência da dengue e, a cada ano, estima-se cerca de 100 milhões de novos casos nas regiões do mundo por ela afetadas (CARABALI *et al.*, 2015; LAUGHLIN *et al.*, 2012). Dados epidemiológicos tão alarmantes preocupam gestores em saúde e sociedade, principalmente quando as práticas de saúde disponíveis ainda não contam com vacina, tratamento ou mesmo uma abordagem eficaz de controle do vetor (CARABALI *et al.*, 2015). Soma-se a isto, o fato de a dengue ser uma das mais importantes doenças transmitidas por vetores, em todo o mundo, uma enfermidade que vem recebendo ações de saúde pública focadas, principalmente, no controle vetorial (REIS; ANDRADE; CUNHA, 2013). Esta maneira de estruturar as ações sanitárias, principalmente direcionadas ao vetor, exclui possibilidades de avanços na perspectiva do diagnóstico precoce, do tratamento adequado e da prevenção da disseminação do vírus.

A necessidade de se pautar os estudos na perspectiva de abordagens inovadoras para o controle e prevenção da dengue originou novos horizontes para a investigação científica. Diante das limitações das abordagens tradicionais, a perspectiva da abordagem eco-biossocial surge como crítica às intervenções setoriais isoladas e fragmentadas e se fundamenta na intersectorialidade, na aplicação de estratégias operacionalizadas por meio de ações coordenadas entre os diferentes setores sociais (Estado, sociedade civil, sistema de saúde, dentre outros) e na consequente promoção da saúde de indivíduos e comunidades (SILVA *et al.*, 2014; SOMMERFELD; KROEGER, 2012; ARUNACHALAM *et al.*, 2010).

Para Sommerfeld e Kroeger (2013), os esforços para o controle de vetores em contextos específicos precisam avançar urgentemente através de parcerias intersetoriais envolvendo as comunidades locais e harmonizando-se com os princípios de manejo integrado de vetores.

Assim, em 2010, o *Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases* (TDR), da Organização Mundial da Saúde (OMS), e o *International Development Research Centre* (IDRC) lançaram uma iniciativa visando analisar intervenções de melhoria na prevenção da dengue que valorizem um controle sustentável e participativo.

A análise da efetividade dessa intervenção no contexto brasileiro foi publicada no ano de 2015 e mostrou que a incorporação de componentes como participação social e gestão ambiental sem a utilização de inseticidas no controle da dengue reduziu, significativamente as densidades vetoriais, evidenciando que tal abordagem participativa oferece uma promissora alternativa às medidas tradicionais (CAPRARA *et al.*, 2015). Desta forma, novos estudos baseados nestes resultados estão sendo incorporados, com o apoio e a implementação do Ministério da Saúde do Brasil.

Bosi (2012) afirma que há um grande investimento em pesquisas no âmbito da ciência moderna, mas salienta que certas iniciativas, apesar de sua grande relevância e potencialidade para o enfrentamento de questões da Saúde Pública, só serão úteis se e quando forem assimiladas culturalmente.

Portanto, esta investigação se destinou a examinar os significados do controle da dengue em uma comunidade que recebeu a intervenção eco-biossocial e, assim, reconhecer as pers-

pectivas dos atores sociais sobre os desafios e caminhos para a efetividade e sustentabilidade das políticas de controle das doenças transmitidas por vetores.

METODOLOGIA

Houve um aprofundamento na abordagem qualitativa com o propósito de trabalhar em meio ao universo dos valores, motivos, aspirações e atitudes (MINAYO, 2008; CAPRARA; LANDIM, 2008). A metodologia contribuiu para esta pesquisa pelo fato de o pesquisador buscar os significados dos sujeitos como se fizesse parte do grupo. Desta maneira, garantiu-se que a pesquisa social não fosse definida de forma estática e as pesquisas qualitativas buscassem compreender a conduta humana dando ênfase aos significados em seu contexto (MINAYO, 2008).

Com efeito, o estudo de caso se destinou a analisar a perspectiva dos atores sociais, pois, acredita-se que “ouvir” atores comunitários, políticos e sociais envolvidos seja uma fase importante para um estudo de intervenção.

O estudo foi realizado em oito bairros do município de Fortaleza (Parreão, Messejana, Quintino Cunha, José Walter-Mondubim, Passaré, Centro, Cidade 2000, Granja Lisboa, Pici e Vila Ellery), no período de junho de 2011 a junho de 2013. Estes fizeram parte da pesquisa multicêntrica e tiveram como diferencial a abordagem eco-biossocial dentro do contexto típico, no tocante ao controle da dengue e aos fatores determinantes intrínsecos de cada agregado investigado.

A investigação dos cinco agregados evidenciou distintas condições espaciais, sociais, econômicas, ambientais, culturais, infraestruturais (saneamento básico) e de lideranças comunitárias e, por conseguinte, uma conjuntura urbana peculiar à proliferação do *Aedes aegypti* para a transmissão da dengue.

Para a investigação, foram utilizadas, como fonte de coleta de dados, técnicas como a análise documental, diários de campo, produzidos por meio da observação participante, e a entrevista em profundidade.

Foram realizadas observações participantes das visitas domiciliares dos agentes de endemias e entrevistas com atores: funcionários do controle de endemias (FCE), funcionários do Núcleo de Mobilização Social (MS), profissionais de saúde (PS), funcionários do Centro Comunitário (CC), líderes comunitários (LC) e membros da comunidade (M).

Adotou-se como ferramenta para organização e análise dos dados da pesquisa o *software Qualitative Solutions Research N-vivo* (QSR), versão 2.0, no qual foram realizadas leituras sucessivas para atingir uma compreensão geral do sentido dos textos e, em seguida, cada transcrição de entrevista e nota de diário de campo foi importada para o software em um arquivo *rich text*.

Após esse passo, durante a leitura de cada arquivo, foram relacionadas passagens dos textos a categorias que o pesquisador desenvolveu, com base nos seus objetivos e na compreensão geral do texto (KELLE, 2012).

A lista resultante das passagens dos textos selecionados pôde ser analisada com base na identificação dos núcleos de sentido e sua posterior análise e interpretação (MINAYO, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O exame das informações analisadas possibilitou estabelecer duas categorias de análise: significados da dengue e do controle tradicional e as limitações do programa de controle atual.

Significados da dengue e do controle tradicional

A dengue faz parte do universo dessas comunidades tendo em vista a quantidade de casos ocorridos. É considerada uma doença grave, que causa transtornos e preocupação quando alguém é acometido. Porém, acredita-se que, por se tratar de uma doença sazonal, aparece em épocas específicas, sendo lembrada pelos moradores por ocasião da presença do agente de controle de endemias na residência; em períodos epidêmicos, quando a mídia alerta a população, e mediante o adoecimento ou morte de uma pessoa na residência ou no bairro.

... o netinho dela [referindo-se à vizinha], ele tá melhor agora, mas ele teve dengue de ela ir um dia outro não pra UPA pra tirar sangue pra saber se as plaquetas dele tava bem (M-José Walter-Mondubim).

... o mosquito da dengue tá aí na porta de todo mundo, é monte de gente doente da dengue e eu não quero, eu tenho muito medo do mosquito da dengue (M-José Walter-Mondubim).

... o que eu sei é que é uma coisa que tá se alastrando. A comunidade está ficando a mercê de um mosquito, que é uma coisa que já era pra se ter feito alguma coisa pra combater esse mosquito (LC – Quintino Cunha).

... Acho que... em termos de importância, de calamidade dessa epidemia, todo mundo tem esse conhecimento. Acho que o que tá faltando é vontade mesmo, aquela crença de que aquilo acontece. Mas em termos de medida educativa, de saber o que faz proliferar o vírus, acho que todo mundo sabe. É cultural. Sabe, mas não faz. É como deixar lixo na rua, de maneira geral (PS – Centro).

Apesar do relato acima, alguns moradores, demonstraram um conhecimento restrito sobre a dengue. Uma das residentes no bairro Passaré chegou a proferir a seguinte afirmação: “*Meu sobrinho morreu de dengue, mas eu nem sei como que faz pra pegar*” (M - Passaré).

O medo de adoecer de dengue não é algo irreal, porém, algo muito mais relevante é levado em consideração. Alguns moradores dessas comunidades reafirmam problemas sociais vivenciados dia após dia, como a violência urbana. Por meio das informações coletadas durante a pesquisa, é possível compreender que a violência circunda a vida dessas comunidades, superando em importância qualquer doença, inclusive a dengue, que faz parte do cotidiano das moradoras e, por isto, é entendida como uma doença passível de prevenção, que o corpo expulsa. Já a violência, a insegurança e as drogas são situações que dificilmente o indivíduo consegue controlar, marcando profundamente aqueles que vivenciaram a situação.

... A dengue, com o passar do tempo, o corpo vai expulsando. Eliminando aquelas impurezas, aquelas dores, aquelas... aquele desânimo, que é o meu caso. E a seqüela do assalto, do medo, não passa assim rápido não. Não passa [...] mudou completamente a minha vida [...] A gente se sente insegura. A seqüela é pior que a própria dengue (M - José Walter - Mondubim).

...Um grande problema que a gente tem na comunidade é a questão da segurança, a questão da violência e a questão da droga. O mosquito que tá matando aqui (LC - Quintino Cunha).

Em vista disso, diversos moradores recebiam receber os pesquisadores em suas casas: “*Demorei pra abrir a porta porque estou com medo. Uma vizinha minha foi assaltada às 6 horas da manhã na semana passada*” (M - Passaré).

Certa vez, conforme registrado em diário de campo, uma moradora do bairro José Walter afirmou: “*Tenho muito medo de abrir a porta para pessoas desconhecidas, mas quando vi o Sr. J [agente de endemias do bairro], sabia que podia abrir*” (M - José Walter).

Quanto às ações tradicionalmente construídas para controlar a doença, evidenciam-se relatos que focam a importância do agente de controle de endemias enquanto uma figura responsável pelas ações de prevenção. Este profissional é incumbido de tarefas repetitivas, rotineiras, mas que não têm surtido o efeito esperado, merecendo se pensar sobre outros fatores que condicionam a situação atual de dengue nessas regiões como a pobreza e o saneamento básico inadequado e insuficiente.

... O trabalho do agente é um trabalho importante dentro da comunidade e a gente tem um trabalho preventivo da dengue, principalmente cuidar da saúde da população (PS – Messejana).

... Rapaz, o trabalho aqui, ele é essencial e rotineiro. Todo dia é a mesma coisa, passamos falando da dengue, e fazemos nossas atividades (PS - José Walter).

[...] As atividades são essas atividades do agente, casa-a-casa, nós fazemos o trabalho de vedações em caixas d'água, colocamos larvicida, emborçamos garrafas ou recipientes com água, orientamos a população, olhamos a geladeira e também o geláguas (FCE, Messejana).

Apesar de estudos mais recentes (SOMMERFELD; KROEGER, 2012; ARUNACHALAM *et al.*, 2010), somados às reflexões das experiências anteriores de controle da dengue, confluírem para o estímulo ao controle pautado na intersectorialidade e na participação comunitária para um empoderamento, é necessário ressaltar que mobilização e educação em saúde por si sós não são capazes de produzir mudanças e controlar problemas de saúde. Para tanto, é indispensável que o controle da dengue adquira uma visão mais ampla e possa ser atuante nos determinantes eco-biossociais que envolvem esta enfermidade (TEIXEIRA, 2008; ARUNACHALAM *et al.*, 2010, TANA; ABEYEWICKREME; ARUNACHALAM, 2012). Assim, os programas de controle devem levar em consideração uma vigilância epidemiológica eficaz, um controle vetorial sustentável e, sobretudo, a promoção de ações de saneamento básico.

As limitações do programa de controle atual

No Brasil, os planos de controle da dengue foram elaborados pelo Ministério da Saúde, a partir de 1996 – o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD) e o Programa Na-

cional de Controle da Dengue (PNCD), este último de caráter emergencial, a partir de 2002, em virtude da introdução do novo sorotipo (DENV 3), mas que ainda é apontado como um programa executado em todos os municípios brasileiros.

Apesar do dispêndio de vultosos recursos em ações para o controle da dengue, o Brasil ainda enfrenta dificuldades em reduzir as infecções no País (TEIXEIRA, 2008). Com efeito, a sensação de descontentamento é referida pelos funcionários vinculados a essas ações:

... No trabalho de combate ao dengue, você está passando de dois em dois meses naquela casa. Você pega um bairro X, trabalha naquele bairro, faz as orientações, com dois meses volta a passar de novo. Aí como, já passe nessa rua eu sei que, não vou dizer todos, mas de 20 a 30% cai no esquecimento [...].

...outras não, ficam no esquecimento e deixam a doença adentrar em seus próprios lares. Entendeu? Não são todos que assimilam, e que levam essa campanha ao longo da vida. Eu não sei se é ignorância do povo ainda. Aquela cultura antiga que muitos deles ainda esperam por nossa visita. Eles não se veem como voluntários do seu próprio lar. Muitos deles só esperam pelo agente. Por isso que hoje a gente tem que dizer que você é um voluntário de sua residência para não

deixar que a doença o seu perímetro residencial. Sempre estão caindo no esquecimento e a gente está aqui para estar lembrando (MS-Quintino Cunha).

... Você entra em uma casa [...] para falar da dengue, do que é certo e o que é errado para a proliferação do mosquito para uma pessoa que não comeu, que está drogada, ou que a mãe saiu e na casa só tem criança. É complicado. Então, a população às vezes, é um desafio, é complicado trabalhar com o povo. A gente faz, combina tudo, mas na hora que vê uma situação dessa trava tudo. (MS-Quintino Cunha).

É explícita a dificuldade da realização das visitas domiciliares. Em estudo de Sales (2008), fragilidades dos aspectos de trabalho de campo foram reveladas como: fragilidade e ações pontuais; conteúdo das mensagens educativas distantes da realidade local; estratégias autoritárias e coercitivas, além de converter as pessoas, os receptores, em meros receptáculos de mensagens taxativas.

Reitera-se que, dentre as atribuições do AE, inclui-se orientar a população sobre como evitar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti* (BRASIL, 2009). Porém, é válido considerar que, apenas levar informações prontas à população, sem partilhar de suas experiências e saberes, não traduz mudanças de comportamento. Para Sales (2008), as práticas educativas dos programas de controle da dengue divergem de uma prática que proporcione ação transformadora.

“Tem também o balde. À tarde a água é quente e eu boto e posso tomar banho à tarde [...] Mas todo dia eu lavo. Num deixo de lavar. Hoje eu lavei o banheiro e lavei o balde” (M – Quintino Cunha).

A população tem o seu saber, eles são donos daquele ambiente, donos de sua rotina. Respeitar tais questões soa relevante nas ações praticadas dentro do domicílio. Os moradores se dizem responsáveis por armazenar água, veem necessidade nesta ação, porém, esta discussão tem suas ambiguidades, relatividades e riscos, pois, cada caso estudado revela uma situação econômica, social e cultural diferente, o que propicia atitudes e necessidades divergentes para cada morador. Diante disto, um programa que desconsidere estes fatores não conseguirá avançar e produzir efeitos e respostas positivas no controle do dengue, principalmente se voltar sua atenção, sobretudo, para a população e menos para ações estruturais.

Estudo realizado em Caxias, no Estado do Maranhão, reforça a prática do acúmulo de água mesmo diante do conhecimento dos populares acerca deste meio como fonte de reprodução e dispersão do mosquito. Larvas e pupas foram encontradas em maior quantidade nas áreas peri e intradomicílio, nas estações seca e chuvosa (SOARES-DA-SILVA, 2012).

Emergiram acerca das limitações com o programa tradicional, seja do processo de trabalho, ou seja, no uso de produtos químicos para controle do vetor:

... O controle da dengue aqui visa muito produção. É raro liberar algum agente de endemias para fazer um trabalho diferenciado. Seria de mera

importância. Mas essa integração é difícil, porque eles trabalham por produção, ou seja, tem que visitar um número certo de casas por dia (MS-Quintino Cunha).

... Primeiro, o produto [larvicida] não é eficaz, porque dizem que o produto atrasa o ciclo do mosquito, mas a gente faz até um teste, dizem que é uma gota por um total de água. E a gente colocou o triplo do produto, passou mais de 15 dias e a larva estava lá. Então eu acho que não é eficaz. Eu vejo que esse trabalho também é ultrapassado, porque eles preconizam 5 ou 6 visitas ao ano, mas é feito um trabalho de 10% de Fortaleza. Em uma área de 5 mil imóveis, é visitada apenas 10%. Tem casas que passam mais de 4 visitas que não visitam. Então o nosso trabalho deixa a desejar. O produto não soluciona o problema e tem que ser feito um trabalho mais preventivo em mais casas e não com a pesquisa de 10% das casas que quando vão ver as casas que não foram visitadas estoura os índices (FCE - Quintino Cunha).

Os sujeitos envolvidos no controle da dengue percebem o atual controle como “ultrapassado”, e os dados epidemiológicos contabilizam índices preocupantes. Durante um levantamento dos índices de infestação predial (IIP), no bairro Quintino

Cunha, realizado pela Vigilância Epidemiológica (FORTALEZA, 2014) da cidade de Fortaleza, no período de 2007 a 2010, observou-se uma série histórica preocupante, já que, em todos os anos, foram alcançados índices superiores a 1%, o que caracteriza uma situação de alerta ou situação de risco, seguindo a classificação adotada por Valadares, Rodrigues Filho e Peluzio (2013), na qual o IIP é classificado como: satisfatório, <1%; situação de alerta, 1 a 3,9%; e risco de surto, >3,9%. Como limite superior, encontrou-se, no segundo ciclo da pesquisa do ano de 2009, um índice de 6,51%. Quanto aos casos de dengue, no ano de 2012, o bairro acumulou um total de 499 casos notificados e, até o primeiro semestre do ano de 2013, o total foi de 486.

Para Gondim, Lima e Caprara (2013), a casa é o local de referência para muitas doenças transmitidas por insetos-vetores. Então, deixa de ser surpresa que estratégias de controle das doenças devam ser frequentemente implantadas nos níveis dos domicílios. A intrusão, no entanto, de pessoas, tecnologias ou ideologias estranhas pode trazer inúmeros aspectos relacionados entre o que deve ser de domínio público e doméstico, ocasionando uma ameaça sobre o poder e a autoridade da figura da “dona do lar”.

Cavalcanti (2013) assinala que, em um curto espaço de tempo, será cada vez mais difícil ancorar as medidas de controle vetorial na visita domiciliar de agentes de endemias, pois esta atividade está comprometida por questões de custos, aspectos operacionais e profissionais instáveis, o que enseja desqualificação e falta de aceitação da visita dos agentes por parte da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que os funcionários do controle da dengue conhecem as limitações no controle baseado no uso de inseticidas e que a população em uma comunidade engajada socialmente é possível, mas que a prevenção deve ser pautada em uma comunidade participativa e não apenas com atividades de Educação em Saúde.

Diante desses achados, parece necessário investir na almejada intersectorialidade, em educação, mobilização e participação social, em busca de um controle vetorial sustentável a partir de uma reestruturação do saneamento básico e articulando-se ao empoderamento comunitário que transcenderá o papel individual, para atender ao interesse coletivo e, por fim, impulsionar a implantação de ações efetivas no combate à dengue.

As ações precisam ser repensadas, as abordagens reavaliadas, a comunicação e informação reestruturadas. Este estudo traz essa observação, mas não se limita a isto, é passível de mais análises, por que não finda a pesquisa quando se pretende abordar práticas e costumes, ações e captações, saúde e doença.

REFERÊNCIAS

ARUNACHALAM, N. *et al.* Eco-bio-social determinants of dengue vector breeding: a multicountry study in urban and periurban Asia. *Bull World Health Organ*, v. 88, n. 3, p. 173-184, 2010.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 5 ago 2014.

CAPRARA, A. *et al.* Entomological impact and social participation in dengue control: a cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, n. 109, p. 99-105, 2015.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface – saúde e educação em saúde*, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CARABALI, M. *et al.* Why are people with dengue dying? A scoping review of determinants for dengue mortality. *BMC Diseases*, v. 15, n. 301, 2015. Disponível em: 1-14.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Regionais. 2013. Disponível em: . Acesso em: 10 fev. 2015.

KELLE, U. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: BAUER, M. W., GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 393-415.

LAUGHLIN, C. A. *et al.* Dengue Research Opportunities in the Americas. **The Journal of Infectious Diseases**, n. 206, p. 1121-1127, 2012.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O.; CUNHA, R. V. Aliados do *A. Aegypti*: fatores contribuintes para a ocorrência do dengue segundo as representações sociais dos profissionais das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 517-526, 2013.

SALES, F. M. S. Ações de Educação em Saúde do Pará. Prevenção e Controle da dengue: um Estudo em Icaraiá, Caucaia, Ceará. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008. Disponível em: Acesso em: 7 mar. 2015.

SILVA, K. L. *et al.* Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4361-4370, 2014.

SILVA, A. S. DA ; D'ADDIO, T. F. . Homofobia, Violência e Direitos Humanos. In: Almeida, Marco B. de; Silva, Alessandro S. da; Corrêa, Felipe. (Org.). *Psicologia Política: Debates e embates de um campo interdisciplinar*. 1ed.São Paulo: Ed. EACH/USP, 2012, v. único, p. 221-246.

SOMMERFELD, J.; KROEGER, A. Eco-bio-social research on dengue in Asia: a multicountry study on ecosystem and community-based approaches for the control of dengue vector in urban and peri-urban Asia. **Pathogens and Global Health**, v. 6, n. 8, p. 428-435, 2012.

SOMMERFELD, J.; KROEGER, A. Pesquisa eco-bio-social sobre dengue: Um estudo multicêntrico sobre ecossistema e abordagens baseadas nas comunidades para o controle de vetores da dengue em áreas urbanas e peri-urbanas da Ásia In: CAPRARA, A.; LIMA, J. W.

O.; PEIXOTO, A. C. R. (Org.). **Ecossáude, uma abordagem eco-bio-social**: percursos convergentes no controle do dengue. 151. ed. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 133-133.

TANA, S.; ABEYEWICKREME, N.; ARUNACHALAM, F. *et al.* Eco-Bio-Social Research on Dengue in Asia: General Principles and a Case Study from Indonesia. In: CHARRON, D. **EcoHealth Research in Practice**. Canadá: Springer. 2012. p. 173-186.

TEIXEIRA, Gilberto. O que significa metodologia? Disponível em: . Acesso em: 8 maio 2008.

VALADARES, A. F.; RODRIGUES FILHO, J.; PELUZIO, J. M. Impacto da dengue em duas principais cidades do Estado do Tocantins: infestação e fator ambiental (2000 a 2010). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, mar. 2013.

CAPÍTULO 6

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL:

AVANÇOS E LIMITES

Márcia Andréia Barros Moura Fé

Lucia Conde de Oliveira

INTRODUÇÃO

No Brasil, a organização da sociedade civil na defesa de seus direitos de cidadania contribuiu para o papel decisivo do setor saúde na transformação do controle social. O Movimento da Reforma Sanitária teve início na década de 1970, culminando no reconhecimento constitucional do direito à saúde, em 1988. Nesse contexto, os termos participação e controle social passaram a compor o discurso de representantes de diversos segmentos sociais e foram efetivamente incorporados à lei e às práticas de diversas instâncias governamentais e não governamentais (COTTA *et al.*, 2013).

Ao longo do tempo, os sentidos dos termos participação e controle social foram sofrendo alterações, adquirindo novos significados e uma estreita correlação. No entanto, apesar desta aproximação, existe uma distinção entre os termos, pois eles possuem implicações diferentes no planejamento e implementação de políticas públicas (CARVALHO, 2007).

A participação social na saúde está prevista legalmente na Constituição Federal de 1988. Esta diretriz constitucional, ao ser traduzida para as Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº 8.080 – que define a forma de organização e funcionamento do SUS – e a Lei nº 8.142 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros –, institui legalmente o controle social. Cria as instâncias colegiadas de participação, conferências e conselhos de saúde, atribuindo-lhes papéis deliberativos e fiscalizadores, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo (ASSIS, 2003; ACIOLI, 2005; COTTA *et al.*, 2013).

Este capítulo tem por objetivos apresentar o sentido dos termos participação e controle social; destacar as lutas pelo direito à saúde e o controle social por meio de conselhos e conferências; apresentar os principais debates da participação e controle social nas conferências de saúde; e refletir sobre os avanços e limites da participação e do controle social no âmbito da política de saúde brasileira.

Os sentidos dos termos Participação e Controle Social

A palavra *participação* no dicionário de língua portuguesa significa: *ato ou efeito de participar, ser parte, ter ou tomar parte*. Para Escorel e Moreira (2010), reflete um maior controle do indivíduo sobre situações que o afetam, direta ou indiretamente, e sobre a sociedade em que vive.

Do ponto de vista sociológico, participação é um conceito relacional e polissêmico, pois remete tanto à coesão social como à mudança social. A participação implica comportamentos e atitudes passivos e ativos, estimulados ou não, na medida em que representa a consolidação, no pensamento social, de um longo processo histórico. No sentido mais estrito e de caráter político, participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade (MILANI, 2008).

Sob o ângulo de compreensão das ciências políticas e levando-se em consideração as formas de democracia do mundo ocidental, o termo participação, tomado em seu sentido es-

trito, significa a contribuição, direta ou indireta, das pessoas para uma decisão política. A participação (política) de modo direto é concebida como aquela em que as pessoas são consideradas sujeitos (ativos) – portadores de visão de mundo e de valores variados – para a tomada de decisão, levando-se em consideração os contextos específicos em que elas acontecem. O ideal democrático supõe cidadãos vigilantes aos problemas existentes no âmbito da esfera pública, sendo necessária, para tanto, a criação de instrumentos organizativos para a institucionalização da participação. Com isto, afirma-se como indispensável construir estruturas e ocasiões para a participação, com estímulos e motivação suficientes para o engajamento dos trabalhadores (SANI, 2004).

A rigor, a ideia de participação, está relacionada ao conceito de esfera pública – que, segundo Habermas (1997, p. 93), “pode ser descrita como uma rede adequada para a comunicação de conteúdos [...] sendo espaços concretos do público presente que se alimentam de liberdade comunicativa”. Bauman (2001) destaca a necessidade de reaprendermos capacidades esquecidas e nos reapropriarmos de ferramentas perdidas da cidadania para repovoar a hoje quase vazia “ágora” – o lugar do encontro, debate e negociação entre o indivíduo e o bem comum, privado e público. De acordo com este autor, o espaço público está cada vez mais vazio de questões públicas, deixando de desempenhar sua antiga função de lugar de encontro e diálogo sobre problemas e questões públicas.

O termo participação vem acompanhado de vários adjetivos que o qualificam, tais como: cidadã, popular, democrática, comunitária, dentre os muitos termos atualmente utilizados para se referir à prática de inclusão dos cidadãos e das organiza-

ções da sociedade civil no processo decisório de algumas políticas públicas. Fazer participar os cidadãos e as organizações da sociedade civil (OSC) no processo de formulação de políticas públicas foi transformado em modelo da gestão pública local contemporânea (MILANI, 2008).

Essa participação é um dos princípios do SUS, que implica a incorporação de aspectos de ordem organizacional bem como a adoção de uma postura ético-política, de caráter democrático, para a sua concretização. Este tipo de participação representa um avanço, pois expressa a possibilidade de participação da população na organização, gestão e controle de ações e serviços de saúde e pode, ainda, expressar a possibilidade de definição conjunta entre população e poder público quanto à aplicação e fiscalização de recursos destinados à saúde (ACIOLLI, 2005).

A participação social se apresenta como estratégia para a democratização do setor saúde, na medida em que trabalhadores e usuários são considerados sujeitos/cidadãos responsáveis pela construção/consolidação de um serviço de saúde coletiva, equânime e resolutivo. Esta estratégia deve ser operada por meio de processos de interação contínua entre os diversos atores sociais envolvidos. Implica, portanto, um processo contínuo de democratização, nas três esferas de governo, o que conforma o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania. Deste modo, o sujeito/cidadão deve estar no centro do processo que orienta a organização do sistema e a avaliação das ações nos serviços de saúde (ASSIS; VILLA, 2003; ASSIS, 2003).

Interessante registrar a variação da acepção sobre a participação popular que se explicita nos debates. De um lado, a participação destinada à construção e luta pela democratiza-

ção, pela consciência sanitária e fortalecimento político. Do outro, como recurso dos excluídos, para a defesa do acesso aos serviços e corresponsabilidade nos cuidados de saúde. Observa-se, entretanto, que, no debate sobre a participação popular, esta foi firmada como sendo “a participação de todos”, “participação de todos os segmentos” em “todos” os âmbitos do sistema: na formulação e definição de políticas e das prioridades, no planejamento, na gestão e na avaliação. Isto significa que prevaleceu a concepção sobre a participação como princípio e como direito por meio do qual a sociedade decide sobre seu futuro e não como mero requisito para aumentar os recursos assistenciais de grupos populacionais excluídos.

A participação da comunidade supõe troca de saberes, diálogo entre os diversos atores envolvidos, particularmente entre trabalhadores, usuários e gestores. Neste sentido, destaca-se a referência não a um conjunto de pessoas reunidas em algumas ocasiões para discutir e tentar resolver um problema, mas à produção de um grupo formado por usuários, trabalhadores, gestores e familiares, entre outros sujeitos que estabelecem conexão para as construções coletivas que suponham mudanças no âmbito do sistema de saúde, a partir de encontros sistemáticos entre seus componentes (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009).

Fazendo uma aproximação entre participação e controle social, podemos dizer que o controle social é uma das formas de exercer a participação social e esta, por sua vez, é um princípio relacionado ao ideal de soberania popular, ao exercício da cidadania e fortalecimento da democracia.

Entende-se por controle social o acompanhamento e a vigilância da sociedade sobre as políticas públicas, a alocação de recursos financeiros e as ações governamentais, visando à garantia dos direitos e à eficácia na implementação das políticas públicas (LEÃO, 2013).

Historicamente, a concepção de controle social foi entendida apenas como controle do estado sobre a sociedade. Até o fim da ditadura, não se falava em controle social por uma razão óbvia: autoritarismo e participação popular são termos antagônicos. Somente com o início do processo de democratização do país, a partir do fim do governo militar, na década de 1980, é que o controle social passou a ser aclamado, consolidando-se na Constituição Federal de 1988. Nela, passa a ser um direito conquistado, princípio de participação popular com o objetivo de ampliar a democracia, esta compreendida como o substrato da participação e do controle social (LEÃO, 2013).

Ainda segundo o referido autor, trata-se de uma ação conjunta entre Estado e sociedade em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades com vistas a aumentar o nível de eficácia e efetividade das políticas e programas públicos. Por meio desta ação, a sociedade é envolvida no exercício da reflexão e discussão para a politização de problemáticas que afetam a vida coletiva. Esta gestão cria articulação e negociação que fomentam a cooperação e atuam no planejamento e na coordenação com foco no interesse coletivo (LEÃO, 2013). Esta visão não leva em consideração que vivemos em sociedade de classes e que existem interesses divergentes e até antagônicos. Portanto, não considera os conflitos e contradições inerentes aos processos de controle social exercido pela sociedade civil. Para compreendermos a dialética que envolve esses processos é importante conhecer um pouco da história dessas lutas.

As lutas pelo direito à saúde e o controle social por meio de conselhos e conferências

No início da década de 70, surgiram, no Brasil, os novos movimentos sociais lutando contra o autoritarismo e as desigualdades sociais. Esses movimentos, além de pleitearem direitos sociais, passaram a lutar pelo próprio direito a ter direitos (DAGNINO, 1994). Neste período, os movimentos populares em saúde iniciaram com protestos contra os altos preços e a organização de abaixo-assinados reivindicando melhorias na assistência à saúde. Com o avanço das mobilizações, a população organizada começa a questionar a qualidade dos serviços e a própria política de saúde (GERSCHMAN, 1995).

Não só os movimentos populares, mas os gestores do sistema de saúde também se organizam para influenciar a construção dos rumos da política de saúde, tendo como marco a criação, em 1982, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e, em 1986, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Nesse processo político de organização e mobilização, a VIII Conferência Nacional de Saúde foi considerada um marco histórico, um avanço institucional, após duas décadas de regime autoritário, uma resposta ao processo de democratização política e de reafirmação das legítimas demandas da sociedade. Esta aconteceu em um ambiente de expectativa de mudança, apontando para a necessidade de uma ampla reforma sanitária, da reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e da criação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1987). Este cenário exigia, ainda, a constituição de um novo Conselho Nacional de

Saúde, visando orientar e monitorar o desempenho do Sistema Único de Saúde, composto por representantes dos ministérios da área social, entidades civis (centrais sindicais, movimentos populares) e representantes dos governos estaduais e municipais (LIMA, 2007).

Assim, a partir das propostas da VIII CNS, foram institucionalizadas as instâncias de controle social. É neste cenário que surgem os Conselhos de Saúde como alternativas que ampliam a democracia no país, uma vez que aproximam os gestores governamentais dos cidadãos. São considerados um canal no qual a sociedade civil organizada tem representatividade e reconhecidos como espaços de participação democrática. Isto aponta para a possibilidade de a população exercer a transformação da realidade em defesa dos interesses coletivos e de gestão da coisa pública.

A existência desses espaços é um passo importante, mas não garante, por si só, o controle social. Mesmo relevantes para a democracia, os Conselhos de Saúde ainda carecem de aperfeiçoamento, pois suas regras e institucionalidades nem sempre garantem legitimidade e diversidade na representação da sociedade civil (LEÃO, 2013).

Os conselhos de saúde têm se conformado como arenas nas quais há disputas de poder em que, muitas vezes, os representantes defendem os interesses privados ou de corporações em detrimento dos interesses coletivos. Constituem, portanto, espaços contraditórios e permeados por forças distintas e, por vezes, conflitantes, o que torna premente a necessidade de negociações com vista ao estabelecimento de consensos. Apesar de a participação social representar uma conquista de

cidadania, ainda existem limites na sua operacionalização, na realidade concreta dos serviços de saúde (COELHO; JORGE; GUIMARÃES, 2009).

Lacerda, Almeida e Moura (2011), em estudo cujo objetivo foi analisar o processo decisório no interior dos conselhos de saúde através da teoria das elites, da escolha pública e do pluralismo, relataram que muitos representantes se constituem como detentores de saberes, e isto pode dificultar o diálogo com os representantes de setores tradicionalmente excluídos. O problema em si não é que uns grupos estejam mais articulados que outros, mas sim que esta maior articulação possa significar um abafamento de determinados segmentos da sociedade.

Ainda nesse sentido, estudo realizado por Aires (2009) apontou que, em decorrência do próprio arranjo institucional, a representação nos conselhos municipais ainda é limitada aos segmentos sociais com maiores recursos sejam econômicos, políticos ou associativos e a representação por atores que representam a sociedade civil em condições de insegurança alimentar é pequena. Ou seja, os atores com maior capacidade de organização e presença na cena pública apresentaram chances maiores de entrada nos canais participativos neste estudo.

Para participar das atividades públicas, a sociedade civil necessita de informações, que devem ser fornecidas pelo órgão público. Portanto, a administração pública deve estar sensibilizada e confiante sobre a participação popular, para poder oferecer as informações com qualidade e no tempo correto e, assim, juntos, governo e sociedade civil podem decidir com mais propriedade quais questões devem ser tratadas e a prioridade de resolução dos problemas. Para Pinto (2004), sociedade

civil pode ser definida como a presença do cidadão agindo de forma coletiva e organizada. A sociedade civil contribui para o fortalecimento da participação dos cidadãos. A organização da sociedade é condição essencial para as conquistas sociais e para a superação definitiva da pobreza.

A participação ativa da sociedade civil, com representantes que conhecem seus direitos, que discutem os interesses junto a seus pares, que dominam os instrumentos de exigibilidade e se apoderam dos temas e das formas de garantir tais direitos, pode se concretizar em conquistas reais para estes grupos (LEÃO, 2013).

Um dos maiores desafios para a concretização efetiva da participação pública é o estabelecimento claro de critérios de representação, a fim de impedir a manipulação dos participantes por grupos com interesses particulares.

O debate da participação e controle social nas conferências de saúde

A IX Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1992, em um clima de forte emoção nacional pelas denúncias de corrupção no governo Collor e pelas intensas mobilizações de rua exigindo ética na política. No relatório final, fazia-se a defesa de garantia da Constituição, da implantação do SUS, a defesa da vida e da ética, a necessidade de fortalecimento das instâncias públicas, como os conselhos e as conferências de saúde. Foi aprovado, ainda, que as conferências são fóruns para definição das normas de criação, organização, funcionamento

e composição dos conselhos de saúde. As conferências de saúde deverão ser realizadas a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos da sociedade, para analisar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Os conselhos de saúde são considerados canais de articulação entre a sociedade civil e as instituições do setor saúde, garantindo participação e controle social (LIMA, 2007).

Durante a IX Conferência Nacional de Saúde, os termos participação e controle social foram bem discutidos, surgindo diferenciações importantes tais como: participação se baseia em cidadania ativa, quebra de resistências burocráticas, vontade política dos que governam em abrir espaços para questionamentos, incorporação de grupos com interesses e cultura diversos e possibilidade de comunicação entre Estado e sociedade. O controle social, por sua vez, é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões do Estado (BRASIL, 1992).

Na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, foi discutida a ampliação das competências dos conselhos de saúde, reforçada a obrigação dos gestores de respeitar as deliberações dos conselhos e garantir seu funcionamento e, também, discutidos novos mecanismos de participação (LABRA, 2010).

Em 2000, aconteceu a XI Conferência. Novamente surgiram as discussões sobre a necessidade de fortalecer os conselhos para o avanço do controle social, reforçando as pautas do que fora apresentado na conferência anterior e nunca foi atendido.

O ano de 2003 foi repleto de expectativas políticas, com a chegada do Partido dos Trabalhadores no governo federal, com Luis Inácio Lula da Silva. Com isto, houve a antecipa-

ção da XII Conferência Nacional de Saúde (2003) e surgiram afirmações de avanços importantes nos conselhos, mas, também, alguns obstáculos foram destacados como: não exercício do caráter deliberativo, condições precárias de funcionamento, ausência de cultura de transparência, baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros. Após a conferência, foi formalizada a Resolução nº 333/2003, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde, para a atualização e a reordenação dos conselhos de saúde, abrangendo sua composição, representação, estrutura, autonomia e funcionamento (LABRA, 2010).

Em 2007, durante a XIII Conferência Nacional de Saúde, novamente foi observado acréscimo de novos encargos e de problemas nos conselhos de saúde. E esta conferência não foi exceção, no entanto, não foi apresentado um diagnóstico dos conselhos e sim discutidas as pactuações para reforçar o controle social e o direito à saúde, sendo evidenciado que a Resolução nº 333 não estava sendo plenamente acatada (LABRA, 2010).

Na XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2012, os debates resultaram em sugestões de mudanças no padrão de funcionamento do Sistema Único de Saúde, o SUS real, e, também, na busca para garantir e ampliar a participação da sociedade brasileira, sobretudo dos segmentos mais excluídos, para o fortalecimento do controle social, legitimando os conselhos de saúde como espaços estratégicos de gestão participativa (BRASIL, 2012).

Em todas as conferências de saúde, o debate sobre participação e controle social foi estabelecido, sendo destacada a necessidade de fortalecimento dos conselhos, seja através de legislação específica seja apontando os principais obstáculos para

a sua efetiva contribuição. No entanto, os conselhos de saúde ainda precisam ter sua contribuição reconhecida como estratégia de gestão participativa e novos mecanismos de participação precisam ser estabelecidos.

Avanços e limites da participação e do controle social

O processo de formação, desenvolvimento e transformação do Estado capitalista teve como contrapartida a gradual afirmação e o desenvolvimento dos direitos de cidadania, fruto de interesses nem sempre coincidentes e, muitas vezes, contrários aos representados no Estado. Pode-se dizer, neste sentido, que o processo de luta política da sociedade nos últimos três séculos tem sido basicamente marcado pela conquista e ampliação de direitos de cidadania (PIRES, 2011).

Ainda segundo o mesmo autor, o desenvolvimento e a diversificação dos direitos de cidadania alteraram, profunda e definitivamente, o padrão de relacionamento entre o Estado e a sociedade. As políticas e os interesses dos que ocupam o “andar de cima”, já não podem mais ser impostos de cima para baixo, pois os que se situam nos “andares de baixo” ganharam força, espaço político e capacidade de autodefesa. Existe um paradoxo entre o crescimento do neoliberalismo, de um lado, com o aparente enfraquecimento das políticas sociais e, de outro, o agravamento da pobreza e da desigualdade, a partir dos anos 1980. Outro paradoxo foi que, em pleno apogeu do neoliberalismo, a participação social e política dos cidadãos e dos grupos sociais teria crescido mais.

Tem se observado uma modificação dos atores sociais na luta pelos direitos de cidadania. Os principais atores sociais viam sendo a classe trabalhadora e os setores da classe média, representados, principalmente, por sindicatos e por partidos de esquerda. Tal configuração das forças sociais se modificou profundamente, desde os anos 1960, quando surgiram diversos novos atores e novos movimentos sociais. Os novos atores sociais, além de mais diversos, não se organizaram pelo esquema de classes, que prevaleceu até os anos 1970, mas em torno de questões como as de gênero, étnicas, ambientais, necessidades de saúde de grupos específicos, etc. (PIRES, 2011).

A emergência desses movimentos da sociedade civil deu, inicialmente, a impressão de uma grande dispersão do movimento social para interesses cada vez mais específicos, defendidos por atores e forças sociais que não se identificavam de forma classista, mas através de novas identidades de cunho cultural. Muitos interpretaram esta tendência como um declínio ou uma crise do movimento social. O conteúdo e a direção das lutas destes movimentos sociais apesar de mais específicos, se dirigem ao Estado, no sentido tanto da ampliação dos espaços de participação e decisão política quanto da busca de reconhecimento pelo Estado de novos direitos (PIRES, 2011).

Desta forma, a participação social no SUS foi incorporando novos atores sociais, representantes de interesses específicos, o que se reflete hoje na própria composição dos conselhos e conferências de saúde.

A importância dos conselhos está no seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas sociais, que não se esgota na eleição de chefes do executivo e de membros do le-

gislativo. Cabe aos conselhos, também, acompanhar de perto, durante todo o mandato, como este poder delegado está sendo exercido, supervisionando e avaliando a tomada das decisões administrativas. Os conselhos devem atuar na fiscalização dos gastos das verbas públicas destinadas aos municípios, quer pela União quer pelos Estados e Municípios (BRASIL, 2013).

Quanto mais bem informados os conselheiros, melhores condições têm de participar dos processos decisórios e de apontar falhas. Isto realimenta o sistema, garantindo maior eficiência, menos corrupção e escândalos. Dar transparência aos atos da administração pública é a forma de a população conhecer como seus representantes estão aplicando os recursos públicos (TATAGIBA, 2002).

Apesar dos avanços de conselhos e conferências no âmbito da participação social, essas instâncias vivem dilemas importantes. Alguns limites e desafios estão vinculados ao exercício da participação social, dentre os quais pode-se pontuar: fragilidade no nível de organização dos movimentos populares e sindicais; pouca consciência social dos mesmos; cultura política de submissão, arraigada nas práticas sociais; reduzida legitimidade dos conselhos; baixo nível de informação e, consequentemente, pouco uso social dos instrumentos e mecanismos existentes; fragilidade no nível de diálogo com as diferentes instâncias de controle social (TATAGIBA, 2002).

Embora o processo de participação social tenha avançado na direção da democratização, a persistência de uma estrutura rígida e centralizadora, por parte do Estado, e a incipiente reivindicação dos direitos pela população são entraves para o desenvolvimento da participação social. O não cumprimento das deliberações dos conselhos sofre forte influência dos regi-

mes autoritários de governo que entendem estes espaços apenas como um mero atendimento da legislação. Uma cobrança maior da sociedade nas lutas por cidadania e o estabelecimento de parcerias com órgãos que possuem autoridade para fiscalizar o Estado, auxiliando na exigência do cumprimento do dever estatal são estratégias que podem superar os desafios (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Segundo Luchmann (2005), alguns fatores têm sido apontados como relevantes para a implementação e sustentação de experiências participativas, quais sejam: o empenho, vontade e compromisso político-governamental; a capacidade de organização e articulação da sociedade civil; e o desenho institucional. Tudo isto visando a efetivação dos princípios de pluralidade, igualdade e publicidade. Porém, o desafio ainda é a desigualdade social e as diferenças de interesses.

No que tange à democratização do Estado brasileiro, Szwako (2012) afirma que ela permanece como questão central no ideário das lutas por participação política. Para o autor, o sistema de participação institucionalizada, construído, principalmente, após a Constituição de 1988, foi um avanço significativo na direção da democratização do Estado e na concretização do direito humano à participação. No entanto, alguns elementos negativos da nossa cultura política devem ser identificados e enfrentados, pois estão presentes de diferentes modos e com intensidades muito variadas nos espaços do serviço público, como o patriarcado, o patrimonialismo, o clientelismo e o personalismo, por exemplo. Todos esses aspectos fazem parte da herança de uma história política de exclusão de direitos políticos e de cerceamento crônico de práticas democráticas de participação.

De acordo com Escorel e Moreira (2010), para o aprimoramento dos conselhos e das conferências de saúde é preciso melhorar a democratização (incluindo a qualidade da representação) e incrementar a efetividade. As práticas de atuação dos conselheiros devem ser analisadas e discutidas com seus representados e com outros setores sociais para aprimorar a pedagogia da participação.

O estudo da participação social é imprescindível para a compreensão das políticas e sistemas de saúde. A ênfase na necessidade de se considerar a participação dos cidadãos nos processos de formulação e gestão das políticas públicas locais tornou-se uma resposta possível à crise do bem-estar e à necessidade de rever as relações entre o governo e a sociedade na definição de estratégias de desenvolvimento local.

No processo de construção de uma prática de participação social democrática no SUS, pela qual se viabiliza o exercício da cidadania, abrem-se espaços para a reivindicação de direitos e a proposição de políticas públicas voltadas para a satisfação das necessidades de saúde da população, os quais podem ser amplamente fortalecidos nos sistemas locais de saúde mediante a efetiva atuação dos diferentes atores nos espaços decisórios. Segundo Labra (2010, p.28): “a representação da sociedade civil em arenas deliberativas é o caminho certo, embora árduo, para resistir aos desmandos, desafiar o atraso e forçar o avanço do SUS e do direito a saúde de toda a cidadania”.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 324-335, 2003.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 376-382, mai/jun. 2003.

AIRES, M. C. Representação e participação nos conselhos gestores de Belo Horizonte: limites e possibilidades da inclusão política. *Pensar BH*, p. 25-28, nov. 2009.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. CONSEA – *Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*, 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 2 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da Oitava Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da Nona Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 14 Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 2012.

CARVALHO, G. C. M. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. APS*, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009.

COTTA, R. M. M *et al.* *Política de saúde: desenhos, modelos e paradigmas*. Viçosa: UFV, 2013.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: _____ (Org.). *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 103-115.

ESCOREL, S.; MOREIRA, R. M. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 229-247.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et.al (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

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

GUIMARÃES, J. M. X. *et al.* Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2113-2122, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a25v15n4.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2015.

HABERMAS, J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. v. 2. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

LABRA, E. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 176-203.

LACERDA, A. D. F.; ALMEIDA, L. B.; MOURA, J. T. V. A anatomia da participação social: os conselhos como arena decisória. *Rev Plural*, São Paulo, v. 18, p. 117-133, 2011.

LEÃO, M. O direito humano a alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional. In: LEÃO, M.; ROCHA, N. **Participação e controle social no SISAN**. Brasília: ABRANDH, 2013. p. 238-263.

LIMA, C. R. M. **Conselhos de saúde**: informação, poder e política social. Rio de Janeiro: E-papers, 2007.

LUCHMANN, L. H. Os sentidos e desafios da participação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, XXI, UFMG. **Anais...** Belo Horizonte, 2005.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, maio/jun. 2008.

PINTO, C. R. J. A sociedade civil institucionalizada. **Política e sociedade**, n. 5, p. 101-117, out. 2004.

PIRES, R. R. C. **Efetividade das instituições participativas no Brasil**: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011.

SANI, 2004

SANI, G. Participação política. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1991.

SZWAKO, J. Participar vale a pena, mas... : a democracia participativa brasileira vista pelas lentes da utopia. In: SOUTO, A. L. S.; PAZ, R. D. O. **Novas lentes sobre a participação**: utopias, agendas e desafios. São Paulo: Instituto Pólis, 2012.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, p. 47-103, 2002.

CAPÍTULO 7

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA

Maria Sônia Lima Nogueira

Lucia Conde de Oliveira

Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia

1 INTRODUÇÃO

Nos anos 1980, a sociedade brasileira foi marcada por profundas transformações tecnológicas no mundo da produção, nas condições de trabalho e, de modo especial, nas políticas sociais. O país passava por um momento de democratização e reconstrução destas políticas, destacando-se, aqui, a de saúde, que passava por fortes mudanças.

Viana identifica que, nesse período, a saúde estava pautada por quatro teses prioritárias:

integralidade das ações de saúde, evitando as dicotomias preventivo/curativo, individual/coletivo e ambulatorial/hospitalar; prioridade às ações primárias de saúde; prioridade ao setor público em relação ao setor privado; formação de estruturas descentralizadas, regionalizadas e hierarquizadas de organização dos serviços de saúde. (2014, p. 103).

Das quatro teses elencadas acima, é sobre a quarta que nos interessa refletir aqui. Importa saber: como têm se organizado as estruturas descentralizadas e regionalizadas de gestão de saúde e de organização de serviços no Brasil, durante os anos 1990 e 2000? Esta foi a questão que norteou o estudo e nos orientou o olhar para a definição do objetivo que foi perceber como tem sido a construção do processo de descentralização e regionalização da saúde no Brasil.

Para a construção deste trabalho, procedemos a uma breve revisão de literatura em artigos publicados nas revistas nacionais de maior expressividade, a partir do banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

A pesquisa foi realizada utilizando os descritores “descentralização na saúde” e “regionalização na saúde”. Os critérios de inclusão foram os seguintes: textos completos em formato de artigo, contendo, nos descritores ou nas palavras-chave, o termo descentralização ou regionalização; trabalhos em que a discussão tem como foco a descentralização e a regionalização da saúde; discussões que refletem as particularidades do Brasil; publicações em língua portuguesa, datadas do período de 1º de janeiro de 2001 a 30 de junho de 2015.

Após essa busca, os artigos foram selecionados, baixados em PDF, lidos os resumos e excluídos: aqueles que tinham como foco o cenário internacional; os que faziam referência à descentralização apenas superficialmente; e os que pertenciam a um mesmo autor ou, ainda que de outra autoria, que apresentaram uma discussão repetitiva, não trazendo contribuição relevante ao tema da pesquisa.

Encerrada a seleção, finalizamos com oito artigos completos, todos lidos na íntegra, alguns com autoria repetida, mas trazendo informações relevantes. Foram utilizados, também, livros, para complementar as discussões, dos quais nos apropriamos apenas de capítulos, aqueles que tratam mais diretamente da temática. Com base nas análises dos artigos encontrados, procuramos subsídios para a compreensão da regionalização na política de saúde.

2 APRECIÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Na pesquisa de busca na BVS encontramos 620 registros de artigos que continham o termo descentralização ou regionalização. No entanto, os que continham esses termos em seus descritores ou palavras-chave foram 22, exatamente os selecionados para o estudo, dos quais excluimos os de mesma autoria que tinham as discussões repetitivas, restando apenas oito, e mais um capítulo de livro que julgamos importante incluir na lista de leituras.

Os artigos encontrados na pesquisa variaram quanto à data de publicação, estando dentro do intervalo que elencamos como critério (janeiro de 2001 a junho de 2015). Todavia, dos textos selecionados e utilizados no estudo, 3 foram publicados em 2001, 1, em 2004, 1, em 2007, 1, em 2008, 1, em 2009, e o capítulo de livro utilizado é de 2011. Foram utilizados, também, na construção deste trabalho documentos do Ministério da Saúde que tratam da temática.

A maioria dos trabalhos selecionados tem como produto a reflexão teórica, exceto os textos de, Viana e Lima (2011) e Viana (2014). No primeiro, a autora faz uma análise dos dados oficiais de documentos governamentais e realiza entrevistas com dirigentes federais, estaduais e municipais nos estados brasileiros. O segundo texto discute “O processo de regionali-

zação na saúde considerando seus contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites”. Trata-se de um capítulo de livro em que as autoras fazem uma abrangente pesquisa empírica, na maioria dos Estados brasileiros, sobre os rumos da regionalização da saúde, refletindo, de forma crítica, sobre processo de descentralização nas últimas décadas. O terceiro se refere à pesquisa que a autora realizou sobre a política de saúde no Estado de São Paulo.

Um dos artigos selecionados, de Arretche e Marques (2007), “Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde”, realizou uma montagem de um banco de dados sobre políticas de saúde e sobre os municípios que as implementaram para realizar sua análise. Suas informações sobre a política de saúde foram colhidas diretamente do site do Ministério da Saúde.

Um dos resultados encontrados na pesquisa realizada por Arretche e Marques (2007) foi que a maioria dos Estados, independentemente de sua distribuição regional, tem a maior parte de seus municípios com uma elevada taxa de municipalização dos serviços de atenção básica e que os municípios líderes (polos) elevaram sua oferta de serviços hospitalares, o que expressa que “a municipalização dos serviços de atenção básica generalizou-se no país e a oferta de serviços hospitalares está concentrada em municípios líderes” (ARRETCHÉ; MARQUES, 2007, p. 197).

O artigo de Souza (2001) trata da gestão do processo de descentralização do SUS na década de 1990, relacionando-o à construção e à aplicação das NOB's de 1991 a 1996, dando certa atenção à NOAS. Discute, sobretudo, a partir dessas portarias. Já o de Dourado e Elias (2011) apresenta uma análise baseada em uma abordagem diacrônica do federalismo sanitário brasileiro, reconhecendo dois períodos de desenvolvimento distintos: a descentralização e a regionalização.

Por sua vez, a reflexão teórica de Silva e Mendes (2004) apresenta o processo de descentralização da saúde com forte centralização do financiamento no governo federal, negligenciando a participação primordial dos Estados, em um país territorialmente imenso e desigual. Para eles, esta descentralização, que denominam de paradigma da municipalização autárquica, se consolidou com a NOB 01/96.

De acordo com os autores, este paradigma traz alguns problemas, como a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços e da gestão dos sistemas. Sua proposta é que a municipalização autárquica, que possui um traço forte de competição intermunicipal, seja substituída pela regionalização cooperativa prevista na NOAS cujo objetivo é organizar os espaços territoriais, contemplando não só municípios, mas, também, microrregiões e regiões de saúde, onde se articulariam as redes assistenciais.

3 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO: PROCESSOS PARTILHADOS

3.1 Descentralização e regionalização da saúde: consensos e dissensos

O processo de descentralização e regionalização da política de saúde brasileira tem passado por sucessivos avanços, desde a instituição do sistema nacional de saúde na Constituição de 1988 até o lançamento do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), em 2011. Para este texto, nos limitamos à análise da temática a partir das NOB-SUS/96 até o Pacto pela Saúde, uma vez que os artigos estudados não fazem referência ao COAP.

Encontramos em Viana e Lima (2011) que a descentralização se articulou à regionalização por meio da organização de redes de serviços associadas à criação e ao fortalecimento de autoridades sanitárias regionais, em vários países, tais como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá. Já na América Latina, a descentralização e a regionalização foram implantadas com grau variado de articulação, dando ênfase maior à descentralização. De acordo com as autoras, a estratégia de descentralização foi construída com o objetivo de alcançar um maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, maior democratização e transparência dos processos decisórios.

No Brasil, a descentralização se configura como um princípio estruturante da atuação do Estado. Recorrendo à legislação pertinente, observa-se que, na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), consta que o SUS deve ser um sistema descentralizado com comando único em

cada esfera de governo em que o município tem a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários e os governos federais e estaduais devem atuar em cooperação técnica e financeira para que o sistema de saúde desenvolva bem seu papel.

Sem embargo, a Carta Magna inovou o desenho federativo nacional, atribuindo autonomia aos três entes federados, definindo suas competências tributárias e promovendo a descentralização política e administrativa das unidades federadas. Instituiu, portanto, a concepção de federação trina, tornando os municípios entes gestores da federação com poderes similares aos estados e à União.

Silva e Mendes (2004) afirmam que, com base nas normativas jurídicas, o SUS passou a ser regulado através de Normas Operacionais Básicas, em suas três publicações: NOB-I-namps/91, NOB-SUS/93 e NOB-SUS/96 que aprofundaram a descentralização para Estados e municípios.

O objetivo da NOB/91, editada no período de vigência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), era instruir a implantação do SUS. O mais importante naquele momento era operacionalizar a LOS, através do convênio entre a União, os Estados e os municípios. Esta NOB instituiu o pagamento por produção de serviços e, ainda que isto significasse “um recuo em relação ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, os municípios apoiaram aquela NOB por perceberem a oportunidade de receber recursos diretamente da União sem a intermediação dos Estados” (SILVA; MENDES, 2004, p. 21).

A importância da NOB/93 se expressa pela forma como impulsionou a municipalização dos serviços de saúde, insti-

tuindo três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Ainda sob a sua vigência, foram criadas as Comissões Inter-gestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB) como fórum de negociação permanente entre os entes federativos. Já com a NOB/96, a gestão municipal passa a exercer pleno poder na atenção à saúde. Se a norma anterior instituiu três formas de gestão (incipiente, parcial e semiplena), esta tratou da institucionalização da gestão plena do sistema municipal e da gestão plena da atenção básica, redefinindo as responsabilidades da União e dos Estados. Este processo de institucionalização das NOB's inicia e fortalece o processo de municipalização de tal modo que, segundo Silva e Mendes (2004, p. 22), “[...] ao final de 1996, havia 3.078 municípios habilitados para a municipalização e, ao fim de 2000, eram 5.398, 98% dos municípios brasileiros” nesta condição.

Viana *et al.* (2008) e Silva e Mendes (2004) apresentam a descentralização como um momento diferente da regionalização, pois a primeira surge em um cenário de contraposição à centralização e se refere ao caráter político-administrativo da saúde enquanto a segunda tem a ver com a territorialização, demarcação de territórios, visando reduzir as desigualdades territoriais com a construção de regiões de saúde. Assim, a preocupação com a descentralização já estava presente nas leis infraconstitucionais e portarias específicas, como as NOB's, mas é, sobretudo, no início dos anos 2000 que a regionalização vai ser discutida com mais ênfase a partir da edição das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), e com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006.

Desde a instituição do SUS, a descentralização tem sido a estratégia privilegiada para sua implantação, uma vez que se perseguia a ruptura com a centralização acessiva do governo fe-

deral. A LOS define a descentralização e a regionalização como princípios norteadores da organização político-administrativa e territorial do SUS, contudo, a municipalização da saúde foi priorizada, ao passo que a regionalização foi totalmente negligenciada nos anos 1990 (DOURADO; ELIAS, 2011).

Os autores refletem que o fato de se dar mais importância à dimensão municipalista da descentralização implicou em avanços para o SUS, principalmente no que diz respeito à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios.

Dentre os avanços do processo de descentralização que eles referem estão a constituição dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a modificação dos critérios de financiamento, que inclui, gradativamente, a transferência automática fundo a fundo calculado em valores *per capita*; a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais como as Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite (DOURADO; ELIAS, 2011).

Mas, a municipalização da saúde não contabilizou apenas aspectos positivos; teve, também, resultados negativos. Ela foi implantada tendo por base uma prática de relação direta entre o governo federal e o municipal, o que fragilizou sobremodo as relações estabelecidas entre estados e municípios, dificultando o entendimento do que seria responsabilidade deste ou daquele. E mais, a ampliação do funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a instituição das Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde (PPI), presentes na NOB/96, não foram suficientes para a organização de redes de atenção à saúde baseadas no princípio da regionalização. A ausência de incentivos financeiros para os Estados assumirem suas funções foi um fator que complicou ainda mais esta situação.

Em consonância com o pensamento de Dourado e Elias (2011), encontramos Arretche e Marques (2007) refletindo que o modelo de descentralização da política de saúde brasileira se caracteriza por concentrar autoridade no governo central e financiar esta política através de um sistema abrangente de transferências inter-regionais. Assim, esta concentração das funções de financiamento na esfera central leva os governos locais a serem fortemente dependentes do governo federal.

De acordo com Arretche e Marques (2007), o sistema de saúde do Brasil procurou acentuar seu caráter redistributivo, com a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB), proposto na NOB/96, como um mecanismo de transferências federais de recursos para os programas municipais de saúde que é calculado em termos *per capita*. Os autores referem, ainda, que a estratégia brasileira de descentralização se caracteriza pela transferência aos municípios da autoridade para contratar, auditar e pagar os provedores privados de serviços hospitalares e ambulatoriais, ainda que com recursos do Ministério da Saúde.

O que aconteceu, de fato, conforme assevera os autores, foi uma municipalização da provisão de serviços de saúde da atenção básica, mas a municipalização da provisão e da gestão dos serviços hospitalares não ocorreu. Conforme a fala dos próprios autores:

[...] no ano 2000, a participação municipal na produção de serviços de atenção básica já estava quase que inteiramente municipalizada, ao passo que a participação municipal na produção de serviços hospitalares era bastante reduzida (ARRET-CHE; MARQUES, 2007, p. 179).

Assim, segundo os autores, para os serviços hospitalares, as regras de transferências para pagamento não se alteraram, enquanto, para a atenção básica, sim. As regras para a transferência de recursos para aqueles serviços continuaram operando de acordo com a forma de reembolso por serviços prestados, ou seja, com base nos volumes de procedimentos realizados. Esta realidade concentrou os recursos nos municípios que já tinham uma capacidade instalada. Toda essa realidade gera mais desigualdade.

Corroborando o pensamento de Dourado e Elias (2011), Souza (2001) reflete que a discussão da regionalização está intrinsecamente relacionada ao processo de descentralização político-administrativa da saúde. De acordo com o autor, a descentralização impulsionada pelas NOB's apresentou alguns resultados positivos, a exemplo do aumento de transferências diretas de recursos da União para os Estados e municípios, do fortalecimento da capacidade institucional de vários Estados e municípios na gestão da saúde e da expansão da rede municipal de serviços de saúde. No entanto, a descentralização evidenciou a necessidade de enfrentar diversos problemas na gestão da atenção à saúde.

No que diz respeito à gestão, vários Estados ainda não haviam assumido plenamente as funções de coordenação e de regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes intermunicipais de atenção. Além disso, constata-se que a maior parte dos municípios tem dificuldades de planejamento do sistema, de regulação de prestadores e de construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da sua população, pois não conseguem garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade (SOUZA, 2001).

Essas questões levaram gestores e governo a repensarem a regionalização, iniciando a elaboração de regras expressas nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde. Sua publicação foi resultado de um longo processo de negociação entre o Ministério da Saúde (MS), representações dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS/CONASEMS) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e teve como objetivo principal estabelecer “o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011, p. 172).

3.2 Descentralização da saúde e seus ciclos

A partir da discussão da regionalização e sua pactuação na NOAS, após vários ciclos de descentralização impulsionados pelas NOB's, observa-se uma tensão entre regionalização e descentralização da saúde que foi agravada por dois motivos principais: primeiro, porque o planejamento regional não se articulou aos processos de descentralização; na verdade, o que houve foi uma dissociação entre as duas estratégias logo na implantação do SUS. E, depois, porque a proposta de regionalização veio a se iniciar tardiamente, tomando forma apenas após sucessivos ciclos de descentralização (VIANA; LIMA, 2011).

Nesse sentido, Viana, Lima (2011) e Viana *et al.* (2008) identificam quatro diferentes ciclos de descentralização da política de saúde, iniciando-se em 1983 e indo até 2010, considerando o perfil de financiamento, o fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais, o ambiente intergovernamental e a conformação de pacto nacional e de políticas regionais.

O primeiro ciclo, segundo as autoras, apresenta um caráter nacional e extrapola o campo da saúde, ligando-se à conjuntura de democratização da década de 1980. Este ciclo se configura como uma crítica ao modelo centralizador e autoritário na condução das políticas públicas e propõe a descentralização como mecanismo de aceleração da democratização do país em um ambiente intergovernamental cooperativo no qual os governos estaduais, municipais e federal se articulam para a elaboração da nova Constituição.

Nesse período, foram criadas instituições importantes, como o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), nos estados, e as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), que continuaram funcionando de 1987 a 1989, durante a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1991, cria-se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para negociar as decisões em torno da descentralização.

As autoras afirmam, ainda, que, no primeiro ciclo, o país passou por uma inflexão conservadora, na virada dos anos 1990, a partir do Governo Collor, exacerbando-se no Governo Cardoso. Este fato levou a descentralização refletir os projetos de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica.

Assim, esse primeiro ciclo não apresenta uma política regional expressiva, o que compromete o fortalecimento de Estados e municípios na condução do SUS tal como expresso na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

O segundo ciclo a que as autoras se referem, inicia-se na primeira metade da década de 1990, tendo como característica principal o fortalecimento da gestão municipal apoiada por um maior aporte de recursos para os municípios. Neste momento, destaca-se o processo de descentralização, baseado nas transferências fiscais e setoriais não redistributivas, uma vez que dependiam da capacidade de produção e faturamento dos serviços de saúde onde o pagamento era realizado por procedimento e produtividade.

No contexto de liberalização econômica e ajuste fiscal, agravou-se a situação de desigualdade socioespacial dos municípios brasileiros, que foram obrigados a assumir suas responsabilidades com as políticas sociais. Todavia, neste mesmo ciclo houve uma forte indução para os municípios montarem estruturas gerenciais subnacionais da saúde a partir das modalidades de habilitação previstas na NOB de 1993. Estas modalidades geraram maior autonomia para os municípios, contribuíram para a organização de sistemas locais de saúde, mas não valorizaram a esfera estatal na indução e fortalecimento da coordenação e cooperação intermunicipal (VIANA; LIMA, 2011, VIANA *et al.*, 2008). Neste sentido, Pestana e Mendes (2004) referem que o processo de descentralização do SUS tinha o financiamento fortemente centralizado na União sem a participação primordial dos Estados.

Levcovitz, Lima e Machado (2001), em artigo em que fazem uma discussão do papel das NOBs nos anos 1990, ressaltam que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as ideias neoliberais fortalecidas na década de 1990. Isto porque, mesmo que a descentralização se assente na democracia, base ideológica que diverge da neoliberal que persegue a redução da responsabilização do Estado para com as políticas sociais, havia certo consenso quanto à estratégia de descentralização.

No terceiro ciclo, apresentado por Viana e Lima (2011) e Viana *et al.* (2008), marcado pela NOB 1996, foi instituído um processo redistributivo de recursos financeiros da esfera federal para os municípios através da transferência *per capita* (Piso de Atenção Básica) e incentivos para o programa Saúde da Família (PSF). Nesta nova forma de financiamento, as regiões Norte e Nordeste receberam um aporte financeiro inédito por serem consideradas as mais pobres. Todavia, além desta mudança na forma de financiamento, não houve outras medidas específicas que fomentassem o fortalecimento das estruturas subnacionais.

Dessa forma, esse ciclo se esgota pela incapacidade de alterar as desigualdades regionais e intrarregionais de saúde. Em consequência, presencia-se certa estagnação dos avanços da descentralização: o que houve, na avaliação das autoras, foi um enfraquecimento do pacto nacional a favor do SUS.

Finalmente, o quarto ciclo se inicia na virada dos anos 2000, com o lançamento da Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001. Esta, de suma importância para a revalorização da lógica regional na saúde, enfatizava o processo de

regionalização do SUS como uma estratégia fundamental para o avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde.

Ainda nesse período, foi lançado, em 2006, o Pacto pela Saúde, dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, trazendo novas diretrizes para a regionalização do SUS com base no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados e, também, na ênfase na diversidade econômica, cultural e social para a redefinição das regiões de saúde.

Viana e Lima (2011) fazem uma reflexão de que, por ser único, o SUS deveria assegurar os mesmos princípios e diretrizes a toda a população da nação, todavia, ele não se realiza do mesmo modo em todos os lugares por causa das diferentes heranças e heterogeneidades regionais.

Neste sentido, as autoras assinalam que a regionalização da política de saúde brasileira sofre influência de seu contexto socioestrutural. Assim, alguns elementos têm rebatimentos na regionalização, que se expressa e se materializa em territórios específicos; depende da capacidade instalada e da cobertura, da complexidade e perfil público-privado da oferta de ações e serviços de saúde e dos recursos disponíveis para o gasto público em saúde, que, por sua vez, dependem da capacidade de arrecadação própria e das transferências federais para Estados e municípios.

O argumento das autoras é que as diferenças entre os entes federados são significativas, havendo, inclusive, municípios de pequeno porte que não possuem condições para abranger todos os níveis de atenção à saúde em seus limites geográficos.

Assim, é necessário ir além das fronteiras político-administrativas para que seja possível promover a integralidade e a integração da rede de atenção à saúde no SUS.

3.3 A regionalização da saúde a partir da NOAS e do Pacto pela Saúde

De acordo com Viana *et al.* (2008), o Ministério da Saúde propôs a regionalização, inicialmente, como uma norma que definiria módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema. Apenas recentemente é que a regionalização surge com mais ênfase, dando início a um processo mais efetivo de elaboração de instrumentos que possibilitem a criação de regiões de saúde, com vista ao estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas por serviço de saúde de melhor qualidade e resolutividade. Uma nova política tem início nos anos 2000 e se fortalece em 2006 com as propostas contidas no Pacto pela Saúde, que tem a regionalização como um de seus pilares.

Um documento produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), intitulado “Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde”, expressa os ganhos efetivos da NOAS, destacando, dentre outros, o processo de construção de uma rede regionalizada, conforme previsto nos Planos Diretores de Regionalização (PDR), e que, passados apenas nove meses da publicação da NOAS, já se havia alcançado objetivos importantes, configurando-se como uma realidade concreta e incorporada aos processos de gestão estaduais

e municipais na maioria das regiões do País; a existência de um grande grau de consenso no país sobre as questões despertadas pela discussão da NOAS, confirmando um grande movimento pela regionalização, com a superação de uma etapa de mera discussão no rumo de uma real implementação de mudanças (BRASIL,2006; OPAS, 2002, p. 6, 7).

Essa publicação da OPAS (2002) avalia que a NOAS demonstra, realmente, ser um passo importante na garantia de operacionalização dos princípios básicos do SUS. Mas é, de fato, com o Pacto pela Saúde que se tem o coroamento da regionalização.

A partir de amplas discussões, o documento contendo as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. O Pacto foi estruturado em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (LIMA, *et al.*, 2012).

De acordo com o documento do Ministério da Saúde “Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, a Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto, na sua dimensão Pacto de Gestão, devendo orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação intergovernamentais. Esta realidade mostra que a direção nacional do SUS reafirma a condição da regionalização como elemento basilar do sistema de saúde (BRASIL, 2006).

Com o Pacto, observa-se uma transformação nas relações federativas da política de saúde, mostrando a necessidade de cooperação intergovernamental, fazendo com que Estados e municípios tenham uma atuação mais expressiva quanto à re-

gionalização, uma vez que ele propõe a formalização dos acordos estabelecidos entre as esferas governamentais pela via da assinatura de Termos de Compromisso de Gestão, em que os gestores se responsabilizam a cumprir objetivos e metas associados a indicadores de monitoramento. Estes últimos substituem os processos de habilitação previstos nas NOBs para transferência de responsabilidades e recursos e, mais, amplia a autonomia dos municípios na gestão dos sistemas locais e dos recursos financeiros (VIANA *et al.*, 2008; VIANA; LIMA, 2011).

No Pacto, a regionalização representa o compromisso dos gestores com a gestão compartilhada do SUS. Ele retoma a regionalização como eixo central e atualiza os instrumentos de planejamento da NOAS: Plano Diretor de Regionalização, Programação Pactuada e Integrada e o Plano Diretor de Investimento.

O Pacto pela Saúde instituiu os Colegiados de Gestão Regional (CGR), uma de suas maiores inovações, como instâncias deliberativas nos moldes das CIBs, para que pudessem materializar o planejamento e a gestão nas regiões de saúde, valorizando o relacionamento horizontal intergovernamental. Os CGRs são instâncias semelhantes às CIBs, diferenciam-se pela abrangência, pois são restritos às regiões, e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais envolvidos nessas regiões (DOURADO; ELIAS, 2011).

Encontramos, ainda, nas discussões de Dourado e Elias (2011) que a proposta de regionalização presente no Pacto pela Saúde se deu a partir de uma conjuntura advinda do processo de descentralização e municipalização realizado na década de

1990 com o objetivo de obter os resultados que a NOAS não alcançou a partir da modificação de alguns preceitos do modelo de gestão regional.

Os autores expressam seu ponto de vista afirmando que, após a primeira década de efetivação da descentralização do SUS, ficou claro que a estrutura municipalizada não oferecia as condições para a plena realização dos objetivos do sistema de saúde no espaço nacional extremamente heterogêneo. Para eles, foi o reconhecimento desta situação que levou o Ministério da Saúde a elaborar os princípios constantes na NOAS no início da década de 2000 e seu aperfeiçoamento no Pacto pela Saúde.

Dourado e Elias (2011) concluem seu artigo dizendo que a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS é medularmente vinculada à organização federativa do país e, justamente por isto, a dinâmica política do processo de regionalização exige a busca do equilíbrio entre centralização e descentralização, essência mesma do federalismo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura consultada apresentou que um dos desafios que o SUS enfrenta atualmente é a necessidade de se pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que respondam à necessidade de saúde da população brasileira.

A discussão relativa à regionalização encontrada em Viana *et al.* (2008), gira em torno da ideia de que o governo central precisou rever os equívocos causados pelas normativas na tentativa de materializar a regionalização. Se, por um lado, as

normas relativas à regionalização inauguraram as discussões sobre regiões de saúde e a necessidade de se pensar o sistema a partir do território, por outro, deixou claro que a perspectiva estritamente normativa não deu conta do território vivo onde as pessoas significam e ressignificam suas vidas. O que houve, na verdade, foi a desconsideração dos conteúdos locais e regionais para se pensar os pactos pela saúde.

Há uma necessidade premente de a regionalização da saúde de considerar a heterogeneidade do território brasileiro, visto que cada região do Brasil tem uma complexidade imensa de problemáticas e possibilidades. A busca deve ser pela complementaridade entre as regiões e seus serviços.

Nessa perspectiva, encontramos nos textos discussões sobre regionalização que afirmam não ser possível pensar um modelo único para a regionalização no Brasil que desconsidere as diferenças regionais e locais das populações, sua imensa diversidade social e cultural. O próprio processo de regionalização em curso traz a necessidade de se lidar de forma mais coerente e efetiva com a diversidade de contextos culturais e sociais.

A regionalização se configura, assim, como uma possibilidade de construção de modelos de atenção à saúde que consideram a heterogeneidade das condições de vida dos diversos grupos populacionais e a diversidade de situações específicas das várias regiões, Estados e Municípios brasileiros. Desse modo, precisa ser, antes de tudo, um processo político capaz de lidar com a diversidade do SUS em sua relação com o território brasileiro. Esta questão torna o processo de regionalização mais complexo do que a descentralização político-administrativa do sistema de saúde empreendida nas NOB's.

Assim, a formação de estruturas descentralizadas e regionalizadas tem sido o vetor de organização dos serviços de saúde. A despeito de toda crítica que cabe lançar ao processo de descentralização e regionalização da saúde no Brasil, não se pode perder de vista o acúmulo e experiência vivenciada pelo SUS ao longo destes vinte e cinco anos.

Encontramos, nos artigos estudados, aspectos positivos e negativos das normatizações que tratam da organização do sistema nacional de saúde (NOB, NOAS e Pacto pela Vida), mas é assim que tem se construído o SUS, enfrentando os desafios do contexto neoliberal, os escassos investimentos e a alocação desigual de recursos para os territórios.

Os textos nos apresentaram como têm se organizado as estruturas descentralizadas e regionalizadas de gestão e de organização de serviços no Brasil, durante os anos 1990 e 2000, sobretudo, a partir da análise que realizaram das NOB's e NOAS e de suas discussões sobre o pacto federativo cooperativo brasileiro. Tal pacto tem enfrentado diversos desafios na consolidação da política de saúde pública, mas tem adensado ganho, passo atrás, passo adiante, na organização do sistema de saúde e na valorização da saúde como direito de cidadania.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2015.

BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília: OPAS, 2002. Caderno 1.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1944.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2015.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2015.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

SILVA, M. V. C. P.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/livro_marcus_pestana.pdf>. Acesso em: 9 set. 2015.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7015.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

VIANA, A. L. D'A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: _____. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, A. L. d'A. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2015.

VIANA, A. L. d'A. **Descentralização e política de saúde: origens, contexto e alcance da descentralização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CAPÍTULO 8

FINANCIAMENTO DO CUSTEIO DE HOSPITAIS PÚBLICOS TERCIÁRIOS: DESAFIOS À GESTÃO ESTADUAL (2001-2010)

Maria Helena Lima Sousa

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

O financiamento da assistência hospitalar é um dos principais desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é responsável pela oferta de serviços especializados de média e alta complexidade, exigindo expressivo aporte de recursos humanos, materiais, tecnológicos e de investimento. A alta complexidade é responsável por um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade), no contexto do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2007),

Segundo o Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), realizada pelo IBGE, em 2008, dos 189,5 milhões de residentes estimados para aquele ano, cerca de 13,5 milhões de pessoas tiveram uma ou mais internações hospitalares nos doze meses que antecederam a entrevista. Isto corresponde a um coeficiente de internação hospitalar de 7,1 do total de pessoas. Em termos absolutos, foram 12,3 milhões de pessoas, em 2003, e 13,3 milhões, em 2008, que tiveram alguma internação no período de referência.

Carvalho (2007), ao analisar o perfil dos gastos com atenção de média e alta complexidade, que inclui as despesas com assistência hospitalar e a média e alta complexidade ambulatorial, identificou que, em 1995 a assistência hospitalar respondia por 65,4% destes gastos e, em 2005, o percentual caiu para 43,8%. Entretanto, em relação aos gastos exclusivamente hospitalares, o crescimento foi de 13% para 22,4% no mesmo período.

La Forgia e Couttolenc (2009), analisando o desempenho hospitalar no Brasil, consideram que os hospitais consomem uma expressiva parcela do orçamento do governo, tendo absorvido, em 2002, 7% dos gastos públicos com saúde. Portanto, pode-se concluir que o SUS é a maior fonte de financiamento hospitalar.

É nessa conjuntura complexa que o gestor hospitalar toma suas decisões quanto aos recursos disponíveis, muitas vezes, escassos, buscando a combinação ótima dos fatores de produção capaz de alcançar resultados satisfatórios para o sistema sanitário e para a sociedade em geral em termos de saúde e bem-estar.

Tudo isso passa pela questão do financiamento. É ele o indutor maior do sistema de saúde. Seu maior desafio é organizar o sistema de tal forma que ele consiga ser eficiente, efetivo e de qualidade e que alcance melhores resultados em termos de saúde para a população.

No Brasil, a lógica que rege a política de financiamento no SUS foi instituída pela Constituição Federal, em 1988, integrando o Orçamento da Seguridade Social (OSS), tendo por base legal a universalidade no acesso e o atendimento integral.

O contexto deste estudo abarca a primeira década do século XXI (2000-2010), quando foi definido, pela Emenda Constitucional nº 29/2000, com o objetivo de reverter o quadro de desequilíbrio acentuado desde que foi promulgada a Constituição Federal de 1988, o piso para utilização das receitas líquidas próprias para a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal.

Em 2007, foi definida a política de financiamento da saúde com base nas orientações da Portaria GM/MS nº 204/2007 que institui blocos de financiamento para repasse de recursos para Estados, Municípios e Distrito Federal. No que se refere aos hospitais públicos, os recursos federais são repassados fundo a fundo, por meio do bloco de Atenção da Média e Alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC).

Em 2011, por meio do Decreto nº 7.508, foi regulamentada a Lei nº 8.080/1990 que dispõe sobre o planejamento, a assistência e a articulação interfederativa. Dentre os aspectos estabelecidos, fica a cargo das Comissões Intergestoras pactuarem aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. Além disto, institui o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde que é a resultante da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pelas Comissões Intergestoras (Tripartite, vinculada ao MS e Bipartite, vinculada às SES) e a alocação de recursos para os serviços hospitalares que foi viabilizada por meio dos Protocolos sobre Cooperação entre Entes Públicos (PCEP).

Em 2012, após toda uma discussão e as reivindicações do movimento sanitário brasileiro foi, enfim, regulamentada, embora de forma limitada, a EC nº 29/2000 através da Lei nº 141/2012, definindo o que são ações e serviços públicos de saúde, dificultando, assim, a má aplicação dos recursos por parte de gestores da saúde.

Algumas das justificativas apontam para a intervenção pública em saúde são as inúmeras falhas que apresenta o mercado de serviços médicos, impedindo o alcance da eficiência.

Porém, a autora considera certo que o financiamento e a provisão dos serviços por parte do setor público não estão isentos de falhas de eficiência. Por isto, aponta como solução para a escolha entre instituições de mercado ou pública, ambas imperfeitas, a supremacia da pública, por considerar, também, a equidade, no momento de justificar sua intervenção.

Um dos principais desafios do financiamento da saúde é a forma de alocar recursos no orçamento. Para Pereira (2006), a alocação de recursos orçamentários em cada um dos objetivos previstos passa a ser o instrumento que permite o cumprimento dos objetivos do governo, a base de custo para torná-lo realidade. Para Souza (1993), o orçamento representa muito mais do que uma discriminação formal dos gastos previstos. Na verdade, ele é o resultado de uma grande disputa pelo dinheiro público que será destinado segundo prioridades que terminam correspondendo aos interesses dos que detêm maior poder de influência.

A existência de um piso mínimo para cada esfera de governo, é positiva, pois garante um quantidade de recursos mínimas para o sistema, entretanto, não é suficiente, na medida em que outros fatores podem influenciar negativamente como, por exemplo, a qualificação do gasto.

Foi nesse contexto que se analisou o comportamento do financiamento de cinco hospitais públicos terciários no Ceará, na primeira década do século XXI, por fonte de recursos, com o objetivo de identificar sua composição e tendências, na tentativa de revelar seus principais desafios em um sistema que se pretende universal.

METODOLOGIA

A pesquisa se caracteriza como quantitativa e exploratória, utilizando dados secundários dos sistemas oficiais.

As unidades de análise são cinco hospitais terciários que compõem a rede de hospitais gerenciados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), referências para a alta complexidade, quais sejam: Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto de Studart Gomes (HM) – especializado em doenças do coração e pulmão; Hospital Geral de Fortaleza (HGF); Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ); Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS); e Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC).

Tais hospitais funcionam sob o modelo de gestão de administração direta cujo orçamento compõe as unidades orçamentárias contidas no Fundo Estadual de Saúde (FUNDES) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (CEARÁ, 2010). Todos eles são hospitais de ensino e pesquisa e todos estão localizados na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

Os hospitais estudados oferecem serviços de média e alta complexidade, sendo referência para toda a população do estado do Ceará que, segundo o censo 2010, soma 8.448.055 milhões de habitantes, distribuídos em 184 municípios.

Como fonte de dados, temos: 1) Leis Orçamentárias Anuais dos anos de 2001 a 2010; 2) Manual Técnico de Orçamento (2001-2009) da Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado do Ceará (SEPLAG); 3) os dados de gastos com custeio foram coletados no Sistema de Informação Orçamentária e Financeira (SIOF/SEPLAG), dos anos de 2001 a 2010; 4) Relatório de Gestão da SESA/2010.

Foram consideradas como custeio todas as despesas classificadas na categoria econômica de despesa “Despesas Correntes” – código 3 – e “Grupo de Natureza de despesa” – código 3 do orçamento.

A análise da série histórica observou a evolução dos recursos federais e estaduais por hospital estudado, a média, o desvio padrão e a variação percentual entre os anos de 2001 em relação a 2010.

Os valores foram organizados em tabelas e gráficos, sendo atualizados, monetariamente, pelo IGP-M, tendo por ano base 2010.

RESULTADOS

O financiamento para o custeio das unidades hospitalares da rede SESA é proveniente da União, recebido fundo a fundo, do Ministério da Saúde e dos recursos do Estado do Ceará e compõem o orçamento da Secretaria de Saúde do Estado. Em média, foram gastos R\$ 158.637.505,00 com recursos federais, representando uma variação percentual de 58,6, e de R\$ 147.892.525 com recursos estaduais, com incremento de 248,0%, entre 2001/2010.

O financiamento federal

Pelos dados da Tabela 1 e do Gráfico 1, no que diz respeito ao financiamento federal para o custeio dos hospitais terciários da rede SESA entre 2001 e 2010, percebe-se que os valores recebidos não apresentam qualquer coerência, pois, dois de-

les (HGCC e HIAS) receberam valores acima da média e três (HGF, HM e HSJ) abaixo da média. Os valores recebidos ano a ano oscilam, sem guardar qualquer coerência com possíveis critérios adotados.

Dos cinco hospitais estudados, dois apresentaram pouca variabilidade no período, com tendência crescente em quase todo o percurso. Isto ocorreu no HGCC e no HSJ cujos acréscimos percentuais foram de 59,4% e 57,0%, respectivamente. Ambos apresentaram o menor desvio padrão, o que significa que houve menor variabilidade entre os dados.

Nos demais hospitais, a variabilidade foi significativa. Este comportamento teve maior representatividade no HGF, que apresentou maior desvio padrão, chegando ao ano de 2010 com um gasto abaixo da média do período. Entre 2004 e 2008, houve grande incremento de recursos, com variações que chegaram a 71% (2003/2004), 31,2% (2004/2005) e 33,5 (2005/2006). Entretanto, entre 2008 e 2009, houve uma drástica redução cuja variação chegou a -45%.

O HM foi o segundo maior prejudicado orçamentariamente, com relação aos recursos federais, pois seus gastos foram reduzidos, entre 2009/2010, em -14,38%, voltando a crescer no período 2004/2008, caindo novamente em -34,6%.

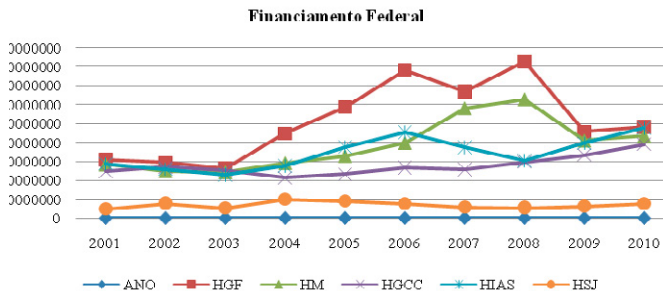
O HIAS, apresentou duas reduções importantes: em 2002/2003, de -21,54%, e em 2007/2008, de -36,0%, entretanto, a partir de 2008, houve uma recuperação importante, alcançando 66,4% no período estudado. Este foi o melhor resultado encontrado entre os hospitais estudados.

Tabela 1 - Evolução do financiamento federal dos hospitais terciários da rede SESA HGF, no período de 2001 a 2010 (Valores em R\$ 1,00).

ANO	HGF	HM	HGCC	HIAS	HSJ	TOTAL
2001	30.766.150	28.414.613	24.474.220	28.678.855	4.934.875	117.268.713
2002	29.332.768	25.087.236	26.972.278	25.863.831	7.978.412	115.234.526
2003	26.120.775	24.418.278	25.390.139	22.831.841	5.418.823	104.179.855
2004	44.718.337	29.268.368	21.359.092	27.462.340	10.108.600	132.916.737
2005	58.663.618	33.020.625	23.199.295	37.551.858	9.283.708	161.719.104
2006	78.316.694	39.896.837	26.724.834	45.354.355	7.864.330	198.157.050
2007	66.737.744	58.100.114	25.689.525	37.397.915	5.775.263	193.700.561
2008	82.839.586	62.807.447	29.667.708	30.480.105	5.599.606	211.394.452
2009	45.576.970	41.039.137	33.376.372	39.565.688	6.209.107	165.767.274
2010	48.049.862	43.509.429	39.000.192	47.730.297	7.747.000	186.036.780
Total	511.122.504	385.562.084	275.853.655	342.917.085	70.919.724	1.586.375.052
Média	51.112.250	38.556.208	27.585.365	34.291.708	7.091.972	158.637.505
Desvio Padrão	20.115.411	13.348.476	5.221.570	8.472.833	1.760.933	38.884.369
Var % 2001/10	56,2	53,1	59,4	66,4	57,0	58,6

Fonte: SIOF, valores atualizados pelo IGP-M, ano base 2010. Elaboração da autora.

Gráfico 1 - Evolução do Financiamento Federal dos hospitais terciários da rede SESA, no período de 2001 a 2010.



Quando se observa o financiamento federal em valores reais, verifica-se que não houve a preocupação em manter o valor real de compra, mesmo sabendo-se que a inflação na saúde é maior que no resto da economia. Este comportamento do governo federal eleva os encargos do erário estadual, que tem a responsabilidade gerencial das unidades hospitalares, provocando descontinuidade em outros programas, haja vista as necessidades crescentes de assistência hospitalar neste nível de atenção à saúde.

O financiamento estadual

O comportamento do financiamento estadual dos hospitais da rede SESA foi mais estável que o federal, apresentando uma tendência crescente. O aumento percentual total foi de 248%, no conjunto dos hospitais, oscilando entre 369,2%, no HIAS, e 108,7%, no HGCC. Esse crescimento de deu por três razões: a primeira delas se deu pela aplicação da Emenda

Constitucional nº 29/2000 pela qual o Estado passou, progressivamente, a aplicar, no mínimo, de 7% a 12% de suas receitas corrente líquidas com ações e serviços públicos de saúde, entre os anos de 2000 e 2005. Portanto, mais recursos foram aplicados em saúde com recursos estaduais.; em segundo lugar, houve, nesta década, muitos investimentos em reforma e ampliação nestes hospitais, o que impactou no aumento do acesso e, conseqüentemente, dos serviços ali produzidos; e, em terceiro lugar, os recursos federais foram oscilantes no período estudado e o crescimento deste financiamento ficou bem abaixo do estadual.

O hospital com maior volume de recursos gastos foi o HGF, a exemplo dos recursos federais, por ser o maior hospital público do Estado e com elevado nível de complexidade, referência para transplante renal, de pâncreas, hepático e de córnea. A média de gastos ficou em 61,4 milhões de reais, mas chegou ao ano de 2010 com gasto em torno de 100 milhões de reais anuais. É também o maior desvio padrão entre os hospitais estudados.

O HM, segundo hospital público em termos de complexidade, também teve um aumento percentual expressivo com recursos estaduais, chegando em dez anos, à casa dos 289,2%. Neste hospital estão concentrados procedimentos de alta complexidade, como transplante de coração e o tratamento das doenças cardíacas e do pulmão. Praticamente, a tendência dos gastos foi ascendente, o que demonstra a importância deste equipamento de saúde para a população do Estado.

Tabela 2 - Evolução do financiamento estadual dos hospitais terciários da rede SESA, no período de 2001 a 2010 (Valores em R\$ 1,00).

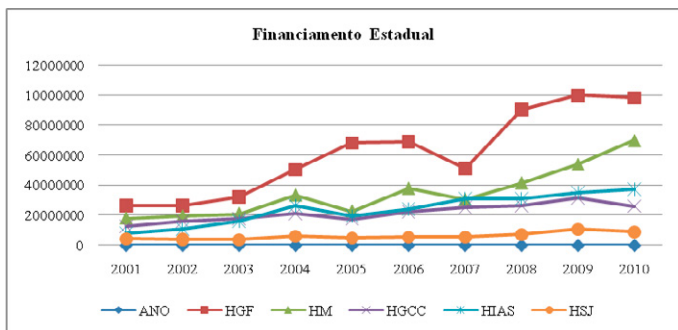
ANO	HGF	HM	HGCC	HIAS	HSJ	TOTAL
2001	26.493.315	17.988.242	12.411.134	7.989.273	4.338.762	69.220.727
2002	26.617.185	19.430.750	16.091.103	10.921.225	3.881.054	76.941.318
2003	32.375.923	21.109.150	17.703.441	16.221.743	3.733.283	91.143.541
2004	50.582.952	33.412.667	20.884.476	26.289.632	5.870.430	137.040.156
2005	68.481.440	22.828.589	17.305.760	19.610.932	4.850.111	133.076.832
2006	69.158.711	38.005.237	22.274.857	24.020.973	5.432.802	158.892.580
2007	51.472.659	30.432.478	25.053.237	31.146.544	5.498.061	143.602.980
2008	90.536.357	41.640.478	26.215.676	31.076.709	7.284.073	196.753.293
2009	100.025.984	54.028.396	31.420.245	35.245.042	10.636.476	231.356.142
2010	98.403.357	70.001.990	25.900.346	37.485.641	9.106.348	240.897.682
Total	614.147.883	348.877.977	215.260.275	240.007.714	60.631.400	1.478.925.251
Média	61.414.788	34.887.798	21.526.028	24.000.771	6.063.140	147.892.525
Desvio Padrão	28.493.202	16.787.902	5.749.194	10.120.783	2.286.570	60.483.204
Var % 2001/10	271,4	289,2	108,7	369,2	109,9	248,0

Fonte: SIOF, valores atualizados pelo IGP-M, ano base 2010. Elaboração da autora.

O HGCC foi a unidade hospitalar que menos cresceu em volume de recursos estaduais, pois o aumento percentual dos gastos, na década estudada, foi de 108,7%, passando de R\$ 12,4 milhões para R\$ 25,9 milhõe entre 2001 e 2010. Este comportamento pode estar associado ao menor nível de complexidade do hospital, em comparação com os demais.

Analisando o comportamento dos gastos do HSJ, verifica-se que ele teve comportamento semelhante ao HGCC, obtendo um incremento nos gastos de 109,9%, muito embora o hospital seja responsável pelo tratamento de doenças transmissíveis e de alto custo como de portadores de HIV/Aids. O Gráfico 2 apresenta, de forma bem definida, a tendência de todos os gastos do período.

Gráfico 2 - Evolução do financiamento do tesouro estadual dos hospitais terciários da rede SESA, no período de 2001 a 2010 .



O financiamento total

Apesar da grande variabilidade entre o financiamento federal e estadual, em termos globais, o resultado foi positivo com um aumento percentual de quase 130%. Entretanto, este aumento não foi linear, tendo em vista que o HGF, o HM e o HIAS obtiveram incremento maior que o total e o HGCC e HSJ tiveram um percentual de aumento abaixo da média (Tabela 3).

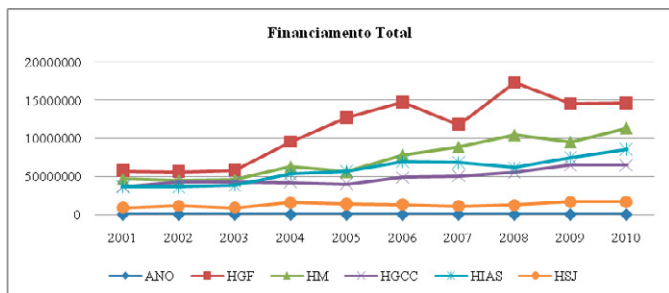
O Gráfico 3 demonstra com nitidez o comportamento do financiamento, ao longo do período estudado, ratificando a tendência crescente dos recursos do HGCC e HM, a grande variabilidade do financiamento do HGF, a pequena variabilidade, com tendência crescente, do financiamento do HIAS e o comportamento estável no financiamento do HSJ, ao longo do período.

Tabela 3 - Evolução do financiamento total dos hospitais terciários da rede SESA, no período de 2001 a 2010 (Valores em R\$ 1,00).

ANO	HGF	HM	HGCC	HIAS	HSJ	TOTAL
2001	57.259.465	46.402.855	36.885.354	36.668.128	9.273.638	186.489.440
2002	55.949.954	44.517.986	43.063.381	36.785.057	11.859.467	192.175.844
2003	58.496.698	45.527.428	43.093.580	39.053.584	9.152.106	195.323.396
2004	95.301.289	62.681.035	42.243.568	53.751.971	15.979.030	269.956.893
2005	127.145.058	55.849.214	40.505.055	57.162.790	14.133.819	294.795.936
2006	147.475.405	77.902.073	48.999.691	69.375.329	13.297.132	357.049.630
2007	118.210.403	88.532.592	50.742.762	68.544.459	11.273.324	337.303.541
2008	173.375.944	104.447.925	55.883.384	61.556.813	12.883.679	408.147.745
2009	145.602.954	95.067.533	64.796.617	74.810.730	16.845.582	397.123.416
2010	146.453.219	113.511.419	64.900.538	85.215.938	16.853.348	426.934.461
Média	112.527.039	73.444.006	49.111.393	58.292.480	13.155.112	306.530.030
Desvio Padrão	43.315.948	25.936.781	9.929.539	16.860.615	2.840.823	93.010.519
Var % 2001/10	155,8	144,6	75,9	132,4	81,7	128,9

Fonte: SIOF, valores atualizados pelo IGP-M, ano base 2010. Elaboração da autora.

Gráfico 3 - Evolução do Financiamento total dos hospitais terciários da rede SESA, no período de 2001 a 2010.



Quem obteve maior aporte de recursos no período foi o HGF cujo aumento percentual foi de 155,8%, seguido do HM, com 144,6%, e, posteriormente, o HIAS com 132,4%, enquanto os gastos que menos cresceram no período foram os do HGCC, com 75,9%, e do HSJ, com 81,7%.

A variabilidade no gasto esteve presente em todos os hospitais pois, em termos reais, houve oscilação no seu comportamento ao longo do período. É importante salientar que, mesmo com a injeção de recursos advinda da EC n. 29/2000, não foi possível manter um crescimento estável em todas as unidades hospitalares. Possivelmente, este comportamento é reflexo da falta de critérios claros para alocar recursos no orçamento hospitalar, em especial, dos hospitais estudados.

Observando-se o gasto pelo percentual de financiamento federal e estadual, fica claro que o recurso estadual é complementar ao recurso federal, ou seja, quando o recurso federal é reduzido, quem paga a conta é o erário estadual. Este comportamento é bastante visível na Tabela 4 e no Gráfico 4.

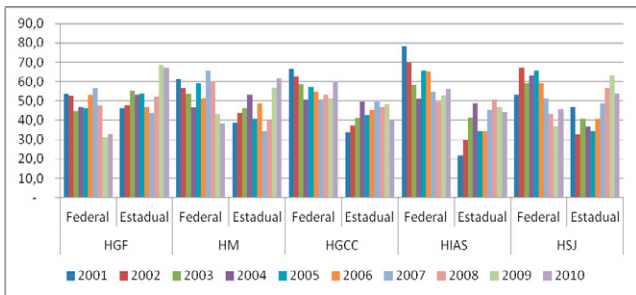
Tabela 4 – Evolução do percentual do financiamento por fonte de recursos dos hospitais terciários da rede SESA, no período de 2001 a 2010.

ANO	HGF		HM		HGCC		HIAS		HSJ	
	F	E	F	E	F	E	F	E	F	E
2001	53,7	46,3	61,2	38,8	66,4	33,6	78,2	21,8	53,2	46,8
2002	52,4	47,6	56,4	43,6	62,6	37,4	70,3	29,7	67,3	32,7
2003	44,7	55,3	53,6	46,4	58,9	41,1	58,5	41,5	59,2	40,8
2004	46,9	53,1	46,7	53,3	50,6	49,4	51,1	48,9	63,3	36,7
2005	46,1	53,9	59,1	40,9	57,3	42,7	65,7	34,3	65,7	34,3
2006	53,1	46,9	51,2	48,8	54,5	45,5	65,4	34,6	59,1	40,9
2007	56,5	43,5	65,6	34,4	50,6	49,4	54,6	45,4	51,2	48,8
2008	47,8	52,2	60,1	39,9	53,1	46,9	49,5	50,5	43,5	56,5
2009	31,3	68,7	43,2	56,8	51,5	48,5	52,9	47,1	36,9	63,1
2010	32,8	67,2	38,3	61,7	60,1	39,9	56,0	44,0	46,0	54,0

Legenda: F (Recurso Federal) e E (Recurso Estadual).

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 4 – Evolução do percentual do financiamento por fonte de recursos dos hospitais terciários da rede SESA, no período de 2001 a 2010.



Fonte: Elaboração própria.

No caso dos recursos federais, houve, claramente, uma redução na participação relativa de recursos para custeio, entre 2001/2010, em todos os hospitais. No HSJ foi reduzida a participação federal de 53,2% para 56%; no HM, passou de 61,2% para 38,3%; no HIAS, de 78,2% para 56%; no HGCC, de 66,4% para 60,1%, e no HGF, de 53,7% para 32,8%. É verdade que hospitais como HGF e HM captaram recursos federais para ampliação e equipamentos, entretanto, não se justifica a redução nos recursos para custeio. Muito pelo contrário, quando há investimento que amplia o acesso deve-se, em contrapartida, aumentar os recursos para o custeio que dê sustentabilidade aos investimentos realizados. Se não, o efeito dos investimentos não será alcançado em termos de retorno para a saúde da população.

Além disso, o aumento no custo dos serviços está mais oneroso para o erário estadual do que para o federal, podendo ser caracterizado como um des-financiamento progressivo dos recursos da união.

Outro aspecto a observar na dança dos valores reais aportados aos hospitais da rede SESA, para ambos os financiadores,

é que não estão claros os motivos ou os critérios que levam a alocar mais ou menos recursos nos hospitais. Isto, possivelmente, é reflexo do valor pago pela contratualização dos serviços no âmbito federal que não corresponde ao valor do custo real dos serviços. Além disto, não há meios de saber o custo de um procedimento em diferentes hospitais do SUS, pois muitas variáveis estão envolvidas na composição dos custos além do tamanho do hospital, sua organização interna, valores pagos por salários, gratificações, materiais e serviços em geral diferem entre estados, regiões em um país com as dimensões do Brasil.

Portanto, os critérios de distribuição dos recursos devem estar compatíveis com o nível de organização e os preços dos insumos, além de outros fatores importantes para garantir o controle e a eficiência dos serviços.

DISCUSSÃO

O tema aqui exposto é pouco explorado na literatura, porque focaliza uma realidade local que, embora possa ser semelhante à de outros Estados brasileiros não está prioritariamente no recorte dos pesquisadores. Entretanto, por ser um assunto de fundamental importância para o entendimento das tendências do financiamento público em um ambiente de restrições orçamentária, considerou-se importante seu aprofundamento para servir como reflexão no desafio que é manter o financiamento de hospitais públicos de alta complexidade em um sistema universal de saúde.

Como se pode observar nos resultados deste trabalho, houve um incremento considerável no financiamento do custeio dos hospitais estudados por parte do erário estadual e isto se deu graças à implementação da Emenda Constitucional nº 29/2000 que instituiu para os Estados brasileiros e o Distrito Federal a aplicação de, no mínimo, 7% a 12% de suas receitas líquidas em saúde, entre 2000 e 2004, permanecendo este piso em anos subsequentes. Portanto, este foi o fator de maior relevância para o financiamento da rede pública hospitalar. Entretanto, o mesmo não ocorreu com o aumento nos recursos federais.

Os critérios estabelecidos pela EC nº 29/2000 para os recursos federais foram diferentes daqueles observados para Estados, Municípios e o Distrito Federal, pois apenas garantiu o aumento do financiamento com base no desempenho do ano anterior acrescido do percentual de Produto Interno Bruto (PIB). Isto fez com que o gasto com saúde ficasse aquém daqueles observados para os outros níveis governamentais. Vale salientar que, segundo Raimundini *et al.* (2004), no caso do Brasil, o governo federal destina apenas 3% do PIB para a saúde, enquanto, na maioria dos países, este percentual é superior a 10% e a OMS recomenda o mínimo de 5%.

Outros fatores também contribuíram para o aumento do custeio hospitalar. O primeiro deles foi o grande investimento por que passou a rede hospitalar do Estado. Segundo o Relatório de Gestão da SESA/2010, todos os hospitais terciários gerenciados pela SESA sofreram reforma e ampliação de sua estrutura física. No caso do HGF, houve, praticamente, uma duplicação da capacidade instalada que, em consequência, necessitou de ampliação do quadro funcional e da estrutura tecnológica.

Além do aumento da capacidade instalada, houve, também, aumento nos custos dos serviços. Segundo Ocké-Reis e Cardoso (2006), os custos crescentes do setor tendem a provocar uma variação do nível de preços na saúde maior do que a taxa média de inflação da economia. Para o autor, isto acontece por uma série de razões inerentes ao setor saúde, como: os recursos humanos são intensamente utilizados, além de apresentar baixa mobilidade e reduzida taxa marginal de substituição, considerando, respectivamente, seu caráter não-comercializável e o alto grau de especialização.

Medici e Marques (1996) apontam, também, outros fatores como impactantes nos gastos e nos custos da saúde como: o envelhecimento da estrutura etária da população, provocado pela queda da fecundidade e da mortalidade, pois a população idosa tende a ter doenças crônicas que exigem tratamento prolongado e, não raras vezes, caros. Destacam, ainda, que os custos são mais altos quando associados ao nascimento e aos primeiros anos de vida, decrescem ao longo da infância e adolescência e passam a crescer com a maturidade, aumentando exponencialmente na velhice.

Ocké-Reis e Cardoso (2006) salientam, ainda, que as inovações tecnológicas não implicam aumento automático e generalizado da produtividade média, tampouco permitem que seu crescimento se dê no mesmo ritmo da atividade industrial, podendo alimentar uma tendência altista dos custos dos serviços médicos. Ademais, a depender do grau de desenvolvimento de um país, a importação de insumos e equipamentos médicos, patrocinada pela dinâmica do complexo médico-industrial, torna a taxa de câmbio uma peça-chave para decifrar a elevação dos custos na área da saúde.

O estudo de Sousa e Silva (2013) aponta que, no período de 2006 a 2010, alguns serviços nos hospitais estudados sofreram variação bastante significativa. Foi o caso do custo do atendimento no Centro de Referência do Câncer do HIAS cujo aumento foi de 248,9%; do custo médio do exame de colonoscopia do HGCC, que variou em 378,3%; e, no HGF, onde ocorreram as maiores variações nos custos dos serviços, o custo do atendimento do Ambulatório de Reumatologia cresceu 588,0% e, no Ambulatório de Pequenas Cirurgias, o aumento foi de 512,3%.

Apesar das inerentes características levantadas sobre os custos dos serviços de saúde por Ocké-Reis e Cardoso (2006), acredita-se que a elevação dos custos de alguns serviços, nos hospitais estudados, extrapolam estas considerações. Isto demonstra fragilidade na gestão dos serviços que poderia ser debelada com medidas mais severas quando do monitoramento dos custos, dentre outras iniciativas gerenciais.

Há de se ressaltar que, segundo Sousa e Silva (2013), houve ampliação do acesso em todos os hospitais estudados no período 2000-2010, e isto se deu, tanto pela população residente na Região Metropolitana quanto em municípios mais longínquos. Este aspecto pode ser um indicativo de que os investimentos realizados proporcionaram maior acesso às pessoas residentes em todo o Estado, além de sugerir que a regulação dos serviços está mais eficiente, muito embora ainda persistam as filas de espera demonstrando que há uma demanda reprimida. Isto pode ser constatado no nível de ocupação dos hospitais, que superam os 100%, em alguns casos.

Diante da complexidade que envolve a produção do serviço hospitalar que depende exclusivamente do financiamento

público e, portanto, está sujeito às variações na macroeconomia em uma economia globalizada, é necessário que a gestão pública busque os caminhos da eficiência para gerir esse nível de atenção à saúde.

Para Vecina Neto e Malik (2007), a preocupação com a eficiência chega a ser criticada como um estímulo ao raciocínio dos serviços, mas, quando a eficiência é critério de avaliação da gestão, faz sentido buscar métodos gerenciais. Para estes autores ocorrem tentativas de encontrar novas formas de relacionamento nos serviços hospitalares como terceirizações, parcerias e alianças pelas quais se possa construir relações entendidas pelos participantes como “ganha-ganha”. Entretanto, os resultados encontrados por Sousa e Silva (2013) comprovam que a experiência de terceirização dos serviços nos hospitais da rede terciária gerenciada pela SESA tem onerado, substancialmente, os custos dos serviços, pois o aumento verificado neste item supera muito os aumentos dos outros insumos que compõem a base de custos dos serviços nos cinco hospitais.

Couttolenc e Zucchi (1998) admitem que os diferentes recursos ou insumos (pessoal, materiais, equipamentos e tecnologia) devem ser combinados de maneira a maximizar o resultado ou o produto pretendido e evitar gargalos e desperdícios. Além disto, afirmam que a maneira pela qual os recursos são aplicados entre diferentes insumos e/ou atividades se reflete, decisivamente, na eficiência e no custo dos serviços.

Na verdade, a maximização dos resultados depende, em muitos aspectos, da eficiência e do custo dos serviços. Um fator como a terceirização deixa a gestão vulnerável em vários aspectos, como: dependência de mão-de-obra externa que não possui qualquer vínculo com as políticas públicas; dependên-

cia de alguns serviços especializados como lavanderia, exames, nutrição, que têm onerado contratos acima dos índices inflacionários etc.

Um dos processos introduzidos pelo gestor da saúde no Ceará, para reduzir custos, foi a compra corporativa de medicamentos. Segundo Bezerra e Duarte (2006), os índices de *performance* de compras após a introdução da modalidade pregão, em 2003, no Ceará, são menores do que os índices de outras modalidades, ocasionando economia para o Estado frente aos preços de mercado e às outras modalidades utilizadas.

Essa conclusão dos autores é decorrente do desenvolvimento de um Índice de Performance de Compras (IPC) que consiste na resultante do gasto total de compras licitadas sobre o gasto total de compras no mercado varejista farmacêutico. Na comparação da eficácia de preços entre os Estados do Ceará e Minas Gerais, pelo IPC referente ao ano de 2004/2005, respectivamente, 50% dos itens de medicamentos do primeiro são inferiores aos do segundo. Isto significa uma economia de R\$ 1,1 milhão para os cofres públicos do Ceará.

Outro problema detectado por Reis e Silva (2005) e que contribui para uma maior permanência hospitalar é a permanência pré-operatória. Em dois hospitais públicos no Ceará, HGF e HGCC, no HGF, a média de permanência pré-operatória, em 2002, foi de 2,8 enquanto a pós-operatória de 3,18 dias e, no HGCC, a pré-operatória foi de 3,41 e a pós-operatória de 2,86 dias. Este fato influencia diretamente os custos dos serviços e contribui para a ineficiência da gestão, até porque, segundo os autores, não foram encontradas justificativas para uma permanência hospitalar pré-operatória tão alta. Além dis-

to, segundo Borba (2006), em se tratando de organizações da área de saúde, estima-se que 30% de todo o dinheiro investido é consumido com desperdícios, retrabalho, ineficiência e processos excessivamente complexos.

Nos prognósticos de Vecina Neto e Malik (2007), para o questionamento “para onde vamos?”, dentre quatro passos obrigatórios está o aprimoramento da gestão, ou seja, a busca da eficiência, o que implica uma nova disposição para a gestão, usando informações, com gerenciamento de custos e, pesadamente, baseada em processos informativos.

Além desses pontos, sugere-se a utilização de ferramentas da economia da saúde como direcionador da alocação de recursos a fim de aprimorar a eficiência e a equidade do sistema de saúde.

Feuerwerker e Cecílio (2007) consideram que, se os hospitais em si são instituições tão complexas, em um contexto de mudanças como o atual, os desafios que se apresentam para a sua gestão são ainda mais significativos, daí a necessidade de criar novas oportunidades para um debate qualificado e para a construção de novas tecnologias e estratégias de gestão que ampliem as possibilidades de oferta de atenção à saúde de qualidade no âmbito público e privado.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), a maioria dos indicadores de produtividade e índices de uso de recursos é claramente superior entre os hospitais eficientes e piora à medida que os níveis de eficiência caem. Os indicadores relacionados com a qualidade de atendimento (taxa de mortalidade hospitalar, proporção de enfermeiros graduados e o indicador geral de qualidade construído a partir dos dados) mostram pequena variação

entre os hospitais de baixa e alta eficiência. Além disto, os hospitais eficientes aparentam ter indicadores de qualidade mais favoráveis medidos pelas taxas de mortalidade e pela proporção de enfermeiros graduados, do que os hospitais ineficientes.

Esse debate passa pela discussão sobre o processo decisório na saúde que, segundo Silva *et al.* (2008), abriga três correntes distintas: (i) a primeira, defendida por autores neoclássicos, sugere uma *racionalidade econômica* e associa o processo decisório a uma questão de maximização de utilidades. Neste caso, os autores consideram que todas as alternativas são conhecidas assim como seus custos e consequências. Este enfoque procura resolver a alocação de recursos maximizando a satisfação de preferências individuais, manifestadas idiossincraticamente; (ii) a segunda se refere ao *enfoque comportamental*, associando as decisões à racionalidade humana, focalizando que o esforço do menor custo é empregado na busca de melhores resultados. Esta racionalidade é limitada pela impossibilidade de se analisar todas as alternativas possíveis e de prever todas as consequências possíveis. Essas limitações são consideradas pelo autor como de natureza humana ou organizacional e, nesse caso, o ótimo é substituído pelo satisfatório; (iii) o terceiro enfoque é reconhecido como *o político*, já que as decisões tomadas resultam de lutas e negociações entre diferentes atores e, por conseguinte, os interesses se sobrepõem à racionalidade. Neste caso, a autora considera que o poder de decisão está dividido entre diferentes pessoas com objetivos diversos.

Cabe, então, aos gestores da saúde, abrir esse debate, sob pena de não se ter ao menos um indicativo do quanto de recursos se necessita para a saúde e, em especial, para o setor hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo revelam que a EC nº 29/2000 permitiu um maior aporte de recursos estaduais nos hospitais estudados. Isto foi possível porque os critérios adotados para os Estados e o Distrito Federal possibilitaram este alargamento dos recursos para a saúde que, a partir de 2004, foi de, no mínimo, 12%, sendo, assim, benéfico para a saúde pública no Estado e, em especial, para a atenção hospitalar.

O estudo revelou, ainda, que há iniquidade no financiamento dos hospitais públicos de atenção terciária no Estado, pela oscilação dos recursos durante toda a década estudada. Isto, possivelmente, é decorrente do incrementalismo utilizado para elaborar o orçamento destas unidades, carecendo pois da definição de critérios que contribuam para tornar a gestão mais eficiente.

Outro aspecto a considerar é a necessidade de redefinir o volume de recursos federais para a saúde e, em especial para o setor hospitalar, que permita a ampliação do volume de recursos. A dependência do financiamento federal ao resultado do PIB tem provocado (des)financiamento da saúde, principalmente quando há dificuldades na economia, sendo este o momento em que mais a população necessita de cuidados médicos.

O momento é oportuno para repensar o financiamento da saúde e os desdobramentos que envolvem os diversos níveis de atenção, em especial, o setor hospitalar de média e alta

complexidade, em uma conjuntura de transição demográfica e epidemiológica, de restrições orçamentárias e de limitação de critérios de eficiência na condução da gestão da saúde. Estes são fatores intensamente importantes para se obter resultados satisfatórios na saúde da população.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. L. C.; DUARTE, R. R. Saunders. Análise dos gastos com medicamentos de alto custo após implantação do sistema de compras através da modalidade de licitação “pregão” na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, no período de 2001 a 2004. In: SILVA, M. G. C.; SOUSA, M. H. L. (Org.). **Temas de Economia a Saúde II**. Fortaleza: UECE/Expressão, 2006. p. 138-153.

BORBA, V. R. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar**: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204**, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.htm.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29/2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: 2000. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-Brasil, v. 12, p. 878-892, 2007.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. Gestão de recursos financeiros. In: **Coleção Saúde & Cidadania. Para gestores municipais de serviços de saúde**. IDS/USP, SP, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 975-971, jul./ago. 2007.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca de excelência. São Paulo: Singular, 2009.

MEDICI, A. C.; MARQUES, R. M. Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP, Qualidade em Saúde**, n. 19, jan./abr. 1996.

OCKÉ-REIS, C. O.; CARDOSO, S. S. **Uma descrição do comportamento dos preços dos planos de Assistência à saúde – 2001-2005**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006. Texto para discussão nº 1232.

PEREIRA, M. J. **Finanças públicas**: a política orçamentária no Brasil. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

RAIMUNDINI, S. L. *et al.* Aplicabilidade do custeio baseado em atividades: comparação entre hospital público e privado. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, XI. **Anais...** Porto Seguro/BA, 2004.

REIS, M. F. E.; SILVA, A. M. Estudo da permanência hospitalar pré-operatória e sua repercussão nos custos em saúde. In: SILVA, M. G. C.; SOUSA, M. H. L. (Org.). **Temas de Economia da Saúde**. Fortaleza: UECE/Expressão, 2005. p. 112-130.

SILVA, S. R. A. *et al.* As decisões de investimento na Fundação Hospitalar de Minas Gerais e seus reflexos nos indicadores de qualidade. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, p. 46-57, jul./dez. 2008.

SOUSA, M. H. L.; SILVA, M. G. C. **Proposta de alocação de recursos para hospitais terciários gerenciados pelo estado do Ceará, baseada em eficiência e resultados**. Fortaleza: UECE, 2013. (Tese de doutorado do DSC AA em Saúde Coletiva).

SOUZA, H. Orçamento, peça-chave para a democratização do estado. **Orçamento & Democracia**. Rio de Janeiro: BASE, 1993.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Abrasco, v. 12, n. 4, ago. 2007.

CAPÍTULO 9

FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS: O CONTEXTO DOS AGRAVOS E SUA ARTICULAÇÃO COM OS DADOS EMPÍRICOS DO PRÉ-TESTE EM FORTALEZA

Maria Salete Bessa Jorge

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Raquel Sampaio Florêncio

Fernando Sergio Pereira de Souza

Raimunda Magalhães da Silva

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta impasses na persistente fragmentação e burocratização do cuidado até mesmo em iniciativas estratégicas como a atenção primária em saúde. De modo geral, há baixa acumulação de instrumentos e ferramentas para uma gestão inovadora da prática, levando ainda em conta os desafios complexos que envolvem desejos e intencionalidades coletivas, conhecimento integrado dos dispositivos terapêuticos e articulação da gestão, financiamento e avaliação. E, neste contexto, apresenta-se o atual dilema do SUS: a articulação dos serviços e níveis de saúde.

Para tanto, faz-se necessário que hoje se busque uma reflexão profunda a respeito da saúde, revisando seus valores, redirecionando o conhecimento na busca de práticas mais adequadas que respondam melhor às necessidades sociais e às demandas por serviços de saúde resultantes das conquistas sociais e das políticas públicas.

Neste processo de consolidação do SUS, vem sendo feito com que sejam identificadas e atendidas parte das necessidades e das demandas por saúde. As necessidades de saúde são vistas, aqui, englobando todas as condições de limitação à saúde, entendidas como qualidade de vida e têm a ver com os determinantes sociais, com as situações de iniquidade, as desigualdades sociais, a atenção e o cuidado necessários à manutenção de uma vida saudável. Abrangem as necessidades sentidas ou não, presumidas ou percebidas pelos diversos sujeitos sociais que atuam na saúde (BRASIL, 2012).

A organização e a estruturação do SUS pressupõem que, na maioria das populações, os casos que necessitam de atenção em serviços de menor complexidade são em maior número do que aqueles de maior complexidade, sendo que, para melhor alocação e utilização dos recursos assistenciais, também é preciso considerar o custo para manter determinada unidade de saúde com relação à sua produtividade (JESUS; ASSIS, 2010; SILVA *et al.*, 2012).

O acesso aos sistemas que focam a universalidade deve ocorrer por livre escolha do usuário, independente do nível de complexidade tecnológica. Ao dispor de um planejamento epidemiológico, sociodemográfico e financeiro, a produção do cuidado tem como finalidade ético-assistencial a manutenção da vida e, para tanto, o direito à saúde requisita a universalização e a integralidade a partir do evento disparador da entrada no sistema (JESUS; ASSIS, 2010). O acesso da população aos serviços de saúde é um dos fatores que influenciam na qualidade de saúde tanto quanto na satisfação dos usuários dos serviços.

No entanto, o sistema brasileiro se encontra, nos dias de hoje, em inúmeras regiões do país, em um formato híbrido: baixa cobertura de PSF; sobrevivência de UBS com ações principalmente programáticas e de baixa resolutividade; acesso demorado à primeira consulta médica na ABS; extensão de serviços de pronto atendimento; e dificuldades de acesso às especialidades para os agravos mais prevalentes

Grande esforço tem sido realizado para a gestão dessa complexa rede de serviços, objetivando assegurar atendimento em tempo adequado às condições de saúde que dependem de intervenções especializadas. Apesar do grande investimento

em sistemas de informação em saúde, de estratégias especiais de pagamento, de controle, avaliação e regulação do fluxo de usuários, até hoje, o SUS não conta com um mapa territorial que aponte estrangulamentos do atendimento especializado. Nem mesmo logramos avaliar se as filas e entraves ao acesso decorrem de capacidade instalada insuficiente, de equívocos nos encaminhamentos ou de problemas de gestão do sistema (CAMPOS, 2003).

Neste estudo, objetiva-se dimensionar esse problema, evidenciando se sua importância varia entre as áreas metropolitanas de quatro regiões do país a serem estudadas, através de um estudo inquérito em que, neste primeiro momento, se faz a validação e a adaptação do instrumento de coleta tipo questionário para os agravos de saúde, que foram aplicados junto aos usuários de serviços de câncer de mama, hipertensão, saúde mental e gestação de risco.

A escolha dos agravos de saúde que são abordados neste estudo, tem como base o padrão de mortalidade, inclusive a própria modificação demográfica do país, onde, a cada ano, 200 mil pessoas maiores de 60 anos são acrescentadas à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde e a necessidade de estudos que abordem as doenças crônicas. Para tanto, este estudo teve como agravos de saúde analisados os transtornos mentais graves, o câncer de mama, a hipertensão arterial e a gestação de risco.

A Rede de Atenção em Saúde Mental (RAISM) de Fortaleza está em fase de construção, buscando seguir os princípios da Reforma Psiquiátrica de forma a garantir uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, principalmente com foco em conseguir atender a demanda dos casos de transtor-

nos mentais graves. Compreendemos que a implementação de serviços substitutivos não garante, por si só, o funcionamento propriamente dito da rede. É necessário que os serviços estejam articulados tanto dentro da rede de saúde do município, com a Estratégia de Saúde da Família e com a Vigilância da Saúde, por exemplo, como também com outros setores sociais tais como Assistência Social, Desenvolvimento Econômico e Habitação (JORGE *et al.*, 2011).

Já a atenção primária ao paciente hipertenso, em Fortaleza, é realizada em 92 centros de saúde da família, e o atendimento especializado, em 112 serviços de saúde, entre hospitalares e serviços ambulatoriais. A atenção terciária, incluindo a realização de exames de alta complexidade e internação hospitalar, é realizada em 4 hospitais de referência em Fortaleza: Hospital de Messejana, Hospital Geral César Cals, Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Universitário Walter Cantídio. Além destes, a cidade de Fortaleza conta, ainda, com um hospital especializado em atendimento de urgência e emergência, Instituto Dr. José Frota, que é responsável, no contexto da HAS, pelo atendimento de pacientes com acidente vascular encefálico onde é realizado o atendimento clínico e cirúrgico, sendo referência em neurocirurgia (FORTALEZA, 2014).

O aumento da incidência do câncer de mama, em Fortaleza, pode estar associado à melhoria no diagnóstico e à qualidade das informações, porém, altas taxas de mortalidade são atribuídas ao retardo no diagnóstico da doença. Assim, observa-se que mortalidade por neoplasias tem comportamento crescente, situando-se como a terceira causa, em 2013. No sexo feminino, as principais causas de 32 mortalidades por câncer foram, em ordem decrescente: câncer de mama, pulmão, estômago e colo de útero.

Em um estudo documental realizado com dados de pré-natal de 321.507 gestantes, realizado no Estado do Ceará com o objetivo de analisar indicadores do PHPN entre os anos 2001 e 2006, evidenciou-se como ponto importante uma média de seis consultas pré-natal, porém, destacam-se como inaceitáveis as lacunas observadas acerca de exames laboratoriais e imunização de tétano (PASSOS; MOURA, 2008).

No Ceará, a taxa de mortalidade materna, nos anos de 2005 e 2006, foi de 86,6 por 100mil nascidos; em 2007, caiu para 64,1 óbitos e, em 2008, para 63 óbitos por 100mil nascidos (CEARÁ, 2009).

Em um estudo realizado em Fortaleza sobre Síndrome hipertensiva gestacional, afirma-se ser possível realizar a prevenção secundária com base em uma anamnese, em avaliação clínica e laboratorial, acompanhados por um pré-natal de qualidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quantiquantitativa que faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada “INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REGIÕES METROPOLITANAS BRASILEIRAS”.

Quanto a este recorte, foi realizado um estudo quantitativo, transversal, analítico. O estudo transversal se mostra apropriado, pois sua estrutura condiz com estudos em que as medições são feitas em um único momento, sem período de

seguimento dos participantes. Este tipo de estudo é adequado, ainda, para descrever características da amostra no que concerne a determinadas variáveis e a seus padrões de distribuição bem como para verificar as relações de causa e efeito a partir das associações entre elas. Desta forma, também se trata de um estudo analítico, pois a intenção desta investigação é esclarecer uma dada associação entre o acesso aos serviços de saúde regionalizados e a resolução da demanda de saúde do usuário (RUDIO, 2003).

Além disso, a natureza quantitativa se caracteriza por envolver a coleta sistemática de dados numéricos, mediante condição de controle, além da análise destes dados utilizando procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011). A abordagem é dedutiva, visto que as informações são transformadas em variáveis e as relações entre elas são testadas. O conhecimento resultante é baseado, então, em observação, medição e interpretação cuidadosa da realidade objetiva (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

Campo Empírico de Investigação

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, contemplando os serviços especializados de câncer de mama, gestão de risco, hipertensão arterial e transtornos mentais.

Os serviços foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: referência para atendimento; importância local na área onde está inserida; atendimentos realizados; percepção da

equipe técnica de cada secretaria de saúde; entre outros. Desta forma, por meio das informações levantadas, foi constituído um cadastro para a seleção da amostra.

Participantes do estudo

Os participantes desta fase do estudo foram usuários dos serviços especializados adultos e idosos (20 anos ou mais) que buscaram atendimento. Em relação à gestação de risco, encontramos, nos serviços especializados, jovens de 12 a 16 anos em atendimento. Com base neste quadro, ampliamos os critérios de inclusão, por acharmos importante a voz destas usuárias, principalmente por elas estarem inseridas em outros serviços, aqui ressaltados os serviços de saúde mental.

Justifica-se, com base no estudo de Lacerda e Moreira (2011), em Fortaleza, que detectou que a faixa etária das gestantes mais acometida por pré-eclampsia foi a de 14 a 19 anos o que corrobora com outros estudos realizados. A gravidez na adolescência tem sido considerada, por alguns autores, como um dos maiores problemas da Saúde Pública, devido ao alto índice de gestações nesta faixa etária e os riscos de desenvolver a SHG. (Quadro 1).

Quadro 1 – Grupo de usuários representantes do estudo e critérios de seleção.

Agravo	Local da coleta	N. de participantes	Critérios de seleção
I – Gestação de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Gonzaga Mota Messejana 	10	Em consulta no ambulatório de gestação
II – Câncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> • ICC • GEEON 	10 05	Em consulta no consultório de mastologia
III – Transtornos mentais	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS REGIO-NAL III • CAPS REGIO-NAL II 	07 03	Com diagnóstico de transtornos mentais, em acompanhamento com psiquiatra Até dois anos de tratamento no serviço
IV – Hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de Messejana -HM 	10	Com diagnóstico de hipertensão, presente no ambulatório do hospital
Total		45	

Instrumento de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados foram: um questionário sobre dados demográficos e o instrumento específico para cada agravo, validado para o contexto brasileiro pelo grupo de trabalho do projeto, composto por pesquisadores de Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo, realizando a validação semântica e idiomática dos instrumentos.

Foi realizada a aplicação do questionário específico em cada campo, perfazendo de 03 a 12 questionários em um total de 42 questionários aplicados. A observação livre com registro em diário de campo foi implementada.

A observação dos fenômenos, qualquer que seja a sua natureza, constitui o núcleo de todo procedimento científico, de maneira a compreender a realidade de forma complementar, pois figura, sistematicamente, ao lado das outras técnicas de coleta do material qualitativo tais como a entrevista, os relatos de vida ou, ainda, a pesquisa documental (JACCOUD; MAYER, 2008).

Para que a observação, entretanto, atenda seus objetivos, é necessário que o pesquisador registre suas anotações de forma completa, detalhada e acurada. Assim, um de seus principais instrumentos é o diário de campo onde anota as informações significativas para o estudo que não fazem parte do material formal de entrevistas (MINAYO; GOMES 2009).

Organização e Análise dos dados

Os dados coletados nos questionários e que foram armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel®, posteriormente, foram processados no programa de análise estatística SPSS versão 20.0.

Todo questionário aplicado neste estudo, foi rico em escurta do usuário. Em todos os agravos, foi registrada a necessidade do usuário de expressar suas angústias, seu cotidiano, sua presença no serviço e suas relações com os trabalhadores destes serviços. Como esta fase era a de momento de validação do questionário, achou-se importante o registro em diário de campo, o que enriqueceu a análise dos instrumentos aplicados.

Para fins de organização dos dados quantitativos, estes foram distribuídos em tabelas e quadros, de acordo com o seguimento da análise. Foram calculados frequência e percentual das variáveis quantitativas.

As falas coletadas e as apreensões da observação sistemática seguiram: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com inferências e interpretações (ASSIS, JORGE, 2010). Para o tratamento dos dados, foram utilizados os métodos de análise categorial temática e a estatística descritiva.

Buscou-se, através das observações e da aplicação dos questionários, identificar elementos significantes e classificados por categorias temáticas: acesso, fluxo de atendimento, facilidades, dificuldades, comunicação, oferta de serviços

Em princípio, houve aproximação com os sujeitos do estudo para explicação dos objetivos da pesquisa e convite à participação com a consequente assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto à ética em pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob número 968.511/2015.

A pesquisa respeita a condição humana e cumpre todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população do estudo foi composta por 42 usuários das unidades de atenção especializada sendo analisadas as variáveis sociodemográficas apresentadas na Tabela 1 com suas respectivas frequências absoluta (f) e relativa (%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos usuários do estudo acomedidos dos agravos câncer de mama (Ca), gravidez de risco (Gr), transtorno mentais (TM) e hipertensão arterial (Ht). Fortaleza- CE, jun/2015.

Variável		<i>f</i>				%			
		Ca	Gr	Tm	Ht	Ca	Gr	Tm	Ht
Sexo									
Masculino		-	-	8	5	-	-	80	42
Feminino		10	10	2	7	100	100	20	58
Faixa etária									
12 - 20 anos		-	4	1	-	-	40	10	-
21 - 30 anos		-	3	4	-	-	30	40	-
31 - 40 anos		2	-	2	1	20	-	20	12
41 - 59 anos		6	3	2	2	60	30	2-0	24
60 anos ou mais		2	-	-	9	20	-	-	64
Não sabe		-	-	1		-	-	10	-
Cor de pele									
Branca		3	4	2	-	-	-	-	-
Preta			1		-	-	-	-	-
Parda		7	5	5	-	-	-	-	-
Não sabe		-	-	3	-	-	-	-	-
Escolaridade	Ano								

1º grau	Alfabet.	-	-	1	-	-	-	10	-
	-	-	5	6	-	-	50	50	
	1º	-	-	-	-	-	-	-	
	2º	-	-	1	1	-	-	10	12
	3º	-	-	1	2	-	-	10	12
	4º	1	2	2	3	10	20	20	24
	5º	1	1	-	-	10	10	-	-
	6º	2	1	-	-	20	10	-	-
	7º	1	-	-	-	10	-	-	-
	8º	-	2	-	-	-	20	-	-
9º									
2º grau		-	-	-	-	-	-	-	-
	2	-	-	-	20	-	-	-	
	1º.ano	-	1	-	-	-	10	-	-
	2ºano	1	2	-	-	10	20	-	-
3º.ano									
Superior									
Completo	-	2	-	-	-	20	-	-	-
Incompleto	-	-	1	-	-	-	10	-	-
Ainda frequente a escola		-	4						

Legenda: Ca- câncer de mama; Gr ,gestação de risco; Tm- transtornos mentais; Ht-hipertensão arterial

Fonte: Dados de Pesquisa aplicada pelos autores, 2015.

No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos participantes tem ensino até o primeiro grau e a menor parte ensino superior incompleto. Este é um dado importante, pois mostra que a busca da formação tem aumentado e isto implica em um melhor preparo da população para o mercado de trabalho. Este ponto pode ser considerado um importante fator de trabalho para a ESF, pois o baixo nível de escolaridade dificulta as ações e o entendimento dos cuidados de saúde bem como a adesão aos tratamentos propostos pela equipe multidisciplinar.

Quanto ao sexo, no agravo transtornos mentais, os resultados encontrados neste estudo diferem de outros já realizados como um estudo que avaliou os CAPS da região sul do Brasil (KANTORSKI, 2008), onde 742 dos entrevistados eram do sexo feminino, o que fez uma representação percentual de 63,9%, contrastando com indivíduos do sexo masculino, que representaram 36,1% da amostra total de usuários. Em estudo realizado em Fortaleza, foi encontrado que as mulheres corresponderam a 72,2% e os homens a 27,8% do número de atendimentos realizado em uma unidade de atenção primária de saúde, onde 15,2% referiram como motivo da procura do serviço a consulta para hipertensão. A procura por encaminhamentos para serviços especializados correspondeu a apenas 1,5% dos motivos de consulta nesta UAB (PIMENTEL *et al.*, 2012).

Tabela 2 - Características sobre atendimento na atenção especializada dos agravos câncer de mama (Ca), gravidez de risco (Gr), transtorno mentais (TM) e hipertensão arterial (Ht). Fortaleza- CE, jun/2015.

Variável									Total	
	<i>f</i>						%		<i>f</i>	%
	Ca	Gr	Tm	Ht	Ca	Gr	Tm	Ht		
Tem convenio										
Sim	2	1	-	-	20	10	-		3	7,15
Não	8	9	10	12	80	90	100	100	39	92,85
Pagou con- sulta										
Sim	3	2	-	-	30	20	-	-	5	12
Não	7	8	10	12	70	80	100	100	37	88
Pagou exame										
Sim	9	3	-	3	90	30	-	36	15	35,72
Não	1	7	10	9	10	70	100	64	27	64,28
Quanto tem- po demorou entre o enca- minhamento e a consulta										
Menos de 15 dias	4	6	7	2	40	60	70	16,6	19	45,23
15- 30 dias	5	4	3	8	50	40	30	66,8	20	47,61
31 -60	1	-	-	2	10	-	-	16,6	3	7,16
Mais de 60 dias	-	-	-		-	-	-		-	-
Encaminhado de onde										
Posto de saúde	2	8	6	8	20	80	60	66,8	24	57,14
Pronto socor- ro/UPA/servi- ço de urgência	-	-	2	3	-	-	20	24,9	5	11,90
Consultório privado	3	-	-	-	30	-	-	-	3	7,16
Policlínica	2	-	-	-	20	-	-	-	2	4,77

Outro local	2	2	2	1	20	20	20	12	7	16,66
Não lembra	1	-	-	-	10	-	-	-	1	2,37
Qual profissional que encaminhou										
Médico de família	2	4	6	6	20	40	60	50	18	42,85
Gineco/obstetra	1	4	-	-	10	40	-	-	5	11,90
Enfermeiro	-	1	-	2	-	10	-	16,7	3	7,15
Especialista	6	-	3	4	60	-	30	33,3	13	30,95
Não sabe/não lembra	1	1	1	-	10	10	10	-	3	7,15
Foi solicitado exames										
Sim	10	8	1	9	100	80	10	75	28	66,6
Não	-	-	7	3	-	-	70	25	10	23,8
Não informou	-	2	2	-	-	20	20	-	4	9,6
Foi realizado exames	Ca	Gr	Tm	Ht	Ca	Gr	Tm	Ht		
Sim	10	5	1	9	100	50	10	75	25	59,52
Não	-	5	7	3	-	50	70	25	15	35,71
Não informou	-	-	2	-	-	-	20	-	2	4,77
Quanto tempo faz da sua última consulta	Ca	Gr	Tm	Ht	Ca	Gr	Tm	Ht		
Menos de 15 dias	1	4	9	2	10	40	90	16,6	16	38
15- 30 dias	3	6	1	5	30	60	10	41,8	15	35
31 -60	4	-	-	3	40	-	-	25,0	4	13,5
Mais de 60 dias	2	-	-	2	20	-	-	16,6	4	13,5

Legenda: Ca-câncer de mama; Gr-gestação de risco; Tm-transtornos mentais; Ht-hipertensão arterial.

Fonte: Pesquisa direta, 2015.

Como se pode perceber, as variáveis do estudo foram predominantemente qualitativas, estruturadas conforme a necessidade de resposta aos seus objetivos. Também foram consideradas variáveis quantitativas contínuas e discretas, como as relacionadas ao tempo para chegar ao serviço e de espera pelo atendimento.

Percebe-se que, em torno de 92,24%, são usuários do sistema público de saúde e apenas 7,15% relatam ter planos de saúde, mostrando uma forte dependência do SUS na população estudada.

Pessoto *et al.* (2007) pesquisaram, por meio da técnica estudo de caso, cinco municípios na Região Metropolitana de São Paulo e constataram que 44,2% da população usuária do SUS possuíam convênios ou planos de saúde e 55,8% da população dependiam exclusivamente do Sistema de Saúde Brasileiro (SUS).

O exame mencionado no agravo câncer de mama, a mamografia, se apresenta com uma média de espera em torno de 8 meses e para receber o resultado mais 15 dias, o que levou a maior parte das usuárias a realizar este exame através de rede privada.

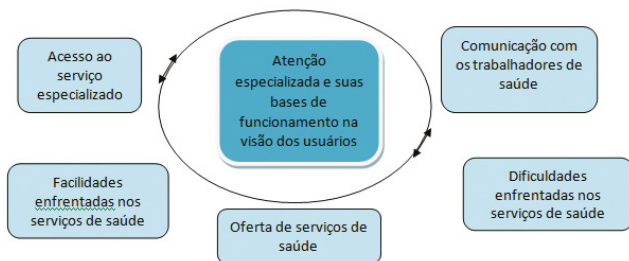
Moimaz *et al.* (2010), em um estudo realizado nos municípios da região noroeste do Estado de São Paulo sobre satisfação do usuário com os serviços de atenção básica e especializada do SUS, no item relativo à oferta de serviços, encontrou que a maioria dos usuários a considera adequada (64%) sendo a qualidade dos serviços relatada como boa para 129 usuários (75%), regular para 15 (9%), ruim para 5 (3%), muito bom para 15 (9%) e excelente para 08 (4%). Mas apresenta um

dado relativo às dificuldades em conseguir consultas com especialistas como reumatologista, cardiologista e mastologista e outros bem como a de conseguir exames especializados como tomografia e ecocardiograma.

Ainda neste mesmo estudo (MOIMAZ *et al.*, 2010) encontrou-se que quase a totalidade dos participantes do estudo (93%) relatou utilizar o SUS local em situações diversas, como consultas de rotina, atendimento fisioterápico e odontológico, cirurgias, emergências e internação. Em geral, tanto o entrevistado quanto seus familiares costumam frequentar a unidade de saúde da família pelo menos uma vez por mês; 67% já precisaram de encaminhamento para especialidades médicas; e destes, 83% concluíram o tratamento com sucesso.

Na aplicação dos questionários realizados com os usuários foram encontrados elementos significativos os quais apresentamos em forma de quadro analítico para, em seguida, descrevê-los:

Figura 1 - Quadro analítico sobre resultados dos questionários.



Atualmente, as principais características do acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação (SANCHEZ; CICONELLE, 2012).

Quanto ao entendimento dos usuários acerca do acesso, apreendeu-se, pelas observações e a partir da aplicação dos questionários, que estes percebem como positiva a cooperação dos serviços de atenção primária e atenção especializada de saúde, havendo uma convergência quanto ao reconhecimento de que os encaminhamentos para exames, consultas e realização de cirurgias de determinadas especialidades em saúde são extremamente positivos, o que permite o acesso mais próximo de seu domicílio.

No estudo realizado por Oliveira *et al.* (2011), houve a conclusão de que as dificuldades de acesso impõem barreiras que comprometem a qualidade da assistência às pessoas ali residentes, em especial, no que se refere à prestação de tratamento adequado em tempo oportuno.

A maioria dos participantes deste estudo referiram facilidades relativas a encaminhamentos e consulta, mas em relação à realização de exames de radiodiagnóstico, principalmente, apresentaram como dificuldades:

[...] aqui, através do encaminhamento do posto de saúde, eu fui atendida na consulta de gestação de risco [...] e eu pensei que seria mais difícil, mas não foi, o doutor que encaminhou me mandou com um relatório pra o outro médico do Gonzaguinha. (Usuária gestante de risco).

[...] o que demorou foi o exame [...] ai, minha filha falou com os irmãos, os tios, os parente mais próximo, fizeram um apanhado e eu fiz o exame numa clínica [...] não dava pra esperar [...] 'tava ficando doidinha sem saber o que eu tinha [...] (Usuária do serviço de mastologia).

[...] quando a gente precisa da avaliação do especialista cardiologista, aqui quase sempre precisa, é encaminhado para os ambulatórios especializados, mas demora muito [...] e a gente acaba indo mesmo para urgência do hospital que lá eles já manda a gente para consulta [...] na hora (Usuário do ambulatório de hipertensão).

Outra dificuldade apresentada pelos usuários foi no que concerne à construção da comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários. Percebe-se, pelas falas dos usuários, que os trabalhadores não têm tempo de parar e escutá-los. Em alguns serviços onde se realizou o pré-teste, foi possível perceber e identificar que o acolhimento está sendo resolutivo e que, na maioria das vezes, os usuários estão tendo um direcionamento adequado. Observou-se, também, que o acolhimento muitas vezes se limita à realização de uma triagem, ou seja, a uma prática pautada na identificação da sintomatologia manifestada pelos usuários no que tange às suas queixas.

Em uma análise crítica, é preciso compreender todas as dimensões que constituem a realidade investigada. Como apresentado neste estudo, as convergências e divergências não são unânimes ou totais. A assistência à saúde é um processo contínuo em que diversas opiniões, visões de mundo, pensamentos e implicações se desenham nas relações da assistência.

Na perspectiva social, os pacientes passam à condição de usuários do SUS e por assim proceder emanam direitos, mas também deveres para com o processo de construção de sua atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste estudo preliminar de avaliação dos instrumentos, sentiu-se a necessidade de inserção de dados demográficos de situações sociosanitárias e clínico-assistenciais que desvelem, com maior precisão, a qualidade do acesso à assistência especializada, para que, em futuras investigações, se possa estudar a associação (bivariada) entre variáveis contínuas utilizando-se o coeficiente de correlação linear de *Pearson* (ou *Spearman*) dentre outros testes estatísticos.

Dificuldades no acesso a exames de alta complexidade foram sentidos em todos os agravos do estudo. A facilidade dos encaminhamentos, principalmente no agravo gestação de risco, foi perceptível por todas as participantes.

Entre os limites do estudo, se apresenta o número ainda incipiente de aplicação dos instrumentos, além do que a não disponibilidade das informações das diversas unidades ainda

nesta fase, junto com dados válidos e confiáveis, foram condições essenciais que impediram uma análise mais objetiva do acesso aos serviços especializados como um todo.

REFERÊNCIAS

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo humanos**. Brasília, 2012.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Mortalidade Materna: análise da situação de Ceará de 1997-2007**. Fortaleza: SESA, 2008.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2012**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2014. Disponível em: <www.saudefortaleza.ce.gov.br>.

JACCOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. *et al.* (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p.254-294, 2010.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232010000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2015.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7 jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2015.

KANTORSKI, L. P. Relatório de Pesquisa/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. **CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil**, Pelotas, 2008.

LACERDA, I. C.; MOREIRA, T. M. M. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 33, n. 1, p. 71-76, 2011.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, 2011.

PASSOS, A. A.; MOURA, E. R. F. Process indicators in the program for Humanization of Prenatal Care and Child in Ceará State, Brazil: analyzes of a historical serie (2001-2006). **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1572-1580, 2008.

PESSOTO, U. C. *et al.* Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

PIMENTEL, F. C. *et al.* Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. S146-S157, 2012.

PIMENTEL, I. R. S. *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 175-181, jul./set. 2011.

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

RUDIO, F. V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. São Paulo: Vozes, 2003.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, out./dez. 2014.

SILVA, M. V. S. *et al.* Avaliação do acesso em saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 107-116, 2012.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 503-507, maio/jun. 2007.

PARTE 2



**ALIMENTAÇÃO E SUAS DIVERSIDADES
TEÓRICAS E METODOLÓGICAS**

CAPÍTULO 10

ÍNDICE INFLAMATÓRIO DIETÉTICO:

SUBSÍDIOS PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Daianne Cristina Rocha

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Ayana Florencio de Menezes

Ana Luiza de Rezende Ferreira Mendes

Luiz Gonzaga Porto Pinheiro

INTRODUÇÃO

No Brasil, a estimativa para o biênio 2014-2015, aponta para a ocorrência de, aproximadamente, 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) foi o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil), segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2014a).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA, 2014b).

Fatores de risco para câncer de mama são, entre muitos outros: avanço da idade, baixa paridade, uso de terapia de reposição hormonal, status menopausal e história familiar de câncer de mama (BOYD; ROMMENS; VOGT, 2005).

Cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados por medidas como uma alimentação saudável, a prática de atividade física regular e a manutenção do peso ideal. A prevenção primária desta neoplasia é um campo de pesquisa e de intervenções bastante promissor (INCA, 2014c).

A mamografia é um método para a medição radiológica da densidade da mama (BOYD *et al.*, 2010) e para a detecção precoce de câncer de mama (SAUER *et al.*, 2006). É realizada em um aparelho de raio X apropriado (mamógrafo). Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável (INCA, 2014d).

No Brasil, a mamografia bial para mulheres entre 50 a 69 anos e o exame clínico das mamas, anualmente, a partir dos 40 anos, é a estratégia recomendada para a detecção precoce do câncer de mama em mulheres com risco padrão. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (INCA, 2014c).

A inflamação tem sido associada com várias condições crônicas, como o câncer (THUN; HENLEY; GANSLER, 2004). O microambiente inflamatório inclui produção de citocinas e quimiocinas, que também pode conduzir à iniciação, crescimento e invasão do tumor (JACKSON; EVERS, 2006). A dieta pode desempenhar um papel central na regulação da inflamação crônica. A dieta do tipo ocidental, que é rica em carne vermelha, laticínios ricos em gordura, cereais refinados e carboidratos simples tem sido associada com níveis mais elevados de proteína C - reativa – PCR e de interleucina-6 – IL-6 (ESMAILZADEH *et al.*, 2007). Por outro lado, a dieta mediterrânea, que é rica em cereais integrais, peixe, frutas e legumes verdes, moderada ingestão de álcool, consumo de óleo de

oliva e baixa ingestão de carne vermelha e manteiga, tem sido associada com níveis mais baixos de inflamação (DALZIEL; SEGAL; DE LORGERIL, 2006).

Nutrientes específicos, tais como ácidos graxos (n-3) (KALOGEROPOULOS; PANAGIOTAKOS; PITSAVOS, 2010), fibras (VAN DIJK; FESKENS; BOS, 2009), o consumo moderado de álcool (DALGÅRD; NIELSEN; MORROW, 2009), vitamina E (GARCIA-BAILO; EL-SOHEMY; HADDAD, 2011), vitamina C (MIKIROVA; CASCIA-RI; ROGERS, 2012), b-caroteno (WU; HUANG; CHAN, 2015), vitamina D (CANNELL; GRANT; HOLICK, 2014) e de magnésio (CHACKO; SONG; NATHAN, 2010) também têm sido consistentemente mostrados como associados a baixos níveis de inflamação.

Em uma revisão sistemática, Barbaresko, Koch e Schulze (2013) encontraram que enquanto estudos utilizando análise de componentes principais ou escores dietéticos baseados no consumo de carne ou padrões “estilo Ocidente” tendem a ser positivamente associados com biomarcadores de inflamação, predominantemente Proteína C-reativa, padrões “saudáveis” tendem a ser inversamente associados.

Algumas pesquisas identificaram padrões alimentares preditivos para biomarcadores, alguns incluindo apenas marcadores inflamatórios e alguns também incluindo marcadores metabólicos. Todos estes estudos incluíam PCR, o marcador mais frequentemente investigado de inflamação crônica (HEIDEMANN; HOFFMANN; SPRANGER, 2005; NETTLETON; STEFFEN; SCHULZE, 2007; CENTRITTO; IACOVIELLO; DI GIUSEPPE, 2009; MEYER; DORING;

HERDER, 2011). Esses padrões incluíam carne (carne vermelha ou carne processada), alimentos pobres em fibras (por exemplo, grãos refinados) e, muitas vezes, álcool.

Os níveis elevados de marcadores inflamatórios como a PCR, IL-6 e interleucina 18 – IL-18, moléculas de fibrinogênio e de adesão aumentaram o risco de câncer (IL'YASOVA, 2005; TSILIDIS, BRANCHINI; GUALLAR, 2008). Por outro lado, as concentrações do hormônio antiinflamatório adiponectina foram inversamente associadas ao câncer (KELESIDIS; KELESIDIS; MANTZOROS, 2006).

A inflamação desempenha um papel chave no desenvolvimento do tumor, afetando a proliferação do tumor, angiogênese, metástases e resistência à terapia. Características-chaves da relação do câncer com a inflamação incluem infiltração de leucócitos, acúmulo de citocinas, remodelação de tecidos e angiogênese (BARTSCH; NAIR, 2006). Leucócitos infiltrantes do tumor estabelecem um microambiente inflamatório. Estes leucócitos secretam citocinas pró-inflamatórias, tais como interleucina 1 - IL-1, IL-6, fator de necrose tumoral alfa – TNF α , bem como quimiocinas, tais como proteína quimiotática de monócito 1 – CCL2 e CXCL8 (LU; OUYANG; HUANG, 2006).

Enquanto as células do sistema imunológico podem reprimir o crescimento do tumor, em alguns casos (BRIGATI *et al.*, 2002), há uma crescente preocupação de que o microambiente inflamatório causado por leucócitos infiltrantes possa facilitar o desenvolvimento de câncer (ROXBURGH; MCMILLAN, 2010).

Há fortes evidências de que a dieta é o principal fator modificável relacionado com o risco de câncer de mama (HOLMES *et al.*, 2004; MICHELS *et al.*, 2007) e, neste contexto, um dos pontos-chave pode ser seu papel na inflamação associada à doença. Por outro lado, é recente o desenvolvimento de indicadores de aferição do índice inflamatório dietético – IID (REINAGEL, 2006; CAVICCHIA, 2009; SHIVAPPA *et al.*, 2013), o que levou ao delineamento do presente estudo, que busca determiná-lo em um grupo de mulheres atendidas em serviço de prevenção da doença.

OBJETIVO

Avaliar a dieta de mulheres atendidas em um Centro de Prevenção ao Câncer de Mama quanto ao índice inflamatório.

METODOLOGIA

Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e analítica, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) – *World Health Organization* – (WHO, 2006), o qual é parte de uma pesquisa intitulada “Projeto Validação – Saúde, Envelhecimento, Dieta e Inflamação:

desenvolvimento, validação e normatização de instrumentos para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis”.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde que realiza mamografias em pacientes do SUS, o Grupo de Educação e Estudos Oncológicos (GEEON), uma organização não governamental ligada à Universidade Federal do Ceará.

População e amostra

A população do estudo foi constituída por pacientes atendidas pelo SUS e que buscaram o Serviço de Mamografia da Instituição citada.

Os critérios de inclusão do estudo foram:

- 1) Mulheres com Idade ≥ 18 anos;
- 2) Não possuir doença que impeça participação nas etapas previstas para o estudo;
- 3) Estar em atendimento pelo SUS;
- 4) Realizar a mamografia;

O não atendimento a quaisquer dos critérios listados configurou critério de exclusão, além da presença de gravidez.

Coleta e análise dos dados

A coleta de dados foi de abril 2015 a julho 2015.

Foram coletados dados de identificação (idade, cor da pele autorreferida e renda) e dados dietéticos.

Avaliação Dietética

A ingestão alimentar foi investigada através do recordatório alimentar de 24 horas (RA24h), realizado em duas ocasiões, mínimo considerado satisfatório na literatura especializada. O primeiro recordatório foi realizado no momento da entrevista. Para o segundo RA24h os pacientes foram contatados através de ligação telefônica. Um dos dias do RA24h se referiu ao final de semana (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2008).

Os dados, fornecidos em medidas caseiras, foram transformados em gramas mediante padronização da Tabela de Medidas referida para os Alimentos Consumidos no Brasil, recentemente elaborada pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 (IBGE, 2011).

Não há estudos brasileiros avaliando o índice inflamatório dietético nem tabelas de avaliação desenvolvidas com esta proposta. Assim, este foi determinado da seguinte forma: os alimentos foram traduzidos para o inglês e a sua gramatura inserida no Programa *If Tracker*, um aplicativo que contabiliza o índice inflamatório dos alimentos consumidos ao longo do dia

(REINAGEL, 2006). As dietas foram classificadas da seguinte forma, conforme proposto pelo programa: ≥ 200 – fortemente anti-inflamatória; 101 a 200 – moderadamente anti-inflamatória; 0 a 100 – ligeiramente anti-inflamatória; -1 a - 100 – ligeiramente inflamatória; -101 a - 200 – moderadamente inflamatória; ≤ -201 – fortemente inflamatória.

RESULTADOS

Participaram do estudo 56 mulheres. A média de idade encontrada foi de $53,2 \pm 9,3$ anos. A renda familiar média foi de 1,8 salários mínimos. Em relação à cor da pele autorreferida, 12 (21,4%) eram brancas, 17 (30,4%) eram pardas e 27 (48,2%), morenas.

Em relação ao índice inflamatório da dieta tiveram a mesma classificada como fortemente anti-inflamatória 9 (16,1%) pacientes; moderadamente anti-inflamatória 1 (1,2%) paciente; ligeiramente inflamatória 1 (1,2%) paciente; moderadamente inflamatória 4 (7,1%) pacientes; e fortemente inflamatória 41 (73,2%) pacientes.

DISCUSSÃO

Em 2009, foi criado o primeiro índice inflamatório dietético (CAVICCHIA, 2009). Em 2013, Shivappa *et al.* lançaram um mais atualizado cujas vantagens foram: a utilização de um

banco de artigos mais atuais (2007–2010) em que aspectos inflamatórios dietéticos foram avaliados; a avaliação da ingestão alimentar relatada de 11 países; a composição dos alimentos era centesimal; a inclusão de gorduras trans entre os nutrientes analisados; e, por fim, houve mais coerência na classificação dos alimentos: quanto maior fosse o índice inflamatório dietético, mais inflamatório seria o alimento. O primeiro passo destes pesquisadores foi a revisão de literatura, pesquisando o papel dos compostos alimentares sobre seis marcadores inflamatórios: interleucina 1 beta – IL-1b; interleucina 4 – IL-4; interleucina 6 – IL-6; interleucina 10 – IL-10; fator de necrose tumoral alfa – TNF - α ; e proteína C reativa – PCR. Um total de 1.943 artigos foram avaliados. Os autores identificaram 45 compostos alimentares entre nutrientes e não nutrientes e lhes atribuíram poder inflamatório ou anti-inflamatório, considerando a qualidade dos estudos realizados.

O grupo de Nutrição e Doenças Crônico-Degenerativas da Universidade Estadual do Ceará vem estudando este tema e discutindo aspectos operacionais para a utilização da proposta de Shivappa *et al.* (2013) bem como vem realizando a tradução dos alimentos constantes no *If Tracker* e desenvolvendo uma planilha em Excel para uma avaliação mais facilitada do IID. Neste capítulo, optou-se por utilizar o aplicativo *IfTracker*, por se tratar de um instrumento que já está apto à utilização, apenas acarretando maior tempo para as análises.

É interessante que, segundo este aplicativo, mesmo alimentos considerados saudáveis podem ser inflamatórios assim como os não saudáveis podem ser anti-inflamatórios. Os efeitos são classificados mediante um equilíbrio de ingestão, levando a um potencial anti-inflamatório em presença de uma dieta variada e equilibrada em quantidade e qualidade (REINAGEL, 2006).

Ainda segundo a autora do aplicativo, existem muitos fatores que afetam o potencial inflamatório de um alimento, incluindo os valores e proporção de ácidos graxos, a quantidade de antioxidantes e outros nutrientes e o impacto glicêmico do alimento. Muitos alimentos têm uma combinação de fatores produtores de inflamação e fatores de redução da inflamação. Uma laranja, por exemplo, contém antioxidantes que diminuem a inflamação, mas também contém açúcares naturais que podem ter um efeito inflamatório leve. Do mesmo modo, uma peça de carne magra contém gorduras saturadas inflamatórias, mas também uma quantidade surpreendente de gorduras monoinsaturadas anti-inflamatórias (REINAGEL, 2006).

A inflamação é uma função crucial do sistema imune inato, sendo a inflamação aguda um processo autolimitante que protege contra patógenos (BALKWILL; CHARLES; MANTOVANI, 2005). Porém, os estudos mostram que, em muitas doenças da velhice e em doenças crônicas, como o câncer, a inflamação desempenha papel importante na causa e/ou progressão da enfermidade (KINYUY TABUNG, 2014).

A maioria das mulheres do presente estudo apresentou uma dieta fortemente inflamatória e, mesmo a maioria não sendo portadora de câncer de mama, uma dieta com este perfil é um fator de risco para o seu aparecimento.

O estudo abre perspectivas importantes no campo da Nutrição e Câncer, pois, ao visar mulheres que estão fazendo mamografia preventiva, é possível identificar fatores de risco para o câncer de mama já aos primeiros achados mamográficos alterados. O acompanhamento nutricional de mulheres de acordo com a mamografia realizada não tem integrado as ações preventivas em saúde pública. Embora neste estudo o

foco seja o IID, todos os componentes ligados ao estado nutricional e dieta podem ser investigados em função dos exames mamográficos.

Como desdobramentos do estudo, é importante que se amplie a amostra, que se confronte os achados de IID com o estado nutricional, resultados da mamografia e marcadores inflamatórios, além de se ampliar o foco para outros grupos populacionais e outras doenças crônicas associadas à presença de inflamação.

CONCLUSÃO

Foi elevado o percentual de mulheres consumindo dietas com elevado índice inflamatório no presente estudo. Ações de intervenção devem ser realizadas no sentido de melhorar o hábito alimentar destas mulheres e, desta forma, prevenir tanto o aparecimento do câncer quando de outras doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

BALKWILL, F.; CHARLES, K. A.; MANTOVANI, A. Smoldering and polarized inflammation in the initiation and promotion of malignant disease. **Cancer Cell**, v. 7, n. 3, p. 211-217, 2005.

BARBARESKO, J.; KOCH, M.; SCHULZE, M. B. *et al.* Dietary pattern analysis and biomarkers of low-grade inflammation: a systematic literature review. **Nutr Rev.**, v. 71, n. 8, p. 511-527, 2013.

BARTSCH H, NAIR J. Accumulation of lipid peroxidation-derived DNA lesions: potential lead markers for chemoprevention of inflammation-driven malignancies. *Mutat Res* 2005;591(1-2):34-44

BOYD, N. F. *et al.* Breast tissue composition and susceptibility to breast cancer. **J Natl Cancer Inst**, n. 102, p. 1224–1237, 2010.

BOYD, N. F.; ROMMENS, J. M.; VOGT, K. *et al.* Mammographic breast density as an intermediate phenotype for breast cancer. **The Lancet Oncology**, v. 6, n. 10, p. 798-808, 2005.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014a.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tipos de câncer**. INCA, 2014b. Disponível em: www2.inca.gov.br/wcs/wpm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce do câncer de mama**. INCA, 2014c. Disponível em: www2.inca.gov.br/conteudo_view.asp.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia**: da prática ao controle. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRIGATI, C. NOOMAN, DM. ALBINI, A. BENELLI, R. Tumors and inflammatory infiltrations: friends or foes? *Clinic Express Metastasis*. 9 (3). 247-258. 2002

CANNELL, J. J.; GRANT, W. B.; HOLICK, M. F. Vitamin D and inflammation, **DermatoEndocrinology**, v. 6, p. 1, e983401, 2014.

CAVICCHIA PP; STECK SE; HURLEY TG; HUSSEY JR; MA Y; OCKENE IS; HÉBERT JR. A new dietary inflammatory index predicts interval changes in serum high-sensitivity C-reactive protein. **J Nutr**; 139(12): 2365-72, 2009

CENTRITTO, F.; IACOVIELLO, L.; DI GIUSEPPE, R. *et al.* Dietary patterns, cardiovascular risk factors and C-reactive protein in a healthy Italian population. **Nutr Metab Cardiovasc Dis.**, n. 19, p. 697-706, 2009.

CHACKO, S.A.; SONG, Y.; NATHAN, L. *et al.* Relations of dietary magnesium intake to biomarkers of inflammation and endothelial dysfunction in an ethnically diverse cohort of postmenopausal women. **Diabetes Care.**, v. 33, p. 304-310, 2010.

DALGÅRD, C.; NIELSEN, F.; MORROW, J. D. *et al.* Supplementation with orange and blackcurrant juice, but not vitamin E, improves inflammatory markers in patients with peripheral arterial disease. **Br J Nutr.**, n. 101, p. 263-269, 2009.

DALZIEL, K.; SEGAL, L.; DE LORGERIL, M. A mediterranean diet is cost-effective in patients with previous myocardial infarction. **J Nutr.**, n. 136, p. 1879-1885, 2006.

ESMAILZADEH, A. *et al.* Dietary patterns and markers of systemic inflammation among Iranian women. **J Nutr.**, n. 137, p. 992-998, 2007.

FISBERG RM, COLUCCI ACA, MORIMOTO JM, MARCHIONI DML. Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional. *Rev Saúde Pública.* 42(3):550-4.2008
GARCIA-BAILO, B.; EL-SOHEMY, A.; HADDAD, P. S. Vitamins D, C, and E in the prevention of type 2 diabetes mellitus: modulation of inflammation and oxidative stress. **Biologics**, n. 5, p. 7-19, 2011.

HEIDEMANN, C.; HOFFMANN, K.; SPRANGER, J. *et al.* A dietary pattern protective against type 2 diabetes in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) Potsdam Study cohort. **Diabetologia**, v. 48, p. 1126–1134, 2005.

IL'YASOVA, D.; COLBERT, L.H.; HARRIS, T.B. *et al.* Circulating levels of inflammatory markers and cancer risk in the Health Aging and Body Composition cohort. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v.14, p. 2413–2418, 2005.

HOLMES MD, WILLETT WC. **Does diet affect breast cancer risk?** *Breast Cancer Res.* 2004;6(4):170-8. Epub Jun 17. 2004
JACKSON, L.; EVERS, B. M. Chronic inflammation and pathogenesis of GI and pancreatic cancers. **Cancer Treat Res.**, n. 130, p. 39-65, 2006.

KALOGEROPOULOS, N.; PANAGIOTAKOS, D.B.; PITSAVOS, C. Unsaturated fatty acids are inversely associated and n-6/n-3 ratios are positively related to inflammation and coagulation markers in plasma of apparently healthy adults. **Clin Chim Acta.**, v. 2, n. 411 (7-8), p. 584-591, 2010.

KELESIDIS, I.; KELESIDIS, T.; MANTZOROS, C. S. Adiponectin and cancer: a systematic review. **Br J Cancer.**, n. 94, p. 1221-1225, 2006.

KINYUYTABUNG, F. **Longitudinal changes in the inflammatory potential of diet and risk of cancer in women.** (Doctoral dissertation) – University of South Carolina, 2014. <http://scholarcommons.sc.edu/etd/2905>.

LU H¹, OUYANG W, HUANG C. Inflammation, a key event in cancer development. *Mol Cancer Res.* 2006 Apr;4(4):221-33.

MEYER, J.; DORING, A.; HERDER, C. *et al.* Dietary patterns, subclinical inflammation, incident coronary heart disease and mortality in middle-aged men from the MONICA/KORA Augsburg cohort study. **Eur J Clin Nutr.**, n. 65, p. 800-807, 2011.

MICHELS, K.B.; FUCHS, C.S.; GIOVANNUCCI, E.; COLDIT, A.; HUNTER, D. J.; STAMPFER, M.J.; WILLET, W.C.; Fiber intake and incidence of colorectal cancer among 76,947 women and 47,279 men. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, Philadelphia, v.14, p.842-849, 2007.

MIKIROVA, N.; CASCIARI, J.; ROGERS, A. *et al.* Effect of high-dose intravenous vitamin C on inflammation in cancer patients. **Journal of Translational Medicine**, v. 10, p. 189, 2012. <http://www.translational-medicine.com/content/10/1/189>.

NETTLETON, J. A.; STEFFEN, L. M.; SCHULZE, M. B. *et al.* Associations between markers of subclinical atherosclerosis and dietary patterns derived by principal components analysis and reduced rank regression in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). **Am J Clin Nutr.**, v. 85, p. 1615-1625, 2007.

REINAGEL, M. The inflammation-free diet plan. **McGraw-Hill**, 2006.

ROXBURGH, CS; MCMILLAN, DC. Role of systemic inflammatory response in predicting survival in patients with primary operable cancer. *Future Oncol.* Jan;6(1):149-63. doi: 10.2217/fon.09.136. 2010

SAUER, G.; KREIENBERG, R.; KURZEDER, C.; SCHREER, I.: Meaning of BI-RADS classification in breast diagnoses. **Der Gynäkologe**, v.39, p. 513–523, 2006.

SHIVAPPA, N., S. E. STECK, *Et al.* “Designing and developing a literature-derived population-based dietary inflammatory index “ TBD (In Preparation).2013.

THUN, M. J.; HENLEY, S. J.; GANSLER, T. Inflammation and cancer: an epidemiological perspective. **Novartis Foundation Symposium**, p. 266-269, 2004.

TSILIDIS, K. K.; BRANCHINI, C.; GUALLAR, E. *et al.* C-reactive protein and colorectal cancer risk: a systematic review of prospective studies. **Int J Cancer.**, n. 123, p. 1133-1140, 2008.

VAN DIJK, S. J.; FESKENS, E. J.; BOS, M. B. *et al.* A saturated fatty acid-rich diet induces an obesity-linked proinflammatory gene expression profile in adipose tissue of subjects at risk of metabolic syndrome. **Am J Clin Nutr.**, v. 90, p. 1656-1664, 2009.

WU, T-C.; HUANG, S.; CHAN, S. *et al.* Combination of β -carotene and quercetin against benzo[*a*]pyrene-induced pro-inflammatory reaction accompanied by the regulation of antioxidant enzyme activity and NF- κ B translocation in Mongolian gerbils. **European Journal of Nutrition.**, v. 54, n. 3, p. 397-406, 2015.

CAPÍTULO 11

ALIMENTAÇÃO DURANTE FESTIVIDADES NATALINAS NO NORDESTE BRASILEIRO: SUBSÍDIOS PARA ESTUDOS SOBRE CULTURA ALIMENTAR

Maria Olganê Dantas Sabry

Antônio Augusto Ferreira Carioca

Daianne Cristina Rocha

José Wellington de Oliveira Lima

Helena Alves de Carvalho Sampaio

INTRODUÇÃO

O presente capítulo é um recorte de uma tese de doutorado desenvolvida no Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla da Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza cujo título é “Influência do feriado prolongado sobre o consumo alimentar, composição corporal e desencadeamento ou agravamento de excesso ponderal” (SABRY, 2012).

O estudo se inseriu no contexto do combate à obesidade, um reconhecido problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2005; WHITACRE; BURNS, 2010) e considerou relatos que sugerem que o ganho de peso adicionado a cada feriado, através dos anos, pode ser grande fator contribuinte para a obesidade (WATRAS *et al.*, 2007). Na revisão bibliográfica realizada por Sabry (2012), é apontado ganho de peso em feriados de Ação de Graças, Natal, Ano Novo, Páscoa, além de feriados do Ramadan. A autora pesquisou, então, efeitos sobre peso e composição corporal da alimentação consumida no Natal, Ano Novo e Carnaval, em um grupo populacional de Fortaleza, Ceará.

Durante a execução do estudo, percebeu-se que o consumo alimentar considerado típico destas datas, segundo o senso comum, não estava sendo confirmado, razão pela qual se considerou pertinente realizar este recorte sobre o consumo alimentar durante os festejos natalinos não para avaliar repercussões ponderais, mas como subsídio para estudos de cultura alimentar.

As comemorações festivas do ciclo natalino vêm da Idade Média, quando a Igreja Católica introduziu o Natal em substituição a uma festa mais antiga do Império Romano, a festa do Deus Mitra, que anunciava a volta do Sol em pleno inverno do Hemisfério Norte (HOPLEY, 2009).

O Natal é, sem dúvida, uma reunião de família pauta-da, sobretudo, pelos excessos consumistas e gastronômicos. Como em qualquer ocasião festiva, tudo se passa à volta da mesa (GOIDANICH, 2009; VELOSO, 2009). Segundo Hopley (2009) no passado, cabeça de javali ou porco, pavão, cisne ou ganso assado, doces diversos, para citar alguns exemplos, faziam parte dos pratos típicos deste período. A ceia de Natal é uma das mais fortes tradições desta época, sendo que, além da grande variedade de alimentos de alta densidade calórica, há variações de horário e cardápio, conforme a região, a condição financeira da família ou a religião de cada um (GOIDANICH, 2009).

No Brasil, em particular, a ceia de Natal tem influência tipicamente europeia. Assim como na maior parte do mundo, as ceias de Natal do Brasil são constituídas de grandes refeições, geralmente tendo como prato principal o peru. Além do peru, constituem elementos típicos da ceia de Natal brasileira o presunto, o chester, o pernil de porco, a rabanada, o bolinho de bacalhau e as nozes. O panetone, de origem italiana, é outro item típico na ceia de Natal no país. Outros pratos também podem estar presentes, como o salpicão, outros tipos de saladas, ostras, arroz à grega, frutas secas, castanhas e bolos (SANTOS, 2004). Também é tradição o vinho, o espumante e os gelados (VELOSO, 2009).

Infelizmente, muitos aspectos ligados aos alimentos e às origens das práticas adotadas neste período são discutidos apenas na literatura leiga. No Brasil, são ainda escassos os estudos sobre o tema. No que tange a festividades tradicionais, especificamente o período natalino, não há artigos nacionais publicados em revistas indexadas enfocando aspectos culturais, de forma que, até o presente, não se sabe sequer se há diferenças de cardápios natalinos nas diferentes regiões brasileiras.

Especificamente reportando-se ao Ceará, há poucas publicações relatando aspectos da cultura alimentar cearense mesmo no cotidiano. Dentre estas, apenas três detalham a culinária cearense (ROCHA, 2003; COUTO FILHO, 2004; HULL *et al.*, 2006; SANTOS; FARIAS; LIMA, 2009), que se formou sob influência direta dos indígenas, europeus e africanos (COUTO FILHO, 2004).

De acordo com Rocha (2003) e Couto Filho (2004), a culinária cearense é distribuída em três regiões: a do sertão, da serra e do litoral. Cada região tem as suas receitas com características próprias, embora as diversas preparações possam ser vistas em todas as regiões. Os alimentos e preparações elencados por estes autores são:

No sertão: paçoca, carne-de-sol assada ou cozida com jerimum e queijo de coalho. A paçoca, de origem indígena, é um dos principais pratos da cozinha cearense, preparada com carne-de-sol triturada em pilão, farinha, cebola e óleo. O queijo de coalho é utilizado assado ou fresco e usado também como tempero para feijão e outros pratos típicos ou consumido com pão e/ou doces. Dentre as receitas do sertão, encontra-se, ainda, a panelada, de origem portuguesa, que se constitui em um cozido das vísceras e do mocotó do boi, a buchada, que são

saquinhos feitos com estômago de carneiro e recheados com os miúdos deste; o guisado de carneiro, também conhecido como carneirada; e a ova de curimatã, que é um peixe de água doce que se reproduz nos açudes e fazendas do sertão.

Na serra: baião-de-dois (composto por arroz e feijão, podendo ser acrescentado queijo, cheiro verde, alho, pimenta, manteiga-da-terra e maxixe), feijão verde com nata, galinha à cabidela (cozida e regada com o molho feito de seu sangue), cozido cearense (carne bovina cozida, de preferência, músculo, coxão duro ou rabo, acrescido de muitos temperos e ovo cozido), mungunzá salgado (feito à base de milho seco cozido com carne de sol e costela de boi ou outra carne de gado com osso, pé de porco e linguiça), pequisada (feita com o pequi, fruto típico da região do sul do Ceará, leite e temperos), tapioca (feito de goma da mandioca molhada ou seca e temperada somente com sal), rapadura (feita a partir do mel da cana), cuscuz (pequeno bolo feito de massa de milho) e caldo de cana. Dos engenhos da cana de açúcar vem, também, a cachaça, consumida pura ou misturada com frutas e açúcar.

No litoral: pratos à base de frutos do mar, sendo a peixada cearense um dos mais tradicionais pratos dessa região (peixe cozido no leite de coco, com batata, repolho, pimenta, ovo cozido, cheiro verde, pimentão e alho). Além do peixe, o camarão, a lagosta, a ostra e o caranguejo são muito apreciados na região. Outras preparações, destacadas especificamente por Rocha (2003), são os caldos de peixe (feito à base de pedaços de peixe, leite de coco, cebola, alho e cheiro verde), caldo de carne e mocotó e o *caldo de caridade* (caldo ralo feito com manteiga, cheiro verde e engrossado com um pouco de farinha de mandioca).

No tocante aos doces presentes no cardápio local, estes receberam grande influência dos doces portugueses (ROCHA, 2003) e são relatados independentemente da região. Assim, tem-se a canjica (creme ou papa feita com milho verde, leite de coco, açúcar e, se quiser, queijo ralado), o mungunzá doce (feito com milho cozido com leite, açúcar e canela), o bolo de milho, o bolo de macaxeira, a mousse de caju e o grude (espécie de bolo de goma ou massa de mandioca com açúcar, coco, cravo e erva doce). Rocha (2003) cita, ainda, os doces mais frequentemente encontrados nas festividades típicas do Ceará: grude, pé de moleque (tradicional bolo de cor escura, feito com mandioca, açúcar ou mel de rapadura, castanha, temperado com cravo e erva doce), bolo de macaxeira, canjica com canela, doce de leite com queijo, doce de caju, doce de banana em rodelas, mel com farinha, rapadura com coco, caju cristalizado, surpresa de castanha, mungunzá doce e cocada.

OBJETIVO

O objetivo geral é comparar alimentos consumidos habitualmente com os ingeridos durante festividades natalinas por um grupo populacional do Ceará, estado localizado no nordeste brasileiro. Complementarmente, pretende-se comparar a ingestão habitual com o referencial teórico sobre alimentos típicos da região e ingestão nas festividades natalinas com os relatos de alimentos típicos deste período.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo com abordagem descritiva e comparativa. A amostra envolvida nesta pesquisa foi a mesma selecionada por Sabry (2012).

O estudo foi desenvolvido junto a indivíduos de ambos os sexos, funcionários de uma instituição pública localizada na cidade de Fortaleza, Ceará. O fato de serem funcionários de uma mesma Instituição facilitou o contato prolongado para a coleta de dados, uma vez que o período de festividades é longo.

Foram excluídos os funcionários que apresentaram doenças autorreferidas, previamente diagnosticadas, como hipertensão arterial, dislipidemia, doenças da tireoide, diabetes melito e transtorno alimentar. Esta exclusão se deu devido a alterações fisiopatológicas que tais doenças causam no metabolismo, peso corporal e na alimentação, evitando assim, possíveis vieses na análise do consumo alimentar durante as festividades natalinas, objetivo desta pesquisa.

Foram então sorteadas 80 pessoas dentre os funcionários efetivos, mas chegou-se a uma amostra final de 62 indivíduos, considerando recusas na participação, interrupção de participação e surgimento de doença durante a coleta de dados.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição responsável pela execução e aprovado pelo processo nº 08350094-4, CAAE – 0041.0.038.000-8, tendo os participantes assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, anuindo participar do mesmo.

Os dados de ingestão alimentar foram obtidos através do registro alimentar e coletados em dois períodos. O primeiro,

de três dias não consecutivos, caracterizado como habitual (P1), abrangeu os dias 12, 15 e 17 de dezembro de 2008, seguindo as preconizações de Thompson e Byers (1994). O segundo, caracterizado como o período de festividades natalinas (P2), abrangeu os três dias seguidos de comemorações festivas, os dias 24, 25 e 26 de dezembro de 2008. O dia 26 foi incluído porque pode haver sobras dos dias 24 e 25 consumidas no dia 26.

Para facilitar a obtenção de tais dados com a devida confiabilidade, foi realizado, previamente, um *workshop*, com duração de quatro horas no qual os participantes foram treinados para o preenchimento de um registro alimentar diário (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009), tendo recebido instruções sobre medidas caseiras e tamanhos de porções alimentares incluindo modelos fotográficos e exercícios práticos de preenchimento.

Inicialmente, foram elencados os alimentos consumidos no P1 com o intuito de caracterizar o hábito alimentar dos entrevistados. Como a literatura é omissa quanto à prevalência de consumo que caracteriza o hábito alimentar, optou-se por considerar integrante do padrão de consumo dos entrevistados todos os alimentos citados em, pelo menos, um dia de registro por, pelo menos, 25% dos entrevistados. Inicialmente, havia-se pensado em 50%, mas o número de alimentos foi muito pequeno, de forma que se optou pela prevalência de 25%.

Para se comparar a situação dos indivíduos nos dois momentos foram levantados os alimentos que mostraram prevalência de consumo estatisticamente diferente em um dos períodos em relação ao outro, independentemente do percentual de pessoas que referiu fazer uso dos mesmos em cada período.

Para tanto foram utilizados os testes Qui-quadrado de McNemar, sendo adotado $p < 0,05$ como nível descritivo de teste. Como ferramenta operacional para estas análises, foi utilizado o *software* SPSS, versão 16.0.

Os achados foram confrontados com o referencial teórico disponível sobre consumo alimentar típico do Nordeste em geral e do Ceará, em particular, considerando o período habitual e o período natalino.

RESULTADOS

Trata-se de uma população adulta, constituída por 50 (80,7%) mulheres e 12 (19,4%) homens, com idade média de 48,4 (3,9) anos e renda mensal de 8,8 (5,4) salários mínimos. A maior parte dos funcionários tinha ensino superior completo, com ou sem pós-graduação associada (54,8%), seguido por ensino médio completo (33,9%).

Os entrevistados faziam, habitualmente (P1), em média, 5,2 (1,4) refeições por dia. Durante as festividades natalinas (P2), tal número pouco se modificou: em média, 5,1 (1,3) refeições por dia.

Considerando as refeições realizadas, os alimentos relatados como ingeridos por ao menos 25% dos indivíduos no P1:

Desjejum: café (62,9%), pão francês (59,7%), leite integral (46,8%), açúcar (45,2%), bolo (45,2%), banana (37,1%), margarina (25,8%), manteiga (25,8%), queijo coalho (25,8%);

- Lanches (matutino e vespertino): apenas café (71,0%);
- Almoço: arroz (93,5%), feijão (83,9%), carne bovina (74,2%), frango (57,0%), cenoura (58,1%), alface (46,8%), farofa (43,6%), açúcar (40,3%), macarrão (38,71%), batata inglesa (35,5%), tomate (33,9%), manga (29,0%);
- Jantar: arroz (53,2%), carne bovina (51,6%), refrigerante (37,1%), frango (30,7%), leite integral (33,9%), açúcar (33,9%), pão francês (33,9%), café (25,8%)
- Ceia: não houve ceia consumida habitualmente, segundo os critérios adotados.
- Considerando as refeições do P2 realizadas, os alimentos relatados por ao menos 25% dos indivíduos foram:
- Desjejum: café (83,9%), pão francês (66,1%), leite integral (40,3%), açúcar (56,5%), bolo (29,0%), banana (38,7%), queijo coalho (33,9%);
- Lanche (matutino e vespertino): apenas café (53,2%);
- Almoço: arroz (96,8%), feijão (88,7%), carne bovina (62,9%), frango (79,0%), cenoura (50,0%), alface (29,0%), farofa (38,7%), açúcar (35,5%), macarrão (56,5%), batata inglesa (33,9%), tomate (33,9%), peixe (29,0%) e refrigerante (62,9%);
- Jantar: arroz (74,2%), carne bovina (27,4%), frango (40,3%), refrigerante (66,1%), leite integral (35,5%), açúcar (25,8%), café (25,8%), cerveja (32,3%), peru (27,4%) e cenoura (25,8%);
- Ceia: refrigerante (37,1%) e arroz (30,7%).

Na Tabela 1, é apresentada a prevalência de consumo de alimentos no desjejum, que se mostrou estatisticamente diferente, segundo o período. Observa-se um aumento da prevalência de ingestão dos quatro alimentos citados. Em “bolo” foram agrupados todos os citados pelos entrevistados: “fofo”, mole, de mandioca, de milho e de tapioca.

Tabela 1 - Alimentos consumidos no desjejum pelos indivíduos avaliados (n = 62) com diferente prevalência segundo o período investigado – Fortaleza, 2008.

Alimentos	P1 (%)	P2 (%)	ρ
Café infusão	62,9	83,9	0,008
Bolo	11,3	29,0	0,014
Ovo de galinha	8,1	24,2	0,015
Panetone	3,2	12,9	0,048

P1 = período habitual; P2 = período de festividades natalinas.

Considerando os lanches realizados (matutinos e vespertinos), os achados são exibidos na Tabela 2. No P2, há uma redução da prevalência de ingestão dos alimentos, à exceção da cerveja, com mais citações.

Tabela 2 – Alimentos consumidos nos lanches pelos indivíduos avaliados (n = 62) com diferente prevalência segundo o período investigado – Fortaleza, 2008.

Alimentos	P1 (%)	P2 (%)	ρ
Café infusão	71,0	53,2	0,042
Biscoito salgado	16,1	0,0	0,001
Maçã	12,9	3,2	0,048
Cerveja	1,6	21,0	0,001

P1 = período habitual; P2 = período de festividades natalinas.

Considerando o almoço, na Tabela 3, são mostrados os alimentos que tiveram prevalência de consumo estatisticamente diferente, segundo o período. Observa-se o surgimento de ingestão de peru e a elevação da prevalência de ingestão de frango, refrigerante e macarrão, com redução da citação dos demais.

Tabela 3 – Alimentos consumidos no almoço pelos indivíduos avaliados (n = 62) com diferente prevalência segundo o período investigado – Fortaleza, 2008.

Alimentos	P1 (%)	P2 (%)	p
Carne de frango	59,7	79,0	0,019
Alface	46,8	29,0	0,042
Macarrão	38,7	56,5	0,048
Manga	29,0	11,3	0,014
Refrigerante	22,6	62,9	<0,001
Cuscuz	21,0	3,2	0,002
Cerveja	1,6	12,9	0,032
Carne de Peru	0,0	19,4	<0,001

P1 = período habitual; P2 = período de festividades natalinas.

Na Tabela 4 são exibidos os achados referentes ao jantar, onde, novamente, se observa o aumento da prevalência de ingestão de peru e refrigerante, além de arroz, salpicão, salgado frito, farofa, queijo de minas, chocolate e cerveja.

Tabela 4 – Alimentos consumidos no jantar pelos indivíduos avaliados (n = 62) com diferente prevalência segundo o período investigado – Fortaleza, 2008.

Alimentos	P1 (%)	P2 (%)	ρ
Arroz	53,2	74,2	0,015
Carne de boi	51,6	27,4	0,006
Refrigerante	37,1	66,1	0,001
Pão	35,5	19,4	0,044
Feijão	22,6	6,5	0,011
Cerveja	12,9	32,3	0,010
Salgado frito	9,7	24,2	0,031
Mamão	9,7	0,0	0,028
Farofa	6,5	19,4	0,032
Chocolate	3,2	16,1	0,015
Salpicão	3,2	12,9	0,048
Queijo minas	1,6	12,9	0,032
Carne de peru	0,0	27,4	<0,001

P1 = período habitual; P2 = período de festividades natalinas.

Considerando a ceia, observa-se, ainda, a elevação da prevalência de consumo de peru e refrigerante, além de arroz e mousse, como apontado na Tabela 5.

Tabela 5 – Alimentos consumidos na ceia pelos indivíduos avaliados (n = 62) com diferente prevalência segundo o período investigado. Fortaleza, 2008

Alimentos	P1 (%)	P2 (%)	ρ
Laranja	14,5	1,6	0,008
Refrigerante	12,9	37,1	0,002
Arroz	9,7	30,7	0,004
Mousse	1,6	12,9	0,032
Carne de Peru	0,0	19,4	<0,001

P1 = período habitual; P2 = período de festividades natalinas.

DISCUSSÃO

Três análises foram realizadas de acordo com os objetivos do presente estudo. A primeira, comparando alimentos habitualmente consumidos pelo grupo estudado e alimentos consumidos no período natalino; a segunda, comparando a alimentação habitual com o referencial teórico de alimentação habitual da região; e a terceira, comparando alimentação nos feriados natalinos com a tradição descrita sobre alimentos deste período.

Considerando o período habitual (P1) e o natalino (P2), embora muitos alimentos tenham sido relatados em ambos, observou-se a redução da prevalência de consumo de vários deles, em um total de 11 alimentos nas diferentes refeições diárias. No P2, adicionalmente, deixaram de ser citados manteiga, margarina, manga e pão francês. Os demais tiveram sua prevalência de consumo aumentada. Percebe-se, portanto, que há uma substituição de alguns alimentos no feriado, talvez não só por ser um período natalino, mas também porque refeições, como almoço, habitualmente feitas no local de trabalho, foram realizadas em casa. Um exemplo é a redução da carne bovina, o aumento da prevalência de utilização de frango e a inclusão de peixe. Houve aumento mais acentuado, no P2, da utilização de refrigerantes, além da inclusão adicional de cerveja, peru e cenoura. Aliado à exclusão de pão francês no jantar, o aumento da prevalência de ingestão de arroz e frango e a inclusão de peru e cenoura falam a favor de uma mudança de tipo de refeição neste horário, talvez substituindo o lanche por refeição propriamente dita. O surgimento de uma 6ª refeição (ceia) também foi característica do P2.

Um fato que permite melhor visibilidade das modificações efetuadas é não analisar segundo o ponto de corte estabelecido como consumo habitual padrão. Nas Tabelas 1 a 5, que são estratificadas por refeição, fica mais evidente quais as inclusões, exclusões, aumentos ou reduções que ocorreram de um período para outro.

Considerando, em uma segunda análise, a comparação dos alimentos do P1 com os tradicionais da região, os achados do presente estudo não demonstraram consumo relevante de alimentos colocados como típicos do Ceará, tanto considerando a região litorânea, onde Fortaleza se insere, como considerando as regiões do sertão ou serra, já que é destacado que preparações destas regiões poderiam estar presentes no cardápio cearense, independentemente de serem típicas ou não das mesmas (ROCHA, 2003). Tal ocorrência fala a favor do processo de globalização (SANDIKCI, OMERAKI, 2004) que massifica o tipo de alimento consumido de acordo com a propaganda, em detrimento da manutenção das tradições alimentares.

Para confrontar os resultados, uma única publicação foi encontrada, constituída por um resumo expandido apresentado em Congresso, na qual se investigou o hábito alimentar do fortalezense, com o intuito de avaliar a presença de alimentos típicos no consumo habitual (SANTOS; FARIAS; LIMA, 2009).

Tal publicação foi avaliada adotando-se o ponto de corte de prevalência de consumo de 25%, a fim de possibilitar comparações com o presente estudo. Assim, os autores detectaram que, no desjejum, os fortalezenses entrevistados ingeriam, principalmente: pão (78,1%), café (73%), produtos industrializados, aí se incluindo biscoitos (49,9%) e leite (39,6%). Já no

presente estudo, no desjejum, foi verificada a presença de dois alimentos e/ou preparações tradicionais da região, o bolo de milho e o queijo de coalho.

No almoço, os alimentos mais citados pelos entrevistados por Santos, Farias e Lima (2009)⁸ foram: arroz (95,2%), feijão (77,7%), carne bovina (73,1%), macarrão (34,9%), e frango (25,3%). Portanto, observa-se uma maior variação de alimentos no presente estudo, embora, em ambos os achados, não tenha havido presença de alimentos típicos, como pescados e frutos do mar, baião de dois e paçoca (SANTOS; FARIAS; LIMA, 2009). Por outro lado, o uso de arroz e feijão constitui hábito brasileiro já reconhecido (BARBOSA, 2007).

Quanto aos lanches, Santos, Farias e Lima (2009) não os investigaram, mas observou-se, no presente estudo, que apenas café integrou o hábito dos entrevistados, talvez pelo fato de o mesmo ser servido de rotina em instituições públicas.

Com relação ao jantar, na publicação de Santos, Farias e Lima (2009), apenas arroz (34,9%), e carne bovina (28,6%) foram consumidos por, ao menos, 25% dos indivíduos, embora várias preparações tenham sido citadas por pequeno número de pessoas. Já no presente estudo, a variação foi maior e, pelo tipo de alimentos relatados, percebe-se que os entrevistados, provavelmente, se distribuem com dois tipos de hábito nesta refeição: o de comida, a exemplo do almoço, incluindo-se arroz, carne bovina ou de frango, similar ao encontrado pelos autores supracitados; ou a opção de lanche, incluindo-se leite, café, pão. Os refrigerantes surgiram no presente estudo, mas não no de Santos, Farias e Lima (2009).

Embora havendo a disponibilidade de apenas dois estudos para avaliação, este e o de Santos, Farias e Lima (2009), mais uma vez, percebe-se a ausência dos chamados alimentos típicos, seja considerando os relatos do Ceará, principalmente a região litorânea (ROCHA, 2003), seja considerando a investigação realizada em Fortaleza (SANTOS; FARIAS; LIMA, 2009), o que parece confirmar a hipótese da influência da globalização padronizando o tipo de alimento consumido e ferindo um dos preceitos de segurança alimentar e nutricional (SAN) na perspectiva cultural, como destacado em **negrito** no conceito de SAN adotado no país que:

consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

A preservação da cultura alimentar é tema de reflexão de alguns autores, como Almeida, Gutierrez e Vilarta (2009), que alertam para a importância de não se esquecer que as práticas alimentares podem ser ameaçadas pelo efeito da globalização. Um fato interessante a destacar é que, apesar do não consumo prevalente de alimentos típicos, os entrevistados por Santos,

Farias e Lima (2009) não percebem isto como verdadeiro, pois 52,4% deles disseram que costumavam ingerir comidas típicas regionais diariamente.

Tais achados demandam reflexão: por que a discrepância entre os relatos teóricos de preparações consideradas típicas e os relatos de consumo habitual encontrado por Santos, Farias e Lima (2009) e, também, neste estudo? Por que as pessoas não reconhecem a ausência de pratos típicos? Será que os alimentos típicos de hoje já não são mais os tradicionalmente relatados, que acabaram por ser substituídos? Reportando-se ao conceito de SAN a que diversidade cultural o mesmo se refere? à que pensamos existir ou à que existe?

São questões que merecem ser investigadas junto a diferentes grupos populacionais brasileiros, a fim de viabilizar a construção de um quadro que reflita a verdadeira cultura alimentar do país. Tal abordagem tem sido escassa no Brasil. Como lutar pela segurança alimentar da população quanto às práticas incentivadas que valorizem sua cultura, se esta, no que tange à alimentação, está em mudança e nós não a conhecemos mais?

Avaliando-se os alimentos presentes no feriado natalino sob a perspectiva das tradições do período, último objeto de análise do presente estudo, percebe-se, também, pouca presença de alimentos considerados típicos da época, segundo relatos globais sobre consumo neste período. Houve acréscimo de alimentos como panetone, aves e peru, habitualmente presentes em ceias e almoços de Natal, mas não se constatou presença de outros alimentos associados ao período, como frutas secas, nozes, castanhas, passas, chester (HOPLEY, 2009), possível-

mente não estando presente por, realmente, não pertencerem à tradição natalina da população do estudo. Provavelmente o fator custo não determinou a ausência desses alimentos já que se trata de uma população com renda média mensal de 8,77 salários mínimos. A falta de estudos similares não permite avaliar com clareza se esses alimentos citados como pertencentes à tradição natalina estão realmente presentes na mesa de outros grupos populacionais brasileiros hoje, mesmo sabendo do grande esforço envidado pela mídia para o seu consumo. A situação identificada no grupo avaliado estará concordante com outras localidades do País ou será uma característica específica?

Tradições alimentares em festividades brasileiras, embora raramente relatadas, quando o são, referem-se às festividades juninas, mas não natalinas. Uma exceção é a menção ao bolo de Natal recheado com frutas cristalizadas, que seria uma versão local do panetone, citado como típico por Rocha (2003). O panetone foi realmente incluído de forma estatisticamente significativa nas festas natalinas do grupo aqui entrevistado, embora sem atingir uma ingestão por pelo menos 25% dos participantes.

O padrão alimentar habitual dos indivíduos avaliados pode ser comparado com dados recentes da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009 (BRASIL, 2011) que traz, pela primeira vez, uma análise do consumo alimentar pessoal da população brasileira, reduzindo uma lacuna importante no país quanto a este conhecimento. Para propiciar uma mais acurada comparação, o consumo apresentado na citada publicação foi avaliado adotando-se o ponto de corte de prevalência de consumo de 25%, o mesmo aqui adotado. Há

apenas 8 alimentos/preparações integrando o padrão alimentar da população brasileira, assim como da população nordestina (arroz, milho e preparações à base de milho, feijão, pão, carne bovina, aves, sucos/refrescos/sucos em pó reconstituídos, café, óleos e gorduras), inferior ao encontrado no padrão habitual do presente estudo, de 20 alimentos.

A dieta mais variada presente nos feriados não se traduziu, necessariamente, na presença de alimentos mais saudáveis, como já mostrado, mas as inclusões são esperadas e comprovadas em outras publicações que avaliaram ocasiões especiais. Um exemplo é a presença de refrigerante e bebida alcoólica, veículos de calorias vazias (SWEETMAN; WARLDE; COOKE, 2008), no feriado de Natal, que coincide com o estudo de Phelan *et al.* (2008) que encontraram um aumento do consumo destas bebidas durante o feriado de Ação de Graças, em participantes de um programa de exercício supervisionado.

O aumento significativo do consumo de bebida alcoólica aqui observado, no feriado de Natal, já era esperado, pois é bastante comum não só comer, mas também beber mais do que o habitual em reuniões sociais em torno dos feriados (ZIEBLAND, 2002). Neste estudo, a bebida alcoólica esteve presente em várias refeições, como no lanche da manhã e almoço dos feriados, no jantar e na ceia do Natal.

Uma revisão de literatura sobre o impacto do consumo alcoólico no ganho de peso mostrou que, no consumo moderado, a energia derivada de álcool é adicionada à energia proveniente dos alimentos e é provável que os bebedores ganhem

peso por causa do excesso de energia e da inibição da oxidação da gordura pelo álcool. Os autores lembram que o álcool é fonte de calorias vazias, pois não veicula nenhum nutriente essencial. Por ser uma substância tóxica que deve ser eliminada pelo organismo o álcool tem prioridade no metabolismo alterando outras vias metabólicas, incluindo a oxidação lipídica favorecendo o acúmulo de gordura no organismo que se deposita, preferencialmente, na área abdominal (KACHANI; BRASILIANO; HOCHGRAF, 2008).

A revisão supracitada aponta efeitos coerentes negativos da ingestão alcoólica. No entanto, a contribuição do álcool no peso e na composição corporal é controversa. Alguns autores encontraram, em bebedores leves e moderados, paradoxalmente, associação inversa entre consumo de bebida alcoólica e peso e/ou gordura corporal (TOLSTRUP *et al.*, 2008; LIANGPUNSAKUL; CRABB; RONG, 2010).

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma delas se refere ao fato de serem todos os indivíduos funcionários de uma mesma Instituição, portanto, com um padrão alimentar habitual relativamente homogêneo, pois se sabe que lanches e uma refeição principal são muitas vezes realizados no ambiente de trabalho. Por outro lado, tal homogeneidade é rompida, ao se pensar em períodos de feriados, onde cada indivíduo se insere em seu próprio núcleo de familiares e amigos para compartilhar a alimentação.

Uma segunda limitação se refere ao fato de os participantes estarem cientes de que o objetivo do estudo era investigar possíveis alterações no consumo durante o período do Natal, o que pode, intencionalmente ou não, ter alterado sua sele-

ção de alimentos, por conseguinte, mascarando verdadeiras mudanças em seu consumo durante o período de medição. Tal limitação pode ter sido minimizada com a realização do *workshop* citado, onde todo um processo de conscientização quanto à importância da pesquisa e da não modificação de seus hábitos por conta da mesma foi realizado, através de preleção e discussão em grupo.

CONCLUSÃO

Constatou-se baixa presença de alimentos típicos da região no período habitual e de alimentos considerados tradicionais no Natal, embora o grupo modifique sua alimentação habitual durante os feriados avaliados. Recomenda-se a realização de mais estudos sobre o tema, investigando determinantes do atual padrão alimentar regional e nacional, contribuindo para o campo do conhecimento da cultura alimentar brasileira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. B.; GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R. Comentários sociológicos da cultura alimentar. In: MENDES, R. T.; VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L. (Org.). **Qualidade de vida e cultura alimentar**. Campinas: Ipês, 2009. p. 59-68.

BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. **Horizontes Antropológicos**, v. 13, n. 28, p. 87-116, 2007.

BRASIL. Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan). **Lei nº 11.346**, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2006. [acessado 2013 mar 31]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Análise do consumo alimentar pessoal do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

COUTO FILHO, C. **Tempero do sol**: culinária cearense. Fortaleza: CCF, 2004.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 617-624, 2009.

GOIDANICH, M. E. Diz-me se no Natal serves Chester ou Peru e te direi quem és. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 5, n. 2, p. 104-119, 2009.

HOPLEY, C. Introduction: traditions and transformations. In: HOPLEY, C. **The history of Christmas: food and feasts**. South Yorkshire, England: Pen & Sword books, 2009.

HULL, H. R. *et al.* The effect of the Thanksgiving holiday on weight gain. **Nutr J**, p. 5-29, 2006.

KACHANI, A. T.; BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. O impacto do consumo alcoólico no ganho de peso. **Rev Psiq Clín**, v. 35 (Supl 1), p. 21-24, 2008.

LIANGPUNSAKUL, S.; CRABB, D. W.; RONG, Q. I. Relationship among alcohol intake, body fat, and physical activity: a population-based study. **Annals of Epidemiology**, v. 20, n. 9, p. 670-675, 2010.

PHELAN, S. *et al.* Holiday weight management by successful weight losers and normal weight individuals. **J Consult Clin Psychol**, v. 76, n. 3, p. 442-448, 2008.

REID, R.; HACKETT, A. Changes in nutritional status in adults over Christmas 1998. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 12, n. 6, p. 513-516, 1999.

ROCHA, D. **Sabores e saberes do Ceará: arte culinária**. Fortaleza: DM Rocha, 2003.

SABRY, Maria Olganê Dantas ; COELHO, M. A. M. ; PASSAMAI, Maria da Penha Baião ; CABRAL, L.A ; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. **Guia alimentar para a população brasileira em sua versão bolso: reflexões à luz do letramento nutricional**. Em: Maria Marlene Marques Ávila, Nadia Tavares Soares, Helena Alves de Carvalho Sampaio. (Org.). *As diferentes faces da Segurança Alimentar e Nutricional*. 1ed. Fortaleza.: Editora da Universidade Estadual do Ceará EdUECE. 2012.p. 77-90.

SANDIKCI, O.; OMERAKI, S. Globalization and rituals: does Ramadan Turn into Christmas? **Advances in Consumer Research**, v. 34, p. 610, 2007.

SANTOS, C. R. A. História do peru na ceia de Natal. **Gazeta do Povo**, 24 dez. 2004. Disponível em: <<http://www.historiadaalimentacao.ufpr.br/artigos/artigo005.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2010.

SANTOS, A. K. L.; FARIAS, F. A. Z.; LIMA, L. C. F. A alimentação do fortalezense: hábitos e práticas alimentares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ECONOMIA DOMÉSTICA, XX. ENCONTRO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA DOMÉSTICA, VIII; ENCONTRO INTERCONTINENTAL DE ECONOMIA DOMÉSTICA, I. **Anais...** Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, Associação Brasileira de Economistas Domésticos, 2009.

SWEETMAN, C.; WARLDE, J.; COOKE, L. Soft drinks and 'desire to drink' in preschoolers. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v. 60, n. 5, p. 1-4, 2008.

THOMPSON, F. E.; BYERS, T. Dietary assessment resource manual. **The Journal of Nutrition**, v. 124, n. 11 Suppl, p. 2245s-317s, 1994.

TOLSTRUP, J. S. *et al.* Alcohol drinking frequency in relation to subsequent changes in waist circumference. **Am J Clin Nutr**, v. 87, n. 1, p. 957-963, 2008.

VELOSO, P. **Dieta no Natal**, 2009. Disponível em: <<http://www.educare.pt/educare/Opiniao.Artigo.aspx?contentid=230867D152B-54FA1A37E4994448D5315&channelid=0&schemaid=&opsel=2>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

WATRAS, A. C.; BUCHHOLZ, A. C.; CLOSE, R. N.; ZHANG, Z.; SCHOELLER, D. A. The role of conjugated linoleic acid in reducing body fat and preventing holiday weight gain. *International Journal of Obesity*. Wisconsin. Vol. 31. Num. 3. 2007. p. 481-487.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment — WHO global report. Geneva: World Health Organization, 2005.

WHITACRE PT, BURNS AC. Perspectives fom United Kingdom and United States policy markers on obesity prevention: workshop summary. Institute of Medicine; 2010. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/12861.html>

YANOVSKI, J. A. *et al.* A prospective study of holiday weight gain. **New England journal of medicine**, v. 342, n. 12, p. 861-867, 2000.

ZIEBLAND, S. *et al.* Body image and weight change in middle age: a qualitative study. **Int J Obes Relat Metab Disord**, v. 26, n. 8, p. 1083-1091, 2002.

CAPÍTULO 12

INTERFACE ENTRE CÁLCIO DIETÉTICO E DESENCADEAMENTO DE PRÉ-ECLÂMPsia: HÁ UM IMPACTO POTENCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA?

Bruna Yhang da Costa Silva

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Júlio Augusto Gurgel Alves

Fabrcio Silva Costa

Ana Luiza de Rezende Ferreira Mendes

INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) é uma desordem caracterizada por hipertensão diastólica desencadeada após a 20ª semana gestacional, associada a proteinúria de 24 horas superior a 0,3g/dia, podendo acompanhar-se de edema (FRISHMAN *et al.*, 2006).

Esta condição acomete, a nível mundial, cerca de 2 a 7% das gestantes e representa a maior causa de morbidade e mortalidade materna e neonatal, além de contribuir com acentuação dos anos de vida perdidos e de redução na sua qualidade (SHMUELI; MEIRI; GONEN, 2012). Juntamente com as demais doenças hipertensivas, é responsável por 23% de todas as mortes maternas registradas entre as gestantes brasileiras (VICTORA *et al.*, 2011). Além disso, a doença pode impactar, significativamente, os custos com saúde, visto que, mundialmente, se estima um gasto médio de 8.631 dólares com o tratamento de cada caso da doença (SHMUELI; MEIRI; GONEN, 2012).

Portanto, apesar de os dados mostrarem o quanto a patologia é relevante no âmbito da saúde pública, não há uma explicação consensual para sua origem. O mecanismo fisiopatológico mais aceito é uma má-adaptação placentária na qual uma falha de invasão da decídua materna pelos tecidos trofoblásticos fetais diminui o aporte sanguíneo placentário. Este seria um dos eventos mais precoces e, possivelmente, responsável pela disfunção endotelial da pré-eclâmpsia (PIJNENBORG *et al.*, 2009) e, assim, por complicações da síndrome, como a hiperperfusão do sistema nervoso central (BRANDÃO *et al.*, 2012).

Associa-se, ainda, a origem desta desordem a vários fatores genéticos, ambientais e nutricionais que geram um desequilíbrio entre os radicais livres óxido nítrico (NO), superóxido e peroxinitrato, no endotélio vascular (PIJNENBORG *et al.*, 2009).

Acerca dos fatores nutricionais, os estudos têm sugerido um papel preventivo de vários deles, entretanto, os achados são ainda inconsistentes (SCHOENAKER; MUTHU; MISHRA, 2014). Uma exceção é o cálcio cuja relação entre os distúrbios de seu metabolismo e a origem das desordens hipertensivas gestacionais tem sido alvo de diversos estudos (FREDERICK *et al.*, 2005), inclusive respaldando a preconização de suplementação do nutriente como estratégia preventiva da PE (SCHOENAKER; MUTHU; MISHRA, 2014).

Sobre isto, uma metanálise demonstrou que a suplementação de cálcio levou à redução da incidência de pré-eclâmpsia em 78%, na população de baixo risco, e em 48%, na de alto risco para a doença. O efeito protetor da suplementação foi mais evidente nas populações com baixa ingestão de cálcio a partir de fontes alimentares (HOFMEYR; DULEY; ATALLAH, 2007).

A hipótese inicial acerca da problemática seria de que o efeito da ingestão de cálcio na pressão arterial seria mediado pelo hormônio paratireoidiano: uma baixa ingestão de cálcio resultaria no aumento da secreção do hormônio e assim, causaria um aumento da reatividade muscular, com contração da musculatura lisa vascular. A contração muscular produziria vasoconstrição e aumento da pressão (FRISHMAN *et al.*, 2006). Contudo, também é sugerido um papel associado à

síntese reduzida de óxido nítrico. Mulheres com pré-eclâmpsia mostram uma queda significativa nas concentrações séricas de cálcio ionizado, o que é crucial para a síntese de óxido nítrico e prostaciclina pelo endotélio vascular (ADAMOVA; OZKAN; KHALIL, 2009).

Desta forma, um desequilíbrio no balanço entre o cálcio dietético, plasmático e vascular pode ser responsável por algumas das manifestações da pré-eclâmpsia, dentre as quais se inclui a pró-coagulação, a vasodilatação reduzida, o aumentado estado de vasoconstrição e a resistência vascular (ADAMOVA; OZKAN; KHALIL, 2009).

Estes achados são importantes, principalmente quando focado o caso específico do Brasil, país em que a pré-eclâmpsia e as demais doenças hipertensivas se mostram responsáveis por tantas mortes obstétricas diretas, conforme referido previamente, adicionado ao fato de que, no país, são elevadas as prevalências de baixo consumo de cálcio em diferentes populações de gestantes (HEDRICH *et al.*, 2007; LAVANDA, 2009).

Hedrich *et al.* (2007) detectaram consumo médio de 435,03mg entre gestantes em diferentes estágios da gravidez (idade gestacional média de $28,5 \pm 7,8$ semanas), de Guarapuava, Paraná, Brasil. Entre mulheres adultas no terceiro trimestre de gestação assistidas no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 98,06% delas apresentavam dieta pobre em cálcio, com média de ingestão no grupo de 612,3mg (LAVANDA, 2009). Em um grupo de gestantes do Rio de Janeiro, adolescentes, na segunda metade da gravidez, Melo (2012) observou ingestão média de cálcio de aproximadamente 600mg.

Com base no exposto, visou-se investigar, em um grupo de gestantes atendidas em um Hospital de referência em Obstetrícia, como o consumo de cálcio se relaciona com a origem da doença em estudo. Os achados são apresentados no presente capítulo que se refere a um recorte da dissertação desenvolvida por Silva (2010) no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado no Laboratório de Medicina Materno-Fetal UECE/HGF, localizado no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), no estado do Ceará, Nordeste brasileiro.

Foi desenvolvido, de 16 de dezembro de 2009 a 20 de agosto de 2010, como parte de uma pesquisa intitulada “Pre-dição de Pré-eclâmpsia através do teste tríplice vascular”, aprovada pelo Comitê de Ética do referido hospital sob Parecer nº 050309/09, e que objetivava determinar a acurácia de três testes ultrassonográficos para diagnóstico precoce de pré-eclâmpsia.

Sua população consistiu de gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal do referido Hospital ou de outros serviços. Para compor a amostra, foram avaliadas todas as 217 gestantes que integraram a amostra da pesquisa maior e que procuraram o laboratório mencionado, no período do estudo, para se submeter a ultrassonografia de rotina, exame este que deve ser realizado entre 11 e 13 semanas e 6 dias de gestação.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: gestantes atendidas no Laboratório de Medicina Materno-Fetal UECE/HGF; em gravidez única; entre 11 semanas e 13 semanas e 6 dias de gestação; com concordância em participar do estudo.

Considerou-se critério de exclusão: parturientes de fetos com mal-formações maiores; presença de gemelaridade; e perda de seguimento.

Quanto à coleta de dados, na primeira visita das gestantes ao serviço para a realização de exame ultrassonográfico, a idade gestacional foi calculada a partir da data da última menstruação e confirmada pela medida do comprimento cabeça-nádega embrionário/fetal obtida por ultrassonografia do primeiro trimestre. No caso de desconhecimento da data da última menstruação ou constatando-se diferença maior do que cinco dias com a data da ultrassonografia, considerou-se a idade gestacional definida no exame.

Neste mesmo dia, elas responderam a um formulário que incluiu, dentre outros aspectos, dados de identificação, como idade materna, raça autorreferida e paridade, além do primeiro de dois recordatórios alimentares de 24 horas. O segundo foi obtido por telefone, em dia não consecutivo ao do primeiro. A aplicação do método por telefone evita o deslocamento do entrevistado ao local de pesquisa e impede que o mesmo se sinta intimidado diante da presença do entrevistador (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005). Um dos recordatórios foi referente a um dia de final de semana, viabilizando conhecer mudanças efetuadas em tais dias.

Foi também indagado o uso de suplemento vitamínico-mineral, para mais acurada determinação da ingestão de cálcio.

No tocante aos exames ultrassonográficos, dentre os três tipos realizados na pesquisa maior, este estudo utilizou dados referentes à dopplervelocimetria da artéria oftálmica, visto que a hiperperusão de sistema nervoso central, diagnosticada a partir da redução desta medida, tem sido sugerida como preditora do risco de pré-eclâmpsia (BRICEÑO-PÉREZ; BRICEÑO-SANABRIA; GRACIA, 2009), patologia esta que, como mostrado previamente, parece também ter correlação com a ingestão de cálcio (JARAMILLO *et al.*, 1990; HERREIRA *et al.*, 2005).

O teste foi realizado por profissional capacitado, especialista em ultrassonografia obstétrica, utilizando um transdutor linear eletrônico, na frequência de 10 a 12 MHz. As pacientes permaneceram dez minutos em repouso, previamente ao exame, foram posicionadas em decúbito dorsal e, após a colocação do gel, o transdutor foi posicionado transversalmente sobre a pálpebra superior de um dos olhos fechados e movimentado no sentido crânio-caudal. As medidas da artéria oftálmica foram registradas a aproximadamente 15 mm do disco óptico, medialmente ao nervo óptico.

Foram analisadas, na artéria, a medida do pico de velocidade diastólica isolada (DP1) e a razão entre picos de velocidade (RP).

Adicionado a isto, em cada uma das três visitas das pacientes ao laboratório de Medicina Materno Fetal para a realização dos três testes ultrassonográficos, foi aferida a pressão arterial e pesquisada proteinúria bem como as gestantes

confirmaram a data do parto com o pesquisador principal o qual compareceu ao hospital ou entrou em contato posterior com as mesmas para investigar a ocorrência de pré-eclâmpsia. Para diagnosticá-la, utilizou-se como critério a ocorrência de hipertensão (sistólica superior a 140mmHg e/ou diastólica maior que 90mmHg) associada com proteinúria de 24 horas (superior a 300mg/dia), ambas após a 20^a semana de gestação (FRISHMAN *et al.*, 2006).

Quanto à análise dos dados, aqueles referentes à ingestão alimentar, obtidos em medidas caseiras a partir dos recordatórios, foram transformados em gramas, seguindo tabela padronizada (PINHEIRO *et al.*, 2008). Alimentos citados que não constavam na referida tabela foram adquiridos e pesados em balança da marca Plenna®, com capacidade de 2Kg e sensibilidade de 1g. A composição nutricional das dietas foi determinada por meio do software *DietWin* Profissional 2.0. A adequação da composição das dietas em cálcio foi avaliada através da média do quantitativo obtido a partir dos dois recordatórios coletados.

Os dados de ingestão do nutriente foram avaliados segundo as necessidades diárias médias estimadas – *Estimated Average Requirement* (EAR) –, bem como considerando o limite máximo de ingestão segura – *Tolerable Upper Intake Level* (UL) (ROSS *et al.*, 2010).

A baixa ingestão de cálcio (SCHOENAKER; MUTHU; MISHRA, 2014; HOFMEYR; ATALLAH; DULEY, 2009), isto é, inferior à EAR para a idade (ROSS *et al.*, 2010), foi considerada risco potencial para pré-eclâmpsia. Portanto, considerou-se ingestão ideal aquela igual ou superior a 1000mg

por dia para indivíduos com 18 anos ou menos de idade e maior ou igual a 800mg por dia para mulheres com mais de 18 anos de idade. Contudo, atribuiu-se como excessivo o consumo de cálcio superior a 2500mg em qualquer idade (ROSS *et al.*, 2010).

Foram determinadas as médias de consumo de cálcio dietético do grupo, para comparação com o desfecho (desenvolvimento ou não de pré-eclâmpsia) bem como com as medidas da artéria oftálmica.

Os dados foram inseridos no Microsoft Office Excel 2007 e processados através do pacote estatístico Stata, versão 17.0 para Windows.

A análise estatística foi realizada em termos descritivos, por meio de frequências absolutas e percentuais, e paramétricos, através da determinação de médias e desvio-padrão. Utilizou-se o teste t de Student para verificar a existência de diferença significativa de consumo de cálcio conforme o desfecho (com ou sem pré-eclâmpsia), bem como o teste Qui-quadrado para verificar a associação entre o consumo do nutriente e as variáveis da artéria oftálmica. Adotou-se $p < 0,05$ como nível de significância.

RESULTADOS

Atenderam aos critérios de inclusão, 248 gestantes, sendo 31 excluídas, ao longo da pesquisa, pelas seguintes razões: impossibilidade de contato telefônico para a realização do segundo recordatório (27); aborto espontâneo previamente ao último inquérito (03); e desistência (01). Assim, a amostra incluiu 217 gestantes.

Participaram do estudo gestantes com idade entre 13 e 43 anos (média de $26,47 \pm 6,66$ anos), em sua maioria (152–70,05%), casadas, inserindo-se nesta categoria mulheres com vida conjugal formal ou informal com parceiro. A amostra se constituiu, basicamente, de pardas (76,04%) e brancas (20,28%) e de baixa paridade, visto que mais da metade (119–50,69%) não se submetera previamente a parto.

A idade gestacional média foi de 12 semanas e 4 ± 6 dias. Foram incluídas algumas mulheres com semanas gestacionais fora do intervalo definido na metodologia por apresentarem valores válidos de comprimento cabeça-nádega embrionário/fetal para a realização do teste ultrassonográfico. Assim, a idade gestacional das participantes variou de 10 semanas e um dia a 14 semanas e um dia.

Segundo o exame ultrassonográfico, a média da RP da artéria oftálmica correspondeu a $0,62 \pm 0,36$. Já para a DP1, foi detectado valor médio de $20,65 \pm 8,10$ cm/s. Quanto ao diagnóstico de pré-eclâmpsia baseado nos requisitos pré-estabelecidos este foi percebido em apenas 9 gestantes (4,15%).

Antes de inter-relacionar o teor dietético de cálcio com os dados ultrassonográficos da artéria oftálmica e com o des-

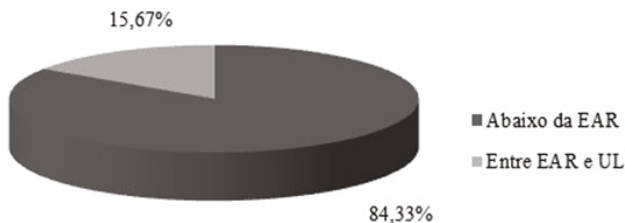
fecho de pré-eclâmpsia, é relevante estabelecer um perfil das gestantes quanto ao consumo do nutriente. Assim, percebeu-se que a ingestão média da população, considerando-se dieta e suplementação, correspondeu a $530,08\text{mg} \pm 293,52\text{mg}$ (de $76,36\text{mg}$ a $1575,66\text{mg}$), mostrando-se, portanto, aquém da EAR.

Estratificando-se a ingestão do nutriente segundo o consumo abaixo da EAR, entre EAR e UL e acima do UL, percebeu-se, conforme mostra o Gráfico 1, que a maioria das mulheres ($183 - 84,33\%$) apresentou ingestão abaixo da EAR, não tendo sido encontradas gestantes com consumo acima do UL (Gráfico 1).

Quanto à relação entre o cálcio e o diagnóstico de pré-eclâmpsia, não se observou diferença significativa na sua média de consumo quando comparados os grupos de mulheres que desenvolveram ou não a doença (teste t de Student; $p > 0,05$).

No que tange à associação entre o consumo do nutriente e as medidas dopplerfluxométricas da artéria oftálmica (RP e DP1), também não foram percebidas diferenças significantes (respectivamente, $p=0,769$ e $0,104$).

Gráfico 1 – Distribuição das gestantes avaliadas, segundo categorias de consumo médio diário de cálcio – Fortaleza, 2010.



Fonte:

DISCUSSÃO

A hiperper fusão central, que tem sido referida como uma complicação da pré-eclâmpsia e de outras doenças hipertensivas gestacionais, se caracteriza pela perda da capacidade de autorregulação de fluxo das artérias do sistema nervoso central e parece ter como evento etiopatogênico a disfunção de endotélio vascular (ROBERTS; GAMMILL, 2005).

O acometimento do fluxo das artérias centrais pode ser detectado pela diminuição do índice de resistência da artéria oftálmica que pode ser diagnosticado pela dopplerfluxometria da referida artéria (DINIZ *et al.*, 2008) e exame ultrassono-gráfico, que tem sido investigado como possível preditor da pré-eclâmpsia quando utilizado previamente à 26ª semana de gestação (MELCA, 2007).

A associação da origem da pré-eclâmpsia com componentes dietéticos tem sido pouco explorada. Uma exceção se refere ao cálcio cuja relação entre os distúrbios de seu metabolismo e a origem das desordens hipertensivas gestacionais tem sido alvo de diversos estudos (FREDERICK *et al.*, 2005).

No que tange à relação, especificamente, da disfunção endotelial, fator etiológico principal da doença, com o cálcio dietético, a literatura internacional acerca da temática ainda é tímida, mas iminente, sem abordagem a nível nacional. Quanto à relação das medidas da artéria oftálmica, possível produto desta disfunção com este nutriente, a lacuna de conhecimento nos âmbitos internacional ou nacional é ainda maior. Assim, não existem na literatura estudos que cheguem a um consenso acerca das relações aqui estudadas.

Contudo, antes de discutir estas relações, é relevante comparar a prevalência de portadoras da doença detectadas na presente pesquisa com os achados de estudos anteriores.

Um estudo de Ananth, Keyes e Wapner (2013) avaliou a prevalência de pré-eclâmpsia, entre os anos de 1980 e 2010, a partir de registros em prontuários de mulheres cujos partos ocorreram em hospitais norte-americanos. Os valores encontrados foram inferiores aos da presente pesquisa, variando de 3,4%, em 1980, para 3,8%, no ano de 2010. Contudo, vale ressaltar que o hospital utilizado como local para realização do estudo atual é referência em pré-natal de alto risco, talvez sendo este o fator que justifica a maior prevalência.

Em um levantamento acerca da epidemiologia da pré-eclâmpsia e demais doenças hipertensivas gestacionais, realizado por Hutcheon, Lisonkova e Joseph (2011), foram encontradas incidências de 3%, 4,5%, 3% e 8,4%, respectivamente, entre gestantes suecas, dinamarquesas, norueguesas e norte-americanas do estado de Washington, conforme dados publicados nos anos de 2009, 2006, 2006 e 2005. Portanto, na Dinamarca e em Washington, nos Estados Unidos, as estimativas quanto a casos da doença superam os achados da presente pesquisa, embora, neste caso, o estudo não tenha sido de base populacional.

Em um estudo prospectivo desenvolvido com gestantes do distrito de Bom Pastor, em Natal, Rio Grande do Norte, uma incidência bastante elevada, correspondente a 13,7%, foi detectada (DANTAS *et al.*, 2013). A prevalência detectada, entretanto, não ultrapassa os valores para a população mundial, visto que esta doença acomete cerca de 5% das gestantes (THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013).

Dados relativos à avaliação teor de cálcio dietético versus diagnóstico de pré-eclâmpsia não se mostraram estatisticamente significantes, o que pode ter sofrido influência do limitado tamanho amostral bem como da generalizada baixa ingestão de cálcio identificada entre as mulheres, independentemente da presença ou não da doença. Entretanto, como mencionado previamente, esta relação tem sido fortemente sugerida, mas não ainda de maneira consensual (SCHOENAKER; MUTHU; MISHRA, 2014).

Ramos *et al.* (2006), por exemplo, detectaram, através de um estudo prospectivo envolvendo 1092 gestantes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, uma média de ingestão de cálcio de 1057mg para as mulheres normotensas, 902mg para aquelas com pré-eclâmpsia moderada e 755mg para gestantes diagnosticadas com pré-eclâmpsia severa. Portanto, o consumo do nutriente se mostrou mais deficiente entre gestantes com a doença, intensificando-se em mulheres nos estágios mais graves.

Em metanálise realizada por Hofmeyr, Duley e Atallah (2007), concluiu-se haver relação inversamente proporcional entre suplementação de cálcio e risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia, contudo, com tal relação não se confirmando quanto à incidência de pré-eclâmpsia severa. A suplementação reduziu a incidência da doença em 78% entre mulheres de baixo risco e em 48% na população de alto risco para a doença, sendo o efeito protetor mais evidente nas populações com baixa ingestão de cálcio a partir de fontes alimentares.

De acordo com Briceño-Pérez, Briceño-Sanabria e Gracia (2009), a suplementação de cálcio parece ser benéfica na redução do risco de pré-eclâmpsia em mulheres com baixo

consumo do nutriente ou com ingestão no limite mínimo do recomendado bem como naquelas consideradas de alto risco para a doença. Isto mostra a importância da avaliação de riscos para a doença em populações-alvo. Nesta perspectiva, o grupo aqui avaliado se enquadra na necessidade de tal suplementação, pelo menos em virtude da baixa ingestão do nutriente e das consequências além da pré-eclâmpsia que podem dela decorrer.

É importante ressaltar que, além do cálcio contribuir diretamente com a fisiopatologia da doença, ele pode acentuar o risco de surgimento de situações que representam fatores de risco para pré-eclâmpsia. Neste caso, o micronutriente poderia ser uma causa indireta da patologia.

Sobre isto, os estudos têm sugerido que mulheres com menor consumo de cálcio têm maior risco de desencadeamento de excesso ponderal (BERGEL; BARROS, 2007) e de doenças crônicas que aumentam a incidência de pré-eclâmpsia, como hipertensão arterial, hipertrigliceridemia (LIU *et al.*, 2005) e diabetes melito (PITTAS *et al.*, 2007). Mas as contradições acerca da temática permanecem e, assim, alguns trabalhos expuseram achados que se mostram em oposição aos previamente referidos.

Em um estudo caso-controle que incluiu 172 mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia e 339 normotensas, Frederick *et al.* não encontraram relação estatisticamente significativa entre cálcio e pré-eclâmpsia. Oken *et al.* (2007) não perceberam redução no risco de pré-eclâmpsia ou de hipertensão gestacional em geral, com o maior consumo de leite ou de cálcio e vitamina D. Em revisão realizada por Frishman *et al.* (2006)

foi percebido que a suplementação com o micronutriente não reduziu a frequência de pré-eclâmpsia de forma significativa, embora tenha havido uma redução importante na incidência de eclâmpsia e de outros tipos severos de hipertensão gestacional. Por fim, uma revisão baseada em evidências, realizada pela *US Food and Drug Administration* (FDA) concluiu ser altamente improvável que o cálcio reduza o risco de hipertensão-gestacional e pré-eclâmpsia (TRUMBO; ELWOOD, 2007).

Diante de achados a favor e outros que refutam a suplementação, o que se pode, até o momento, concluir é que não há evidências que apoiem a suplementação de cálcio superior a 2000mg por dia como efetiva na redução do risco da doença. Além disto, o início desta intervenção no segundo trimestre da gestação pode ser considerado tardio para que se atinja os efeitos desejados (HOFMEYR; DULEY; ATALLAH, 2007).

Relacionando o nutriente com as medidas da artéria oftálmica, viu-se que esta relação também não foi perceptível, estatisticamente.

Embora tal associação não tenha sido aqui confirmada, a literatura tem evidenciado que uma ingestão adequada ou a suplementação mantêm o cálcio ionizado plasmático em níveis suficientes para deter o evento mais precoce da pré-eclâmpsia, a disfunção do endotélio, visto ser este requisito fundamental para a síntese normal de substâncias vasoativas no endotélio (HERRERA *et al.*, 2005).

Um estudo clássico (JARAMILLO *et al.*, 1990) afirma que a síntese de NO no endotélio é criticamente dependente da concentração extracelular de cálcio e que até pequenas mudanças nos níveis fisiológicos afetam a liberação de NO.

Assim, já que a suplementação de cálcio não é consensual na prevenção de eventos que envolvam função endotelial prejudicada, não podendo ser rotineiramente recomendada, deve-se, pelo menos, estimular um aumento das suas fontes dietéticas, o que, provavelmente, já será benéfico na prevenção de outras afecções para as quais o consumo adequado de cálcio é consensual.

Uma pesquisa *in vitro* que, entre outras técnicas, submeteu culturas de células endoteliais de gestantes com pré-eclâmpsia e normotensas a diferentes concentrações de cloreto de cálcio (CaCl₂) concluiu que uma baixa concentração de cálcio aumentou a ativação de células endoteliais em resposta à interleucina 6 (IL-6). Este achado, primeiramente, respalda as linhas de estudo que hipotetizam que fatores antiinflamatórios (neste caso, a IL-6) estimulam a vasoconstrição o que resulta em aumento da pressão arterial. Segundo, sugere que mulheres que apresentam baixa ingestão do micronutriente podem mais rapidamente evoluir com uma vasoconstrição intensa e anormal, comparada com gestantes que ingerem cálcio em quantidades adequadas (CHEN *et al.*, 2013).

A submissão das células endoteliais a altas concentrações de cálcio também resultou em maior atividade da enzima óxido-nítrico sintetase a qual é dependente do nutriente e responsável pela síntese de óxido nítrico e, assim, auxilia na regulação do tônus vascular. Portanto, este estudo fornece subsídios, confirmados pelo menos *in vitro*, para a suplementação de cálcio para mulheres que apresentam ingestão insuficiente ou alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia (CHEN *et al.*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, uma relação direta entre os componentes dietéticos avaliados e o risco de pré-eclâmpsia, enquanto importante problema de saúde pública, não se confirmou, permanecendo ainda bastante obscura.

Uma das limitações do estudo, já evidenciada em algumas análises, consiste no tamanho da amostra, considerando o sub-grupo de mulheres que desenvolveram pré-eclâmpsia que, juntamente com a homogeneidade dietética do grupo, pode ter comprometido a relevância dos achados.

Porém, fica clara a necessidade de um cuidado nutricional dirigido às gestantes com ingestão de risco dos nutrientes avaliados, pensando-se nos efeitos benéficos que o consumo adequado pode trazer à evolução da gestação propriamente dita bem como a afecções, gestacionais ou não, cuja associação já é evidente.

Sugere-se que outros estudos investigando a relação entre a ingestão de cálcio e o desenvolvimento de pré-eclâmpsia sejam realizados com gestantes brasileiras, abrangendo uma amostra maior, uma vez que a confirmação de uma relação direta entre as variáveis investigadas abre uma possibilidade para se reduzir, com pouco impacto econômico, a incidência da doença e, conseqüentemente, o peso que representa para os custos com saúde pública, por meio da adoção de estratégias de intervenção nutricional.

REFERÊNCIAS

ADAMOVA, Z.; OZKAN, S.; KHALIL, R. A. Vascular and cellular calcium in normal and hypertensive pregnancy. **Current Clinical Pharmacology**, v. 4, n. 3, p. 172-190, sep. 2009.

ANANTH, C. V.; KEYES, K. M.; WAPNER, R. J. Pre-eclampsia rates in United States, 1980-2010: age-period-cohort analysis. **British Medical Journal**, v. 347, p. 6564-6572, 2013.

BERGEL, E.; BARROS, A. J. D. Effect of maternal calcium intake during pregnancy of children's blood pressure: a systematic review of the literature. **BMC Pediatrics**, v. 7, n. 15, p. 1-9, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-7-15.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2009.

BRANDÃO, A. H. F. *et al.* Dopplerfluxometria de artérias oftálmicas e avaliação da função endotelial nas formas precoce e tardia da pré-eclâmpsia. **Radiologia Brasileira**, v. 45, p. 20-23, 2012.

BRICEÑO-PÉREZ, C.; BRICEÑO-SANABRIA, L.; GRACIA, V. Prediction and prevention of preeclampsia. **Hypertension in Pregnancy**, v. 28, p. 138-155, 2009.

CHEN, Q. *et al.* Calcium supplementation prevents endothelial cell activation: possible relevance to preeclampsia. **Journal of hypertension**, v. 31, n. 9, p. 1828-1836, sep. 2013.

DANTAS, E. M. M. *et al.* Preeclampsia is associated with increased maternal body weight in a northeastern Brazilian population. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, p. 159-166, 2013.

DINIZ, A. L. D. *et al.* Ophthalmic artery doppler as a measure of severe pre-eclampsia. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 100, p. 216-220, 2008.

FISBERG, R. M.; MARTINI, L. A.; SLATER, B. S. Métodos de inquéritos alimentares. In: FISBERG, R. M. *et al.* **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. Barueri: Manole, 2005. p. 1-31.

FREDERICK, I. O. *et al.* Dietary fiber, potassium, magnesium and calcium in relation to the risk of preeclampsia. **The Journal of Reproductive Medicine**, p. 50, n. 5, p. 332-344, 2005.

FRISHMAN, W. H. *et al.* Pathophysiology and medical management of systemic hypertension in preeclampsia. **Current Hypertension Reports**, v. 8, p. 502-511, 2006.

HEDRICH, A. *et al.* Perfil alimentar, estado nutricional, de saúde e condições sócio-econômicas de gestantes assistidas por centros de saúde do município de Guarapuava-PR. **Revista Salus**, Guarapava, v. 1, n. 2, p. 139-146, 2007.

HERRERA, J. A. *et al.* Calcium plus linoleic acid therapy for pregnancy-induced hypertension. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 91, p. 221-227, 2005.

HOFMEYR, G. J.; ATALLAH, A. N.; DULEY, L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 4, p. 1-59, 2009.

HOFMEYR, G. J.; DULEY, L., ATALLAH, A. Dietary calcium supplementation for prevention of pre-eclampsia and related problems: a systematic review and commentary. **BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 114, p. 933-943, Apr. 2007.

HUTCHEON, J. A.; LISONKOVA, S.; JOSEPH, K. S. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 25, p. 391-403, 2011.

JARAMILLO, P. L. *et al.* The crucial role of Ca^{2+} concentrations in the production of endothelial nitric oxide and the control of vascular tone. **British Journal of Pharmacology**, v. 101, p. 489-493, 1990.

LAVANDA, I. **Avaliação bioquímica e do consumo alimentar de cálcio de gestantes no terceiro trimestre gestacional**. Dissertação (Mestrado em Ciências dos Alimentos) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LIU, S. *et al.* Dietary calcium, vitamin D, and the prevalence of the metabolic syndrome in middle-aged and older U. S. women. **Diabetes Care**, v. 28, n. 12, p. 2926-2932, Dec. 2005.

MELCA, L. A. V. **Estudo do índice de resistência da artéria oftálmica como preditor dopplerfluxométrico da pré-eclâmpsia**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

MELO, M. E. L. D. **Suplementação de cálcio associada à vitamina D durante a gestação de mães adolescentes: efeitos sobre a massa óssea materna e do recém-nascido**. Tese (Doutorado em Ciências dos Alimentos) – Instituto de Química, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

OKEN, E. *et al.* Diet during pregnancy and risk of preeclampsia or gestational hypertension. **Annals of Epidemiology**, v. 17, n. 9, p. 663-668, Sep. 2007.

PIJNENBORG, R. *et al.* Trophoblast invasion in preeclampsia and other pregnancy disorders. In: LYALL, F. **Pre-eclampsia: etiology and clinical practice**. Cambridge, 2009. Disponível em: <http://www.as-sets.cambridge.org/97805218/31895/excerpt/9780521831895_excerpt.pdf>. Acesso em: 10 maio 2009.

PINHEIRO, A. B. V. *et al.* **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

PITTAS, A. G. *et al.* The effects of calcium and vitamin D supplementation on blood glucose and markers of inflammation in non-diabetic adults. **Diabetes Care**, v. 30, n. 4, p. 980-986, Apr. 2007.

RAMOS, J. G. L. *et al.* Reported calcium intake is reduced in women with preeclampsia. **Hypertension in Pregnancy**, v. 25, n. 3, p. 229-239, 2006.

ROBERTS, J. M.; GAMMILL, H. S. Preeclampsia: recent insights. **Hypertension**, v. 46, p. 1243-1249, 2005.

ROSS, A. C. *et al.* (Ed.). **Dietary reference intakes for vitamin D and calcium**. Washington: The National Academies Press, 2010.

SCHOENAKER, D. A. J. M.; MUTHU, S. S. S.; MISHRA, G. D. The association between dietary factors and gestational hypertension and pre-eclampsia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BioMed Central Medicine**, v. 12, n. 153, p. 1405-1416, 2014.

SILVA, B. Y. C. **Inter-relações entre pré-eclâmpsia, cálcio dietético e outros fatores de risco associados**. 2010. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2010.

SHMUELI, A.; MEIRI, H.; GONEN, R. Economic assessment of screening for pre-eclampsia. **Prenatal Diagnosis**, v. 32, p. 29-38, 2012.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Ob-gyns issue task force report on hypertension in pregnancy. **Women's Health Care**, 2013. Disponível em: <http://www.acog.org/About_ACOG/News_Room/News_Releases/2013/Ob-Gyns_Issue_Task_Force_Report_on_Hypertension_in_Pregnancy>. Acesso em: 25 abr. 2014.

TRUMBO, P. R.; ELLWOOD, K. C. Supplemental calcium and risk

reduction of hypertension, pregnancy-induced hypertension, and preeclampsia: an evidence-based review by the US Food and Drug Administration. **Nutrition Review**, v. 65, n. 2, p. 72-87, Feb. 2007.

VICTORA, C. G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, jul. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2015.

PARTE 3



**EPIDEMIOLOGIA E PRODUÇÃO DO
CONHECIMENTO**

CAPÍTULO 13

ADULTOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS: EPIDEMIOLOGIA E ADESAO AO TRATAMENTO

Raquel Sampaio Florêncio

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago

Dafne Lopes Salles

Thereza Maria Magalhães Moreira

Daniele Braz da Silva Lima

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é alvo de constantes estudos em virtude da sua elevada incidência, desenvolvimento de complicações e pela dificuldade de adesão ao seu tratamento, havendo, entretanto, lacuna em estudos epidemiológicos no Brasil, o que dificulta a adoção de intervenções mais efetivas.

Para que haja a redução da morbidade e mortalidade associadas aos riscos cardiovasculares das pessoas com HAS, torna-se indispensável a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Assim, as medidas não farmacológicas e os medicamentos utilizados no tratamento da doença devem permitir a redução das cifras pressóricas e das complicações associadas à doença. Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbimortalidade cardiovascular, os percentuais de controle de pressão arterial são baixos em razão da pouca adesão ao tratamento (SANTOS; MOREIRA, 2012; SBC, 2010).

Identifica-se, na realidade brasileira, maior ênfase na prescrição medicamentosa, indo de encontro ao preconizado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC, 2010), que estimula a adoção de medidas terapêuticas multidisciplinares. O estabelecimento de distribuição gratuita de drogas anti-hipertensivas e a ampla divulgação na mídia tentam estimular o tratamento continuado, porém, questiona-se: são essas medidas suficientes para assegurar a adesão dos pacientes com HAS? Que outros fatores podem facilitar a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso sob a ótica do paciente?

Melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão é um dos grandes desafios enfrentados na atualidade pelos profissionais e serviços de saúde, em decorrência da longa duração terapêutica e da limitação que a doença traz ao estilo de vida daqueles que convivem com ela e dos demais membros que compõem o seu núcleo familiar. Neste contexto, o protagonismo do enfermeiro no tratamento anti-hipertensivo favorece a educação em saúde da pessoa com HAS, além de estimular o autocuidado e a melhor compreensão do tratamento, visando a prevenir a ocorrência de complicações cardiovasculares (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007; SANTOS; MOREIRA, 2012; SBC, 2010).

Ao buscar identificar os elementos facilitadores da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o presente estudo contribui para a obtenção de subsídios que culminem em uma maior adesão ao tratamento daqueles com HAS, a fim de que se alcance o controle adequado dos seus níveis pressóricos, diminuindo a probabilidade de agravamento das complicações, com conseqüente redução do número de hospitalizações e, principalmente, com diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Diante da contextualização do problema, foi objetivo deste estudo descrever a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e seus fatores facilitadores sob a ótica dos pacientes com hipertensão arterial e complicações associadas.

MÉTODOS

Tratou-se de estudo descritivo, realizado junto a pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas cadastradas no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA) dos Centros de Saúde da Família (CSF) de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Após a identificação das pessoas cadastradas no SISHIPERDIA do município, chegou-se a uma população de 1.315 cadastrados com hipertensão e complicações associadas. De posse dos cadastros, foram realizadas visitas domiciliares, obtendo-se uma amostra de 187 pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um formulário aos participantes, através do qual foram identificadas e analisadas variáveis como idade, sexo, raça, escolaridade, situação conjugal, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), circunferência abdominal (CA), índice de massa corporal (IMC), tabagismo, sedentarismo, complicações associadas e fatores que favorecem e dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No que concerne à avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico e não-farmacológico, foi aplicado o instrumento para avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

O registro dos dados em banco de dados foi realizado utilizando-se o SPSS versão 15.0, tendo sido utilizada a estatística descritiva para a análise dos dados.

Foram seguidos todos os preceitos ético-legais da pesquisa com seres humanos, tendo sido o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com o Protocolo de nº 08622921-4.

RESULTADOS

De acordo com os dados coletados, observou-se que grande parte dos pacientes era do sexo feminino (61,0%), idosa (66,3%), em média, com 63,5 anos ($\pm 12,2$), e de raça não-branca (62,6%). No tocante à escolaridade, mais da metade teve até oito anos de estudo (59,9%). Uma importante parcela não sabia ler/escrever (19,3%) e 18,7% estudou mais de oito anos. Grande parte das pessoas com hipertensão e complicações associadas era casada ou vivia em união consensual (60,9%) e pouco mais de um terço apresentou renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (34%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes cadastrados no SISHIPERDIA.

Variável		f	%	Média	DP
Sexo					
	Masculino	73	39,0		
	Feminino	114	61,0		
Faixa etária					
	<60 anos	62	33,2	63,5	± 12,2
	≥ 60 anos	124	66,3		
	Não preenchido	1	0,5		
Raça					
	Branca	68	36,4		
	Não branca	117	62,6		
	Não preenchido	2	1,1		
Escolaridade					
	Não sabe ler/ escrever	36	19,3		
	Até 8 anos de estudo	112	59,9		
	> 8 anos de estudo	35	18,7		
	Não preenchido	4	2,1		
Situação conjugal					
	Solteiro/ divorciado/ viúvo	73	39,1		
	Casado / união consensual	114	60,9		

f: frequência simples, %: frequência percentual; DP: Desvio padrão.

As características clínicas dos pacientes evidenciaram que, pouco mais de um terço dos participantes estava com hipertensão estágio um (33,2%) e menos que um quarto com cifras pressóricas consideradas limítrofes (20,3%). É importante observar, ainda, que a maioria dos pacientes estava com PAS alterada (70,7%), de limítrofe a hipertensão estágio três. Com relação à pressão arterial diastólica, pouco mais de um terço apresentou cifras normais (<85mmHg) (38,5%), mas, em menos de um quarto, foi verificada a presença de hipertensão estágio um (24,1%). Ademais, quase metade dos pacientes apresentou cifras pressóricas alteradas (46,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Características clínicas e fatores de risco de pacientes cadastrados no SISHIPERDIA.

Variável	f	%
PAS		
Ótima (< 120 mmHg)	22	11,8
Normal (< 130 mmHg)	31	16,6
Limítrofe (130-139 mmHg)	38	20,3
Hipertensão estágio 1 (140-159 mmHg)	62	33,2
Hipertensão estágio 2 (160-179 mmHg)	16	8,6
Hipertensão estágio 3 (≥ 180 mmHg)	16	8,6
Não preenchidos	2	1,1
PAD		
Ótima (< 80 mmHg)	26	13,9
Normal (< 85 mmHg)	72	38,5
Limítrofe (85-89 mmHg)	7	3,7
Hipertensão estágio 1 (90-99 mmHg)	45	24,1
Hipertensão estágio 2 (100-109 mmHg)	22	11,8

	Hipertensão estágio 3 (≥ 110 mmHg)	13	7,0
	Não preenchidos	2	1,1
CA			
	Sexo masculino		
	< 102 cm	36	19,3
	≥ 102 cm	34	18,2
	Sexo feminino		
	< 88 cm	26	13,9
	≥ 88 cm	86	46,0
	Não preenchidos	5	2,7
IMC			
	Normal (< 25 kg/m ²)	51	27,3
	Sobrepeso (25 - 30 kg/m ²)	66	35,3
	Obesidade (≥ 30 kg/m ²)	46	24,6
	Não preenchidos	24	12,8
Tabagismo			
	Sim	20	10,7
	Não	167	89,3
Sedentarismo			
	Sim	134	71,6
	Não	53	28,4

f: frequência simples, %: frequência percentual; DP: Desvio padrão; PAS: Pressão arterial sistólica; PAD: Pressão arterial diastólica; CA: Circunferência abdominal; IMC: Índice de Massa Corporal.

No item circunferência abdominal, 18,2% dos homens tinham circunferência maior ou igual a 102 cm. No sexo feminino, pouco menos da metade das mulheres apresentou circunferência igual ou maior que 88 cm (46,0%). O cálculo

do IMC demonstrou que pouco mais de um terço dos participantes apresentou sobrepeso (25-29,9 kg/m²) (35,3%) e quase um quarto, obesidade (≥ 30 kg/m²) (24,6%), totalizando o preocupante percentual de 59,9%. Ressalta-se que, em 12,8%, não foi registrado o IMC.

Na variável tabagismo, observou-se que pequena parcela da população apresentava tal fator de risco (10,7%). Já em relação ao sedentarismo, verificou-se que há a necessidade de incentivo dos profissionais de saúde para que os pacientes sigam um estilo de vida ativo, pois a maioria (71,6%) não fazia atividade física regular.

No que se refere às complicações associadas à hipertensão, o acidente vascular encefálico (AVE) (38,0%) foi a complicação de maior frequência, tanto no sexo feminino (18,2%) quanto no masculino (19,8%). A segunda complicação mais frequente entre os hipertensos foi o infarto agudo do miocárdio (IAM) (19,8%), sendo as mulheres mais acometidas (11,8%). Os pacientes que realizaram revascularização foram poucos, comparados ao restante das complicações (2%), não havendo diferença por sexo. Outras complicações foram relatadas por cerca de 20% dos pacientes. O estudo revelou que as mulheres foram mais acometidas pelas complicações da hipertensão, excetuando no AVE, mais frequente no sexo masculino. Cerca de 44,9% se internaram uma única vez, sendo o AVC apontado como motivo em 26,4% dos casos (Gráfico 1).

O Gráfico 1 indica que 93% dos pacientes apresentaram algum grau de não-adesão, sendo que 44,9% foram classificados como não adesão leve, 38% como não adesão moderada, 8,6% como não-adesão grave e 1,6% não adesão gravíssima. A adesão ideal foi verificada em 7,0% dos pacientes.

Em relação à adesão, verificou-se que cerca de 25,11% dos avaliados referiram que a busca pela saúde é o principal fator que pode favorecer a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Em contrapartida, o fator menos citado foi a distância dos serviços de saúde (0,46%). É importante observar que 4,11% deles não souberam referir fatores facilitadores da adesão. Outros fatores independentes do usuário e da competência do serviço de saúde, tais como falta de medicação, melhor assistência profissional, acesso a consultas e exames também foram citados (Tabela 3).

Tabela 3 – Fatores que podem facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, segundo relato dos pacientes avaliados.

Fatores facilitadores da ades	<i>f</i>	%
Busca pela saúde	55	25,11
Não faltar medicação	27	12,33
Melhor assistência profissional	22	10,05
Melhor acesso a consultas e a exames	18	8,22
Medo de complicações	16	7,31
Apoio familiar	15	6,85
Tomar a medicação corretamente	13	5,94
Sem queixas	9	4,11
Solução dos problemas pessoais	8	3,65
Sentir-se bem com o uso da medicação	7	3,20
Melhor condição financeira	6	2,74
Proximidade dos serviços de saúde	1	0,46
Não sabe/ Não respondeu	22	10,05
TOTAL	219	100

DISCUSSÃO

É consenso que a hipertensão arterial é desencadeada por fatores multicausais, sendo evidenciado que os socioeconômicos influenciam com bastante expressão o surgimento e a progressão desta condição clínica. Neste sentido, verifica-se conformidade das características, sociais e clínicas, com a dos participantes da maioria dos estudos epidemiológicos já desenvolvidos, que evidenciam as vulnerabilidades, sobretudo sociais, vivenciadas pelas pessoas com hipertensão.

Ser mulher, idoso, não-branco, ter baixa escolaridade e renda, conviver com companheiro, ter cifras pressóricas alteradas, sobrepeso/obesidade, sedentarismo e ter AVE (ANDRÉ *et al.*, 2006; ALVES *et al.*, 2012; BOING; BOING, 2007; CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007; FERREIRA *et al.*, 2009; SBC, 2010; ZAITUNE *et al.*, 2006) são características encontradas com frequência nas populações que apresentam hipertensão, desenhando um perfil epidemiológico já conhecido pelos cientistas e profissionais de saúde.

Com base nessas vulnerabilidades, percebe-se a necessidade de reforçar e incrementar atividades que favoreçam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, principalmente porque, de acordo com a distribuição segundo a classificação da (não) adesão do instrumento utilizado, os participantes deste estudo mostraram ainda frequências significativas de não adesão leve e moderada, mesmo considerando que já fazem acompanhamento nos Centros de Saúde da Família há, pelo menos, um ano e já têm algum tipo de complicação.

Existem várias estratégias para avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão, porém, não há nenhum consenso que possa ser tomado como padrão ouro (SANTA-HELENA; NEMES; ELU-NET, 2008). Verifica-se que há diversos questionários utilizados para medir este fenômeno, no entanto, a maioria se refere ao tratamento medicamentoso: Teste de Morisky-Green-Levine, o teste de Haynes-Sackett, e o teste de Batalla. Recentemente, foi desenvolvido o “Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids” QAM-Q (SANTA-HELENA; NEMES; ELU-NET, 2010; 2008).

Enfatiza-se que o tratamento da hipertensão não se restringe ao uso de anti-hipertensivos, sendo também indispensável a adoção de hábitos saudáveis de vida por quem tem a doença, devendo a avaliação ser feita por meio de medidas conjuntas. No entanto, é necessário expor que quanto maior o número de medicamentos, menor a ocorrência do seguimento correto do tratamento (LANDIM, *et al.*, 2011).

No presente estudo, de acordo com o instrumento utilizado, foi evidenciado elevado grau de não-adesão, sendo superior a outros estudos nacionais e internacionais, embora não haja consenso na literatura sobre a prevalência de adesão ou de não adesão.

Autores brasileiros encontraram prevalência de 56,6% de adesão em amostra de hipertensos no Sul do país com o Teste de Morisky-Green. Utilizando o Questionário QAM-Q, a prevalência foi de 47,8% em pessoas com hipertensão em Unidades Básicas de Saúde (SANTA-HELENA; NEMES; ELU-NET, 2008). Uma prevalência de 13,07% também foi encontrada em hipertensos em um hospital de São Paulo (DOSSE

et al., 2009). Em uma revisão integrativa sobre os métodos de avaliação da adesão da HAS, foi encontrado um escore de adesão resultante de métodos indiretos que varia de 21,5 a 96,8% dependendo do método empregado (BORGES *et al.*, 2012).

No contexto da adesão ao tratamento da hipertensão, além de identificar a prevalência da adesão é fundamental conhecer os fatores que facilitam e dificultam este processo. A literatura aponta que alguns aspectos podem estar associados a estes resultados, como o não comparecimento às consultas agendadas, a falta de suporte do profissional de saúde e a não disponibilização de medicamentos gratuitos por alguns períodos. Verifica-se, ainda, o esquecimento por parte dos pacientes, o que pode denotar pouco envolvimento com seu problema de saúde, apesar de outros estudos (SANTOS *et al.*, 2012) já terem identificado o conhecimento dos hipertensos acerca da cronicidade e da gravidade da doença bem como do acometimento por outras complicações associadas à hipertensão ou agravamento das existentes, o que é o caso dos pacientes entrevistados.

Em estudo semelhante (ABREU; CARVALHO, 2013), foram identificados os fatores facilitadores na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Observou-se, dentre os listados que concordam com o presente estudo, a busca pelo serviço de saúde e o uso de medicamentos.

A assiduidade dos pacientes aos encontros/consultas em busca de saúde ocupa lugar de destaque entre os preditores da adesão, segundo Araújo e Garcia (2006), que realizaram um estudo de análise conceitual e verificaram que indivíduos mais assíduos às consultas tiveram maior redução dos níveis

tensionais e que a presença do usuário na unidade de saúde é determinante no controle da hipertensão, pois traz motivação individual e esta, por sua vez, leva a atitudes que contribuem para a redução da PA.

Em consonância, verifica-se em estudo sobre o cuidado (PIRES; MUSSI, 2009) que, para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, os profissionais de saúde precisam avaliar alguns aspectos fundamentais. É necessário saber se a pessoa com hipertensão tem interesse em mudar hábitos de vida, se as informações que fornecem são assimiladas e compreendidas, se os valores, as crenças e os conhecimentos que possui em relação às medidas de prevenção e controle são semelhantes ou não aos seus. É, portanto, importante ter uma boa relação entre a equipe de saúde para uma melhor orientação na assistência, adequando-a aos hábitos de vida, às preferências pessoais, ao poder aquisitivo da pessoa com HAS.

Dentre as dificuldades vivenciadas pelos hipertensos cadastrados na unidade básica de saúde, aponta-se a falta de instruções quanto ao tratamento não medicamentoso (dieta e mudanças no estilo de vida), demora ou não-atendimento dos pacientes e inadequação da relação profissional de saúde-paciente (SILVA; LIMA; EVANGELISTA, 2009).

Observa-se que o principal fator listado neste estudo é de competência do próprio usuário, uma vez que parte dele a iniciativa de busca pela sua saúde. É relevante atentar para o fato de que a proximidade dos serviços de saúde exerce pouca influência sobre a adesão ao tratamento, demonstrando que, mesmo distante, o usuário se esforça, desde que esteja interessado em buscar sua saúde.

CONCLUSÃO

Os pacientes com hipertensão arterial se mostram vulneráveis social e clinicamente, além disso, não estão aderindo ao tratamento anti-hipertensivo em algum grau. Estas características aqui observadas podem estar associadas, o que deve ser levado em consideração em pesquisas posteriores, dado o caráter descritivo deste estudo.

Na tentativa de incentivar a adesão, os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros, que fazem o acompanhamento direto daqueles com hipertensão, podem se orientar pelo que o próprio paciente acredita ser importante. Devem atentar para os fatores levados em consideração por aquele que convive com a doença que estão relacionados com o indivíduo, a doença e seu tratamento e os serviços de saúde. O principal deles está relacionado com o indivíduo, traduzido pela própria busca pela saúde. Neste aspecto, outros fatores que não aqueles relacionados à terapêutica farmacológica são relatados como relevantes para o tratamento, sendo necessário estimular o empoderamento do usuário quanto ao tratamento e à sua conscientização sobre a necessidade deste para sua vida.

REFERÊNCIAS

ABREU, E. A.; CARVALHO, Z. M. F. Prevalência dos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica versus saúde da família. **ReTEP**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 55-60, 2010.

ALVES, B. H. S. *et al.* Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em unidade de saúde da família. **Cogitare enferm.**, v. 17, n. 1, p. 91-98, 2012.

ANDRÉ, C. *et al.* Progressive decline in stroke mortality in Brazil from 1980 to 1982, 1990 to 1992, and 2000 to 2002. **Stroke**, v. 37, n. 11, p. 2784-2789, 2006.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **REE**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev. bras. hipertens.**, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.

BORGES, J. W. P. *et al.* Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v. 46, n. 2, p. 487-94, 2012.

CASTRO, R. A. A. D.; MONCAU, J. E. C.; MARCOPITO, L. F. Hypertension prevalence in the City of Formiga, MG (Brazil). **Arq. bras. cardiol.**, v. 88, n. 3, p. 301-306, 2007.

DOSSE, C. *et al.* Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 58-64, 2009.

FERREIRA, S. R. G. *et al.* Frequência de hipertensão arterial e fatores associados. **Rev. saúde pública**, v. 43, n. 2, p. 98-106, 2009.

LANDIM, M. P. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da estratégia saúde da família. **Rev APS**, v. 14, n. 2, p. 132-138, 2011.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* Caracterização dos pacientes acompanhados pelo Programa HIPERDIA em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza. **Nursing (São Paulo)**, v. 11, n. 130, p. 137-142, 2009.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Reflexionando sobre los conceptos del cuidar/cuidado en la educación en salud del sujeto hipertenso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 229-236, 2009.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELU-NET, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. saúde pública** [online], v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELU-NET, J. Desenvolvimento validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev. saúde pública**, v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.

SANTOS, J. C. *et al.* Adesão do idoso ao tratamento para hipertensão arterial e intervenções de enfermagem. **Rev. RENE**, v. 3, n. 2, p. 343-353, 2012.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012.

SILVA, R. C. C.; LIMA, E. J. B.; EVANGELISTA, R. A. Adesão ao tratamento de hipertensão arterial no PSF Alvorada: Equipe 13. **Perquirere**, Patos de Minas, v. 6, n. 6, p. 118-125, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. bras. cardiol.**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

CAPÍTULO 14

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA:

CONSIDERAÇÕES SOBRE O DIREITO À SAÚDE

Carlos Garcia Filho

José Jackson Coelho Sampaio

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Planejamento pode ser definido, de modo simplificado, como a atividade humana de pensar antes de agir, portanto, é uma característica essencial de todo processo de trabalho. As modificações no processo de trabalho decorrentes da transição da sociedade pré-capitalista para a capitalista apresentaram profundas implicações no planejamento. O trabalho deixou de se constituir como um valor em si para se tornar um criador de valor. Os determinantes sobrenaturais perderam a relevância no processo de planejamento e foram substituídas pela possibilidade de organização da produção segundo uma perspectiva racional (PAIM, 2012; GIOVANELLA, 1991).

O planejamento foi introduzido na América Latina, a partir da década de 1940, sob a influência da Organização das Nações Unidas (ONU). Seu enfoque era econômico e postulava que os países periféricos se tornariam desenvolvidos se o crescimento acelerado do Produto Interno Bruto (PIB) fosse incentivado. A partir da década de 1960, a compreensão de que fragilidades sociais e políticas eram empecilhos para o desenvolvimento, favoreceram a ampliação do campo do planejamento para além da Economia. O planejamento em saúde surgiu atrelado ao interesse norte-americano de conter a expansão do socialismo, materializado pela Aliança para o Progresso, com clara intenção de controle da sociedade. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) desempenhou um papel chave neste processo, assessorando os países no planejamento de ações em saúde e desenvolvendo metodologias de planejamento (TESTA, 2009; GIOVANELLA, 1991).

O primeiro método criado pela OPAS para formular planos globais de saúde se baseou nos trabalhos de Mario Testa e no modelo de planejamento econômico. O método CENDES/OPAS é marcado pelo viés normativo, tecnicista e economicista. Ainda na década de 1960, esta proposta já começava a demonstrar suas fragilidades por desconsiderar os conflitos de interesses que existem na sociedade capitalista e acreditar no poder da técnica sobre as decisões políticas. Os planos não foram executados e a OPAS assumiu, no início da década de 1970, o fracasso do método. Contudo, o fracasso não foi apenas deste método específico, mas da concepção de desenvolvimento econômico acelerado como estratégia para superar o subdesenvolvimento. A concentração de riquezas e a ampliação das desigualdades sociais na América Latina colocaram em xeque toda a proposta da teoria de base (GIOVANELLA, 1991).

A aplicação do planejamento em sociedades que não eliminaram o mercado como principal mecanismo de alocação de recursos enseja uma série de conflitos. A proposta de ampliar o escopo do planejamento para toda uma sociedade surge após a Revolução Soviética. Em um país socialista, o amplo consenso entre sociedade e governo favoreceu o desenvolvimento de um planejamento técnico e administrativo, fundamentado na propriedade estatal dos meios de produção e no controle político por partido único. Quando este método foi transposto para países capitalistas, as disputas inter e intra classes cristalizadas na política minaram as possibilidades de aplicação do planejamento normativo (TESTA, 2009). Surgem avanços, na França do pós-Segunda Guerra Mundial, visando a racionalização imediata da retomada do crescimento econômico e, objetivo ambicioso, reduzir as crises de sub e superprodução próprias do capitalismo. O planejamento estratégico, na América La-

tina, surge como proposta de superação dos vários impasses decorrentes das transições economia estatal/economia de mercado, centro/periferia e global/setorial. Carlos Matus (1998) avalia que a norma estabelece o que deve ser enquanto a estratégia se aplica ao que pode ser. Assim, quando os conflitos de interesse dentro de uma sociedade são reconhecidos, agrega-se flexibilidade ao processo e os aspectos políticos adquirem a mesma relevância dos técnicos.

O planejamento situacional pode ser considerado como uma vertente do pensamento estratégico de saúde. O papel desempenhado pela política é fundamental. Para Matus (1998), o planejamento é realizado por quem governa, por quem possui a capacidade e a responsabilidade de conduzir. Este método é composto por quatro etapas não sequenciais, simultâneas e em constante articulação: uma etapa explicativa, semelhante ao diagnóstico, em que são investigados os problemas e suas causas ao nível dos fenômenos e das estruturas sociais básicas; uma etapa normativa, que estabelece o que deve ser; uma etapa estratégica de avaliação e construção da viabilidade política; uma etapa tático-operacional, em que as decisões são tomadas e ocorre a realização da ação concreta.

A proposta programático-estratégica de Mario Testa também aponta o poder como problema central do planejamento, contudo, privilegia a classe e o movimento social como atores principais e não o governo. Seu foco são as lutas pelo poder. Existe grande preocupação com a determinação social do processo saúde-doença em uma perspectiva total, integral. A democracia e a participação social são formas de modificar as relações de poder e favorecer a direcionalidade do planejamento (GIOVANELLA, 1991).

A terceira perspectiva do planejamento estratégico é alinhada pelo documento *Salud para Todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Esta proposta não concebe um método estruturado de planejamento, mas a disseminação de proposições e ferramentas do pensamento estratégico empresarial para o setor público. Embora admita o conflito de interesses dentro do processo de planejamento, esta abordagem não se esforça para compreender a determinação destes conflitos, afastando-se, portanto, de uma perspectiva crítica (GIOVANELLA, 1991).

O estudo do planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) exige familiaridade com a sua base legal que contempla tanto os mecanismos de formulação quanto os processos de controle e auditoria do planejamento. As Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 formam seus pilares. O planejamento é caracterizado como a base para a programação e o financiamento das atividades relacionadas à saúde. Entre seus princípios, estão a democracia, a formulação ascendente, do nível local até o federal, e a articulação de recursos e necessidades de saúde nas três esferas de governo, considerando as especificidades epidemiológicas e da organização dos serviços. O Pacto de Gestão reforça esta perspectiva alinhando a gestão e o planejamento com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2009).

Existe uma tendência ao enrijecimento e ao formalismo do planejamento no SUS. Os dispositivos legais são supervalorizados, transformando, portanto, o processo em um ritual burocrático afastado dos problemas reais de saúde. Na tentativa de implementar um planejamento participativo, os gestores encontram diversos mecanismos legais e acordos institucionais que balizam, mas, também, diminuem suas possibilidades de ação (PAIM, 2012).

Identifica-se no SUS uma tensão entre diferentes processos e metodologias de planejamento. A proposta de um planejamento descentralizado, ascendente e de base territorial é contraposta à abordagem verticalizada fundamentada em oferta de pacotes básicos de serviços. Esta mesma disputa de posições envolve a metodologia, que varia em seu espectro da norma à estratégia. Nesta perspectiva, as possibilidades de diálogo entre os métodos de planejar e as disciplinas de apoio ao planejamento emergem como uma proposta promissora. O papel da Epidemiologia como articuladora deste processo pode imprimir uma nova direcionalidade ao processo. A abordagem epidemiológica radical do processo saúde–doença, concebendo sua determinação social de modo crítico, pode favorecer a extrapolação do planejamento para além das fronteiras da tecnocracia e do mundo acadêmico, abarcando como aliados trabalhadores de saúde, movimentos sociais e outros setores da população (TEIXEIRA, 1999).

EPIDEMIOLOGIA CRÍTICA

A Epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos eventos relacionados ao processo saúde–doença, em nível coletivo. Seu objetivo é fornecer subsídios científicos para ações que melhorem o nível de saúde da população (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003). Na América Latina, durante a década de 1970, desenvolveu-se uma das correntes da Epidemiologia, autodenominada Epidemiologia Crítica, que estabeleceu ruptura com o modelo hegemônico

de Epidemiologia caracterizado pela matriz teórica empírica e positivista, apegada aos fenômenos imediatamente observáveis e quantificáveis (BREILH, 1991a; 1991b).

A dialética marxista é o fundamento teórico da Epidemiologia Crítica. As fragilidades teóricas apontadas pelos autores latino-americanos, como Breilh, Granda e Laurell, ao modelo tradicional são: enfoque reducionista e fragmentado dos fenômenos relacionados à saúde, ênfase exagerada e reificação das relações de causa-efeito e abordagem da exposição apenas como fenômeno individual e probabilístico. Considera-se a Epidemiologia tradicional como incapaz de compreender, de modo concreto, as relações entre biológico e social, pois seu esforço para integrar estes campos do conhecimento é exercido apenas por meio de sua justaposição em relações probabilísticas de causa-efeito (BREILH, 1991a; 2006; 2008).

Qualquer enfoque epidemiológico não pode ser compreendido como uma construção ideológica apartada de um momento histórico específico. A Epidemiologia Crítica se caracteriza pela ruptura com o compromisso da Epidemiologia hegemônica com a reprodução social e busca a emancipação das classes sociais exploradas por meio da transformação democrática da realidade. Seus pontos fundamentais são: a saúde é um objeto complexo e multidimensional que deve ser investigado em perspectiva dialética, os processos metodológicos exigem inovação constante e a atuação política para a transformação de práticas e relações entre os atores sociais é imperativa (BREILH, 2006; 2008).

O projeto de uma Epidemiologia Crítica não mostra apenas rupturas com as contribuições do positivismo. A Epidemiologia tradicional avançou de maneira consistente nos

métodos quantitativos de análise de dados, especialmente, nos últimos vinte anos e não se pode prescindir deste arcabouço de técnicas, contudo é necessário qualificar sua interpretação. O projeto crítico não se realiza com base no vazio, mas em um processo dialético de análise e crítica do paradigma científico anterior (BREILH, 2006; 2008).

Para Minayo (2008), a Epidemiologia Social é uma abordagem do processo saúde-doença que enfoca a relação entre saúde e condições de vida, constituindo uma disciplina cujas origens remontam aos estudos de Snow e Engels. A autora prioriza, em sua crítica, a vertente de base marxista estruturalista cujos autores principais são Breilh e Laurell. Seu declínio atual é atribuído aos seus fundamentos mais políticos que teóricos, ao desenvolvimento de aproximações muito gerais ou abstratas sem oferta de boas operacionalizações e à crise do marxismo na sociedade ocidental. Aponta como principal fragilidade deste modelo, a pouca relevância que oferece às questões da subjetividade e dos processos microsociológicos. Por não contemplar estes “complexificadores” do processo saúde-doença, a proposta seria incapaz de abarcar o real de maneira satisfatória. Uma crítica à posição de Minayo é considerar esta incapacidade não como uma vulnerabilidade, mas como um limite. Modelos correspondem a construções teóricas que procuram utilizar a simplificação da realidade como recurso para compreendê-la, portanto, todos estão submetidos a limites.

Na Epidemiologia tradicional, a abordagem positivista não aprofundou a discussão e a crítica das categorias básicas que fundamentam esta Ciência como: população, ambiente, hospedeiro, agente, risco. Estes conceitos foram reduzidos ao empírico imediato, consolidando uma confusão entre o clínico

e o epidemiológico, entre o individual e o coletivo. Por exemplo, a categoria população é definida como um agregado de indivíduos com alguma característica em comum; e ambiente, como o cenário em que hospedeiro e agente se encontram. Essa lógica utilitária e fragmentadora facilita a intervenção social em saúde, segundo os interesses das classes dominantes. A Epidemiologia Crítica advoga uma retomada do debate epistemológico e questiona o conteúdo tradicional das categorias fundamentais da Epidemiologia (BREILH, 1991b; SAMAJA, 2003).

Na perspectiva histórico-dialética, portanto, pode-se concluir esta experiência conceitual com a contribuição de Sampaio (1998). Epidemiologia é ciência social, empírica, prática, que estuda distribuição, modos de expressão e determinação de qualquer elemento do processo saúde/doença, em relação à população humana significativa, que desenvolve suas experiências em território vivo, para fins de prevenção de transtorno, promoção de saúde, planejamento de ações de saúde e produção de conhecimento. Neste projeto crítico de produção de conhecimento, realizam-se duas naturezas de hierarquização: uma entre valores (as diferentes possibilidades de saúde, eficiência biopsicológica e sobrevivência) e contravalores (as diferentes possibilidades de doença, incapacidade e morte); e outra, entre o nível do fenômeno (a instância que se quer explicar) e o nível da determinação (a instância que pode oferecer as explicações).

DIREITO À SAÚDE: UMA PROPOSTA DE ARTICULAÇÃO ENTRE PLANEJAMENTO E EPIDEMIOLOGIA

O direito à saúde é uma das maiores conquistas da sociedade brasileira nas últimas três décadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) se consolida como o caminho para materializar este direito. Contudo, é necessário estabelecer as diferenças entre direito à saúde e direito ao consumo de bens e serviços de saúde.

As categorias consumo e produção devem ser compreendidas em um contexto histórico concreto. Uma das características fundamentais da sociedade capitalista é a ubiquidade da mercadoria. Bens e serviços são reduzidos a um denominador comum, o valor, que é negociado no mercado, portanto, tornando equivalentes bens, serviços e valor. O processo básico que está por trás desta equivalência é a transformação do trabalho necessário para a produção de mercadorias em uma mercadoria, também. As diferentes expressões do trabalho, conseqüentemente, são intercambiáveis. O trabalho é imprescindível à reprodução da vida material e social, portanto, é essencial na construção da identidade do homem. A metamorfose do trabalho em mercadoria, alienação específica do modo de produção capitalista, resulta em uma inversão de papéis: as pessoas são substituídas pelas coisas. O vazio de identidade e sociabilidade decorrente é preenchido pelo fetichismo, ou seja, a atribuição de habilidades, sentimentos e valores humanos às mercadorias.

No Brasil, os bens e serviços de saúde são mercadorias, embora negociadas em um mercado bastante regulado pelo Estado. O SUS se constitui como o maior comprador e fornecedor de bens e serviços de saúde do país. O mercado da saúde apresenta duas singularidades importantes: a capacidade da indução da demanda pela oferta e a fragilidade inerente à condição dos consumidores, portadores de algum sofrimento físico ou psíquico (UGÁ; MARQUES, 2008).

A medicalização do processo saúde/doença trouxe amplas perspectivas para a oferta de novos produtos ao mercado da saúde, especialmente, por meio do fetichismo. As mercadorias se dirigem, muitas vezes, a necessidades criadas pelos produtores de insumos e serviços de saúde e apelam para o sentimento de vazio e desamparo intrínsecos à alienação e agravados pelo sofrimento experimentado durante o adoecimento (ILLICH, 1975).

O SUS enfrenta a contradição de buscar a efetivação do direito à saúde por meio do direito ao consumo de bens e serviços de saúde. O direito à saúde está para além da perspectiva do consumo de mercadorias. Ele deve ser entendido como direito à produção de modos saudáveis de vida. Em muitos momentos, ele nega o consumo. Por exemplo, a preservação do meio ambiente ecologicamente equilibrado – também um direito social e dever do Estado registrados na Constituição de 1988 – deve ser efetivada para garantir o direito à saúde, portanto, apontando para a redução do consumo de agentes capazes de gerar poluição.

Ao reduzir a saúde ao consumo, o movimento democrático e emancipatório que resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Constituição de 1988 é distorcido. As implicações desta subversão não se restringem ao plano ideológico.

Seu resultado concreto é a crise permanente enfrentada pelos serviços públicos de saúde. Os vilões recorrentes são o financiamento insuficiente e a gestão ineficiente. Não se pode permanecer na superfície dos fenômenos: uma aproximação crítica permite divisar a contradição entre produção e consumo como o fundamento da crise na saúde. Enquanto a saúde for concebida apenas como consumo de bens e serviços não será possível estabelecer um orçamento ou uma técnica de gestão que satisfaça o apetite voraz pela mercadoria que move o capitalismo nos planos privados de saúde, no comércio de exames laboratoriais, na compra e venda de procedimentos clínicos e cirúrgicos, nas indústrias de equipamentos e farmacêutica.

Algumas pistas para a solução parcial dessa contradição são fornecidas pelas contribuições epistemológicas da Saúde Coletiva, que qualificam, de modo crítico, a Epidemiologia e o planejamento em saúde. Em muitos casos, o planejamento em saúde, considerando o nível municipal, persiste sob a forma normativa ou meramente burocrática, embora revestido por alguns elementos do planejamento estratégico situacional e armado com ferramentas do planejamento empresarial. O poder público, em muitas ocasiões, se aproveita das fragilidades intrínsecas do planejamento normativo para esvaziar todas as possibilidades de planejamento e atuar segundo o imediatismo e o particularismo dos palanques.

A concepção de integralidade em saúde subsidia o avanço para além do consumo de bens e serviços e possibilita a emergência de uma perspectiva democrática e emancipadora de saúde. Contudo, em certa medida, este novo modelo constitui uma utopia e os usuários e trabalhadores do SUS não podem aguardar a sua concretização, pois os acidentes de motocicleta,

a persistência da hanseníase, as sequelas das doenças cardiovasculares, os surtos de dengue, o abuso de drogas, a morte de gestantes e a epidemia de HIV/AIDS estão ocorrendo agora.

O agora também é o momento em que velhas práticas, como clientelismo, fisiologismo, patrimonialismo e coronelismo, perduram como modo de fazer política durante e após as eleições, contaminando e pervertendo as instâncias de Controle Social do SUS. É imperativo que a luta em defesa de um projeto para a sociedade brasileira seja conduzida em paralelo com soluções de curto e médio prazo, estabelecendo as mediações entre o modo de produzir e distribuir a riqueza e as particularidades nacionais e regionais, sobretudo no campo político.

A desmistificação da identificação entre consumo e direito é o ponto chave para edificar um novo consenso sobre a saúde e o SUS capaz de harmonizar discursos dissonantes. As contradições estão presentes, até mesmo, no interior de cada instituição envolvida com a saúde. No Judiciário, por exemplo, a pressão dos Tribunais de Contas para a austeridade no controle de gastos públicos convive com o poder do Ministério Público para impor o fornecimento de todo e qualquer bem ou serviço de saúde solicitado pelo cidadão, sem consideração a qualquer restrição orçamentária. Nos dois casos, a responsabilidade pelo descumprimento das determinações é do gestor, que se vê emaranhado neste dilema insolúvel.

Em linhas gerais, o direito à saúde, em uma perspectiva ampliada, poderia ser pautado pelo balanço entre efetividade e progressividade. Efetivo, pois aquilo que a lei determina como direito deve ser obrigatoriamente oferecido a todos os cidadãos, sem discriminação. Portanto, se o tratamento da tuberculose é um direito, o Estado deve garantir que todos tenham

acesso a ele, ricos ou pobres, moradores da cidade ou do campo, habitantes da região Sudeste ou Nordeste. Por outro lado, a lei deve assimilar uma progressividade, talvez, de base anual. Deste modo, se neste ano não é possível universalizar o acesso a uma nova tecnologia, como um *stent* farmacológico, deve existir a previsão para que, de acordo com a avaliação científica e o debate com o Controle Social, seja planejada a adoção deste novo insumo em um prazo determinado.

A articulação entre efetividade e progressividade é, de certo modo, uma ressonância da articulação entre Epidemiologia e Planejamento, entre conhecimento e intervenção. Contudo, não deve ser restrita à técnica ou à burocracia. Neste sentido, a participação popular, por meio do controle social, é essencial para que a democracia e a emancipação sejam os valores que direcionam o processo de decisão.

A contradição entre direito a saúde e direito ao consumo de bens e serviços de saúde tornou o SUS insustentável. As Conferências de Saúde são espaços privilegiados para aprofundar o debate sobre o direito à saúde e possuem legitimidade para a deliberação sobre novos consensos. Retomando alguns conceitos do planejamento, é urgente a adoção de medidas táticas e estratégicas associadas a uma abordagem dialética e crítica dos problemas de saúde. A manutenção da crise no SUS está conduzindo o Estado e a sociedade a um sentimento de impotência e conformismo, acarretando a banalização da própria crise. O desafio é apontar novos caminhos para atingir um objetivo antigo, a universalização da saúde como direito fundamental.

Observação: Esse texto foi baseado na participação de um dos autores nos debates da VI Conferência Municipal de Saúde de Iguaçu e da VI Conferência Municipal de Saúde de Jucás.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: organização e funcionamento**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BREILH, J. Componente de metodologia: la construccion del pensamiento en Medicina Social. In: FRANCO, S. *et al.* **Debates en medicina social**. Quito: Organización Panamericana de La Salud, 1991a. p. 138-248. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spnish/DRH/11859.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1991b.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BREILH, J. Latin American critical ("Social") epidemiology: new settings for an old dream. **Int. j. epidemiol.**, London, v. 37(4), Aug. 2008. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/745.full>>. Acesso em: 12 Jul. 2011.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Mar. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2013.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

MATUS, C. **Adiós Señor Presidente**. Santiago: Lom, 1998. (Coleccion Sin Norte).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. Cap. 25. p. 827-844.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Cap. 2, p. 17-36.

SAMAJA, J. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología “Miltoniana”). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 2, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2011.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde-doença mental como objeto da Epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2013.

TESTA, M. **Pensar en salud**. Buenos Aires: Lugar, 2009.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. *et al* (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 6, p. 193-233.

CAPÍTULO 15

INSTRUMENTOS E CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE FRAGILIDADE

EM IDOSOS NO ÂMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Cíntia Lira Borges

José Wellington de Oliveira Lima

Rafaela Pessoa Santana

INTRODUÇÃO

O termo fragilidade tem sido citado desde a década de 70 do século XX, até então, não muito valorizado pelos estudiosos. Porém, após 1990, quando o *Journal of the American Geriatrics Society* mostrou uma referência de idoso frágil, despertou-se o interesse dos pesquisadores pelo assunto, discutindo sobre a relação entre fragilidade e incapacidade (FABRICIO-WEHBE, 2008). Também foi a partir desta década que foi se substituindo a expressão “ser frágil” por “torna-se frágil”, desvinculando a ideia de a síndrome estar ligada a doenças crônicas, incapacidades e necessidade de assistência social (DUARTE, 2009).

Antes, fragilidade era associada ao idoso dependente para as atividades de vida diária e/ou que necessitaria de cuidados institucionais (WOODHOUSE, 1988) e ao idoso debilitado, que não sobreviveria sem o auxílio de outros (GILLICK, 1989). Hoje, sabe-se que o conceito da síndrome, apesar de polissêmico, tem evoluído progressivamente, devido a estudos mais criteriosos e aprofundados, envolvendo uma gama de fatores neuroendócrinos, neuromusculares, imunológicos, psicológicos, sociais, cognitivos e genéticos.

Pesquisas dispararam quando duas linhas de estudo começaram a aprofundar os aspectos envolvidos no assunto, uma dos Estados Unidos da América (*Cardiovascular Health Study-CHS*) e outra do Canadá (*Canadian Initiative on Frailty and Aging-CIFA*). O primeiro grupo fala da fragilidade fundamentando-se em questões físicas e funcionais relacionadas às mudanças neuroendócrinas, neuromusculares e imunológicas

e classificam o idoso frágil através do fenótipo elaborado por Fried *et al.* (2001). O segundo discorre sobre a fragilidade de forma multidimensional, acrescentando elementos sociais, psicológicos e cognitivos.

Pode-se compreender fragilidade como um estado clinicamente reconhecível de maior vulnerabilidade, resultante do declínio das reservas e das funções dos vários sistemas fisiológicos os quais têm a habilidade de lidar com os diversos estressores da vida diária (XUE, 2011) e são responsáveis e essenciais para o indivíduo manter um nível aceitável de funcionamento físico, social e psicológico (SCHUURMANS *et. al.*, 2004).

Uma revisão sistemática organizada pelo CIFA mostrou que são divergentes as opiniões acerca da definição, prevalência, fatores de risco, intervenções e impactos da fragilidade na vida da pessoa idosa. Apesar disto, afirma ser consenso que a síndrome acarreta um impacto catastrófico sobre a vida de indivíduos mais velhos e de seus familiares. Desta forma, existe a necessidade potencial para o acordo sobre a definição da fragilidade nas várias áreas de pesquisa (KARUNANANTHAN *et al.*, 2009).

O estudo dos EUA, realizado com um grupo de 5.317 pessoas com mais de 65 anos, calculou uma prevalência de 6,9% e uma incidência de 7,2% em quatro anos de fragilidade, especialmente em mulheres (FRIED *et al.*, 2001). No Brasil, em um estudo da REDE FIBRA, com 391 idosos, obteve-se prevalência de 17,1% e a fragilidade esteve associada ao avançar da idade, à presença de comorbidades, à dependência funcional e à autopercepção negativa de saúde (SOUSA *et al.*, 2012).

Existem diferenças cruciais entre o processo de envelhecimento e a síndrome da fragilidade. Os padrões normais das respostas celulares e sistêmicas observados no envelhecimento, quando perturbados ou acelerados, propiciam a fragilidade (FEDARKO, 2011). Logo, deve ocorrer uma falha ou um desequilíbrio na homeostase do organismo envelhecido para que ocorra a instalação ou progressão da fragilidade. Além disto, fragilidade está relacionada, mas não é sinônimo de incapacidade, multicomorbidades, sarcopenia e caquexia.

O indivíduo frágil, conforme Fried *et al.* (2001), deve apresentar três ou mais características relacionadas à perda de peso não intencional (>5 kg no decorrer de um ano), à fraqueza, ao autorrelato de exaustão, à lentidão e ao nível baixo de atividade física. Este fenótipo possui como fatores de risco o aumento da idade, o sexo feminino, o baixo nível socioeconômico e a presença de comorbidades e ainda valoriza o aspecto funcional e biológico.

Outros modelos têm sido adotados para identificação da fragilidade, valorizando a funcionalidade global do organismo idoso e considerando, além de aspectos físicos e biológicos, as condições sociais, psicológicas, culturais e espirituais do ser, que são elaborados reconhecendo a multiplicidade de aspectos que envolvem o organismo idoso e a multidimensionalidade da síndrome da fragilidade. Entre eles: a *Edmonton Frailty Scale* (ROLFSON *et al.*, 2006), o *Tilburg Frailty Indicator* (GOBBENS *et al.*, 2010), o *Sherbrooke Postal Questionnaire* (HEBERT *et al.*, 1996), o *Groningen Frailty Indicator* (STEVERINK *et al.*, 2001).

É importante que o profissional de saúde saiba distinguir as condições do envelhecimento e o surgimento da síndrome da fragilidade a fim de implementar estratégias de ação de modo a prevenir e/ou evitar fragilidade, e proporcionar qualidade de vida e bem-estar para a pessoa idosa. Uma forma simples e prática de identificar e mensurar o nível de fragilidade é aplicar instrumentos ou escalas e critérios ou índices de fragilidade.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi identificar as evidências científicas existentes sobre adaptação transcultural e validação de instrumentos, índices ou critérios que detectam fragilidade em idosos.

METODOLOGIA

Esta pesquisa do tipo revisão integrativa foi realizada nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scopus (maior base de dados com resumos e referências da *SciVerse da Elsevier*) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), no período de agosto a setembro de 2013.

O interesse em realizar esta revisão partiu da necessidade de expor a relevância desta temática e estimular a elaboração ou a tradução e adaptação transcultural de escalas para o contexto brasileiro a fim de auxiliar os profissionais de saúde a utilizar determinada ferramenta de medida no âmbito do seu trabalho, conforme sua prática clínica, ou na saúde coletiva.

Para fundamentar a busca, foi utilizada a estratégia PICO – *Pacient* (paciente); *Intervention* (intervenção); *Comparison* (comparação ou controle); *Outcomes* (resultados) – (Quadro 1) que tem a finalidade de auxiliar na construção da pergunta e de organizar os problemas propostos na revisão, maximizando a pesquisa de evidências, evitando buscas desnecessárias e focando no problema do estudo (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007; STONE, 2002).

Quadro 1 – Estratégia PICO aplicada no estudo proposto – Fortaleza-Ce, Brasil, 2013.

ESTRATÉGIA PICO	
P- PACIENTE	Idosos fragilizados
I- INTERVENÇÃO	A validação e a adaptação transcultural de escalas ou índices de fragilidade em idosos.
C- COMPARAÇÃO OU CONTROLE	Identificação de artigos científicos que discorram sobre estudos de validação ou adaptação transcultural de instrumentos ou índices para medição de fragilidade em idosos.
O- RESULTADO ESPERADO	Divulgação do que tem sido produzido acerca de escalas ou instrumentos que verificam fragilidade em idosos a fim de contribuir para difusão do conhecimento das diferentes escalas de fragilidade existentes no mundo para instigação da replicação para a realidade brasileira, conforme a prática clínica de cada profissional.

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Além disso, foram incluídos estudos publicados em inglês, português e espanhol, sem restrição de tempo; artigos na íntegra; e artigos que retrataram a temática: instrumentos, ín-

lices e critérios de avaliação para detecção de fragilidade em idosos. Os critérios de exclusão foram: artigos na forma de relato de experiência e revisão de literatura ou integrativa; estudos que abordassem o tema fragilidade em geral, e nos quais não foram utilizadas medidas de análise de fragilidade em idosos; e teses, dissertações, documentos diversos e em formato de resumo, livros, capítulos de livros.

Em geral, para a seleção dos descritores, realizou-se consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e no *Medical Subject Headings* (MeSH) com o objetivo de encontrar uma linguagem/terminologia comum, nos três idiomas pesquisados (português, espanhol, inglês). Destaca-se que, conforme o andamento da busca e a necessidade de adequar ao vocabulário próprio de determinada base de dados, foram combinados descritores controlados e não controlados. Ainda, foram lidos, criteriosamente, títulos e resumos para a seleção dos estudos e, nos casos em que houve dúvida sobre a inclusão, foram consultados os artigos na íntegra.

Para busca e leitura dos títulos e resumos houve participação de uma segunda pessoa, a fim de validar a extração de dados das bases, inicialmente, feita pela pesquisadora, evitando vieses de busca, elegibilidade e de publicação, no intuito de obter todos os estudos relacionados à pergunta norteadora.

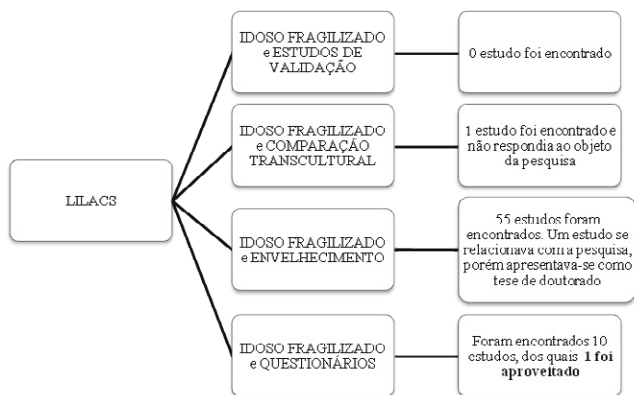
Ademais, foram organizados fluxogramas e quadros com características dos títulos, autores, objetivos, critérios utilizados, tipos de estudos, graus de evidências, anos de publicação e das considerações de cada estudo. Para a classificação do grau de evidência, adotou-se a seguinte divisão: **Nível 1 (I)**: Revisão sistemática e metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos

controlados randomizados (ECCR); **Nível 2 (II)**: Pelo menos um ECCR; **Nível 3 (III)**: Ensaio clínico bem delineado sem randomização; **Nível 4 (IV)**: Estudo de coorte e caso-controle bem delineado; **Nível 5 (V)**: Revisões de estudos descritivos e qualitativos; **Nível 6 (VI)**: Estudo descritivo ou qualitativo; **Nível 7 (VII)**: Opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2010). A justificativa para a criação e a inclusão de fluxogramas e figuras se deu para melhor visualização do processo de revisão.

RESULTADOS

Na base de dados LILACS foram realizados os cruzamentos com os descritores controlados: idoso fragilizado e estudos de validação, idoso fragilizado e comparação transcultural. Tendo em vista a inexistência de resultados, acrescentou-se os cruzamentos: idoso fragilizado e envelhecimento, obtendo 55 resultados; e idoso fragilizado e questionários, obtendo 10 resultados dos quais um foi aproveitado (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos na base LILACS – Fortaleza-CE, Brasil, 2013.



Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

A partir da revisão na base LILACS foram encontrados muitos estudos que identificavam o perfil de fragilidade da população idosa e associavam esta variável a qualidade de vida, incapacidade, depressão, nível de cognição e atividade de vida diária. Para as associações, foram utilizados variados instrumentos como: SF-36, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Lawton, Escala Internacional de Eficácia de Quedas (FES-I), Apgar de Família, WHOQOL-OLD, Índice de Barthel, Critério Brasil, Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA), Escala de Depressão Geriátrica, *Time Up and Go* e Índice de Katz. Porém, somente um descrevia o processo de adaptação e validação de uma escala: a escala de fragilidade de Edmonton para o Brasil (Quadro 2) (FABRICIO-WEHBE, 2009).

Quadro 2 – Descrição do estudo incluído na revisão integrativa na base LILACS, segundo título, autores, objetivo, critério utilizado, grau de evidência e ano – Fortaleza-CE, Brasil, 2013

Título	Autores	Objetivo	Critério Utilizado	Tipo de estudo	Grau de evidência	Ano
Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale (EFS) em uma amostra de idosos brasileiros	FABRÍCIO -WEHBE, S. C. C.; SCHIAVE-TO, F. V.; VENDRUSCULO, T. R. P.; HAAS, V. J.; DANTAS, R. A. S.; RODRIGUES, R. A. P.	Avaliar a adaptação cultural da <i>Edmonton Frail Scale (EFS)</i> e sua validade em uma amostra de idosos brasileiros	<i>Edmonton Frail Scale (EFS)</i>	Estudo transversal	VI	2009

Fonte: Dados coletados pela autora (2013)

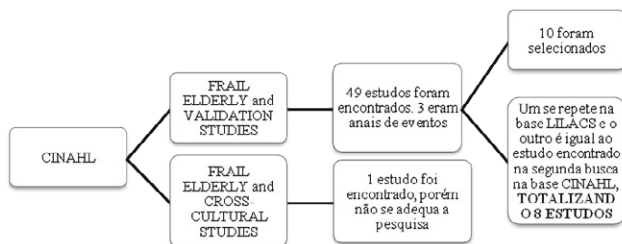
Quadro 3 – Descrição das considerações do estudo selecionado na base LILACS – Fortaleza-CE, Brasil, 2013

<p>Título: Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale (EFS) em uma amostra de idosos brasileiros</p>
<p>Considerações do estudo: A EFS é uma escala canadense que passou por etapas de tradução e adaptação transcultural a fim de se avaliar os aspectos de equivalência conceitual, validação semântica e pré-teste da escala na realidade brasileira. O instrumento contém domínios relacionados à cognição, ao estado geral de saúde, à independência funcional, ao suporte social, ao uso de medicamentos, à nutrição, ao humor, à continência e ao desempenho funcional. Os domínios são investigados por 11 itens. Sua pontuação máxima é 17 o qual representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores variam de: 0-4, não apresenta fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa. Os resultados obtidos confirmam a validade de conteúdo, de constructo e de critério do instrumento adaptado.</p>

Fonte: Dados coletados pela autora (2013)

Na base de dados CINAHL, foram utilizados os descritores *frail elderly and validation studies*, *frail elderly and cross-cultural studies*. O único descritor controlado utilizado nesses cruzamentos foi *frail elderly*, os outros são considerados como palavra chave do vocabulário próprio (TÍTULOS) da base pesquisada. No primeiro cruzamento, foram encontrados 49 estudos, permanecendo 8. No segundo, foi detectado 1 estudo que não se adequou aos critérios da pesquisa (Figura 2). Os estudos não aproveitados na CINAHL não abrangiam o objeto da pesquisa.

Figura 2 – Fluxograma da seleção dos estudos na base CINAHL – Fortaleza-CE, Brasil, 2013.



Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

O Quadro 4 apresenta a descrição dos artigos encontrados na base CINAHL e mostra que 5 (62,5%) estudos são longitudinais ou coortes e, portanto, evidência IV. Os períodos variaram entre 2009 e 2013. Os instrumentos utilizados foram o *Tilburg Frailty Indicator (TFI)*, o *Reported Edmonton Frail Scale (REFS)*, o *SHARE Frailty*, o *Frail Scale*, o *Comprehensive frailty assessment instrument (CFAI)* e o *Groningen Frailty Indicator (GFI)*.

Quadro 4 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa na base CINAHL, segundo título, autores, objetivo, critério utilizado, grau de evidência e ano – Fortaleza-CE, Brasil, 2013.

Título	Autores	Objetivo	Critério utilizado	Tipo de estudo	Grau de evidência	Ano
The Comprehensive Frailty Instrument: development, validity and reliability	DE WITTE, N.; GOBBENS, R.; DE DONDER, L.; DURY, S.; BUPPEL, T.; SCHOLS, J.; VERTÉ, D.	Desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas do <i>Comprehensive frailty assessment instrument</i> .	<i>Comprehensive frailty assessment instrument (CFAI)</i>	Estudo de coorte	IV	2013
Measurement Properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people	PETERS, L. L.; BO-TER, H.; BUSKENS, E.; SLAETS, J. P. J.	Avaliar a viabilidade, confiabilidade e validade de construto da versão de auto-avaliação da escala <i>Groningen Frailty Indicator</i> .	<i>Groningen Frailty Indicator (GFI)</i>	Estudo transversal	VI	2012
Psychometric properties of the Brazilian version of the Tilburg frailty indicator (TFI)	SANTIAGO, L. M.; LUZ, L. L.; MATOS, I. E.; GOBBENS, R. J. J.; VAN ASSEN, M. A.	Avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira do <i>Tilburg Frailty Indicator</i> .	<i>Tilburg Frailty Indicator (TFI)</i>	Estudo transversal	VI	2013
The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk	GOBBENS, R. J. J.; VAN ASSEN, M. A. L. M.; LUJIKX, K. G.; SCHOLS, J. M. G. A.	Avaliar a validade preditiva do <i>Tilburg Frailty Indicator</i> e seus três domínios (físico, psicológico e social) para incapacidade, necessidade de cuidados em saúde e qualidade de vida.	<i>Tilburg Frailty Indicator (TFI)</i>	Estudo longitudinal	IV	2012
Validation of the frail scale in a cohort of older Australian women	LOPEZ, D.; FLICKER, L.; DOBSON, A.	Validar a <i>Frail Scale</i> em uma coorte de mulheres idosas australianas e determinar se o nível maior que 2 pontos é preditivo de fragilidade.	<i>Frail Scale</i>	Estudo de coorte	IV	2012
The SHARE Frailty Instrument for primary care predicts incident disability in a European population-based sample.	ROMERO-ORTUNO, R.; O'SHEA, D.; KENNY, R. A.	Realizar a validação do SHARE-FI com enfoque na incapacidade.	<i>SHARE Frailty (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)</i>	Estudo longitudinal	IV	2011
The assessment of frailty in older people in acute care	HILMER, S. H.; PERERA, V.; MITCHELL, S.; MURNIO, P. B.; DENT, J.; BAJOREK, B.; MATTHEWS, S.; ROLFSON, D. B.	Adaptar e validar uma escala de fragilidade, que pode ser aplicada por investigadores não geriatras, para pacientes com doença aguda internados em hospitais.	<i>Reported Edmonton Frail Scale (REFS)</i>	Estudo de coorte	IV	2009
The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties	GOBBENS, R. N.; VAN ASSEN, M. A. L. M.; LUJIKX, K. G.; WIJNEN-SPONSELEE, M. T.; SCHOLS, J. M. G. A.	Avaliar a confiabilidade, a validade de construto e a validade preditiva (concorrente) do <i>Tilburg frailty Indicator</i> .	<i>Tilburg Frailty Indicator (TFI)</i>	Estudo transversal	VI	2010

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013).

Quadro 5 - Descrição das considerações dos estudos selecionados na base CINAHL. Fortaleza-CE. Brasil. 2013.

<p>Título: The Comprehensive Frailty Instrument (CFAI): development, validity and reliability.</p>
<p>Considerações do estudo: O CFAI é uma escala de 23 questões para identificação de idosos frágeis da comunidade, com respostas que variam de 1 (concordo completamente) a 5 (discordo completamente). O CFAI contempla domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Altos escores indicam severos problemas, e, portanto, alto grau de fragilidade. O instrumento apresentou alta confiabilidade (Alpha de Cronbach: 0,812). Pode ser aplicado por uma equipe multidisciplinar em busca de uma abordagem mais holística da fragilidade, e como subsídio para intervenções adequadas a fim de evitar efeitos adversos, tais como deficiência ou hospitalização. É uma ferramenta de fácil e rápida aplicação e de baixo custo.</p>
<p>Título: Measurement Properties of the Groningen Frailty Indicator (GFI) in home-dwelling and institutionalized elderly people.</p>
<p>Considerações do estudo: O GFI é uma escala de 15 questões, com respostas do tipo “sim, não, algumas vezes”. Quanto mais pontos, maior a gravidade da fragilidade. Nesse estudo, a consistência interna foi satisfatória (Alpha de Cronbach: 0,68), a correlação entre a prevalência de doenças ou distúrbios e a dependência para realizar atividade de vida diária foi significativa, sendo a correlação menor entre o GFI e qualidade e satisfação com a vida. A nota de corte foi avaliada em < 4 (não frágeis) e ≥ 4 (frágeis). Os resultados da pesquisa confirmam a viabilidade, confiabilidade e validade da versão de autorrelato da GFI em uma população idosa heterogênea.</p>
<p>Título: Psychometric properties of the Brazilian version of the Tilburg Frailty Indicator (TFI).</p>
<p>Considerações do estudo: O TFI é composto por 15 questões divididas em 3 domínios: físico, psicológico e social. As perguntas se referem à perda de peso inexplicável, ao equilíbrio, às dificuldades para deambular, ouvir e enxergar, a sinais de depressão, de ansiedade, de isolamento social, entre outros. A pontuação varia de 0-15, e pontos ≥ 5 representam os idosos frágeis. A consistência interna do instrumento foi adequada (Alpha de Cronbach: 0,78) e obteve forte confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação de Pearson: 0,88). Apresentou boa validade convergente na amostra de idosos brasileiros. Sobre a validade divergente, cada item manteve estreita correlação com o seu próprio domínio, e menor relação com os outros dois, necessitando de futuras avaliações com relação a esse fator, principalmente, no que se refere às questões do domínio psicológico. O instrumento pode ser auto-administrado. O TFI é adequado para aplicação na realidade brasileira.</p>
<p>Título: The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk.</p>

Considerações do estudo: O TFI, como um instrumento multidimensional de avaliação da fragilidade, é válido para prever deficiência, necessidade de cuidados em saúde e qualidade de vida de idosos, após 1 ou 2 anos de sua aplicação. Foi observado que a fragilidade física, verificada por meio das perguntas do domínio físico, foi a principal responsável por efeitos adversos em saúde, e exerceu efeito significativo sobre a fragilidade psicológica e social, de forma que quanto pior a saúde física, pior a saúde psicológica e social. O TFI pode ser usado como uma ferramenta de triagem preliminar por profissionais que trabalham diretamente com a comunidade para determinar a necessidade de avaliações mais detalhadas, e, em seguida, para elaborar intervenções específicas a fim de melhorar a qualidade de vida de idosos frágeis.

Título: Validation of the Frail Scale in a cohort of older Australian women.

Considerações do estudo: A Frail Scale é instituída de cinco domínios relacionados à fadiga, resistência (habilidade de subir obstáculos), deambulação (caminhar 100 metros), presença de patologias (>5) e perda de 5% do peso em 10 anos. Sobre as patologias, a escala cita o Alzheimer ou outra demência, a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio, a depressão, a artrite (osteoartrite e artrite reumatoide), a asma, a bronquite, o enfisema pulmonar, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, a osteoporose e o tabagismo crônico. A pontuação varia de 0 (não frágil) a 5 (muito frágil), sendo o ponto de corte > 2 para o indivíduo ser considerado frágil. Esta pesquisa comprovou que mulheres com, aproximadamente, 77 anos, frágeis (> 2 pontos), tinham entre 2 e 3 vezes mais chances de morrer; entre 3 e 4 vezes mais dificuldade para realizar as atividades de vida diária; e entre 3 e 6 mais dificuldade para as atividades instrumentais de vida diária.

Título: The SHARE Frailty Instrument for primary care predicts incident disability in a European population-based sample.

Considerações do estudo: O SHARE-FI é uma ferramenta multidimensional para medir fragilidade na atenção primária, incluindo medidas de exaustão, perda de peso, fraqueza, lentidão e baixo nível de atividade. É fácil de ser administrada por profissionais não-médicos; e é um instrumento breve para ser aplicado na prática clínica. Nesse estudo pela dificuldade para verificar fraqueza - com o auxílio do dinamômetro - a pesquisa incluiu somente os outros quatro outros fatores. A escala pode ser aplicada em pessoas com prejuízo cognitivo, sendo as respostas fornecidas pelo cuidador ou informante. SHARE-FI pode contribuir para a qualidade no atendimento primário, oferecendo uma maneira rápida e confiável para avaliar e monitorar a fragilidade em indivíduos oriundos da comunidade com idade superior a 50 anos. Serve como uma nova ferramenta de auditoria e investigação. Além disso, é um importante preditor de incapacidade.

Título: The assessment of frailty in older people in acute care

Considerações do estudo: A Reported Edmonton Frail Scale (REFS) é uma escala, que foi adaptada da Edmonton Frailty Scale (EFS), voltada para idosos portadores de doenças agudas em estado de hospitalização. A REFS é semelhante à EFS, apesar de ter sofrido alterações semânticas, adaptações culturais e modificações na pontuação, totalizando 18 pontos, sendo de 0-7 para o idoso não frágil, 6-7 para o aparentemente vulnerável, 8-9 para fragilidade leve, 10-11 fragilidade moderada e 12-18 fragilidade severa. No estudo, a REFS foi testada correlacionando-a com a Geriatrician's Clinical Impression of Frailty (GCIF), a qual é um instrumento com notas de 0 (não frágil) a 5 (frágil) alocadas em 7 domínios, totalizando até 35 pontos. A associação com a GCIF foi moderada. A consistência interna (Alpha de Cronbach: 0,68) e a confiabilidade entre avaliadores não médicos (kappa: 0,83) foram satisfatórias. Obteve-se forte associação dos escores da escala com os fatores: idade, polifarmácia, comorbidades, invalidez, comprometimento cognitivo e desnutrição. No grupo de pacientes com doença aguda internados em hospitais, a REFS é um teste válido e confiável de fragilidade, e pode ser uma ferramenta valiosa de pesquisa para avaliar o impacto da fragilidade no prognóstico e na resposta terapêutica.

Título: The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties

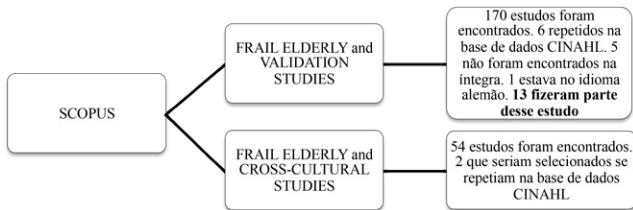
Considerações do estudo: O TFI, inicialmente, foi elaborado com base em pesquisas anteriores sobre fragilidade. Posteriormente, foi apresentado a representantes da área da medicina, da enfermagem e social que foram questionados acerca dos componentes essenciais da escala. Dessa forma, 8 determinantes (parte A da escala) e um componente de fragilidade (parte B) foram adicionados ao conteúdo; e as categorias de respostas foram alteradas, sendo substituídas questões abertas por questões fechadas: sim/não/algumas vezes. O segundo projeto do TFI foi apresentado aos representantes das disciplinas profissionais e a pessoas com 75 anos ou mais. Nenhuma alteração foi feita para o TFI. Para preenchimento da TFI calculou-se em média 14 minutos. A consistência interna (Alpha de Cronbach foi de 0,73) e a confiabilidade teste-reteste, no período de um ano, para fragilidade (correlação de Pearson: 0,79) foram satisfatórias. Houve forte correlação entre os domínios físico e psicológico. A validade preditiva e os domínios de fragilidade do TFI obtiveram estreita associação entre fragilidade e qualidade de vida. O ponto de corte ≥ 5 obteve boa sensibilidade e especificidade aceitável. Este estudo demonstra boas propriedades psicométricas do instrumento; e os resultados referentes à validade do TFI fornecem fortes evidências para uma definição integral da fragilidade nos domínios físicos, psicológicos e sociais.

Fonte: Dados coletados pelo autor (2013).

A pesquisa na base CINAHL resultou em instrumentos que avaliavam domínios físicos, cognitivos, psicológicos, sociais e ambientais e estudos realizados na comunidade, em instituições de longa permanência e em hospitais. Os aspectos analisados se referiram a fadiga, resistência, deambulação, presença de doenças, perda de peso, exaustão, fraqueza, lentidão, baixo nível de atividade, incontinência, internações, humor, autopercepção de saúde, tristeza, ansiedade, entre outros. A respeito da caracterização pelo grau de fragilidade, as escalas definiam o idoso como frágil ou não frágil e como aparentemente vulnerável, com fragilidade leve, moderada e severa. Em geral, as escalas aplicadas tiveram boa confiabilidade, eram curtas, de fácil aplicação e de baixo custo (Quadro 5).

Na base Scopus, foram utilizados os descritores controlados, a partir do vocabulário MeSH, *frail elderly and validation studies* e a palavra chave *cross-cultural studies*. O descritor fixo foi *frail elderly*; o operador *booleano* utilizado foi sempre o “and”; nunca os três descritores foram cruzados juntos. A partir do cruzamento *frail elderly and cross-cultural studies* foram detectados 170 estudos e, destes, 6 se repetiam na base CINAHL, 5 não foram encontrados na íntegra, 1 se apresentava no idioma alemão e 13 fizeram parte do estudo. Na combinação *frail elderly and cross-cultural studies* foram encontradas 54 evidências das quais 2 se relacionavam com o estudo, mas se repetiam na base de dados CINAHL (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma da seleção dos estudos na base Scopus – Fortaleza-CE, Brasil, 2013.



Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

Os artigos encontrados na base Scopus foram publicados no período compreendido entre 2001 e 2013 e as escalas utilizadas foram: *Study of Osteoporotic Fractures Frailty Index (SOF)*, *Cardiovascular Health Study Frailty Index (CHS frailty)*, *Groningen Frailty Indicator (GFI)*, *Tilburg Frailty Indicator (TFI)*, *Sherbrooke Postal Questionnaire (SPQ)*, *Frail Scale*, *EFS (Edmonton Frail Scale)*, e *Geriatrician's Clinical Impression of Frailty (GCIF)*, *Frailty index for older patients with coronary artery disease*, *Share Frailty instrument (Share-FI)*, *Ncriteria*, *Kihon Checklist (KCL-PT)*, *Comprehensive Frailty Assessment Instrument (CFAI)*, *Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale (CSHA-CFS TV)*, critérios Fried *et al.* (2001). Em sua maioria foram estudos de coorte, prospectivos longitudinais e observacionais (8/ 61,5%) e, desta forma, obtiveram grau de evidência igual a IV (Quadro 6). As outras pesquisas, que não fizeram parte da seguinte revisão, não abordavam o objeto de estudo ou se repetiram na busca.

Quadro 6 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa na base Scopus, segundo título, autores, objetivo, critério utilizado, grau de evidência e ano. Fortaleza-CE. Brasil. 2013.

Título	Autores	Objetivo	Critério utilizado	Tipo de estudo	Grau de evidência	Ano
Validation and comparison of two frailty indexes: The Mobilize Boston Studdy	KIELY, D. K.; CUPPLES, A.; LIPSITZ, L. A.	Validar dois índices de fragilidade estabelecidos, e comparar a sua capacidade de prever resultados adversos em idosos da comunidade.	<i>Study of Osteoporotic Fractures Frailty Index (SOF) e Cardiovascular Health Study Frailty Index (CHS frailty)</i>	Estudo prospectivo observacional	IV	2009
The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community	DANIELS, R.; ROS-SUM, E. V.; BEURSKENS, A.; HEUVEL, W. V.; WITTE, L.	Este estudo investiga a validade preditiva dos três instrumentos de autorrelato para a identificação de idosos frágeis residentes da comunidade.	<i>Groningen Frailty Indicator (GFI), Tilburg Frailty Indicator (TFI), Sherbrooke Postal Questionnaire (SPQ)</i>	Estudo Coorte Prospectivo	IV	2012
A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African americans	MORLEY J. E.; MALMSTROM, T. K.; MILLER, D. K.	Validar a Frail Scale	<i>Frail Scale</i>	Estudo de Coorte	IV	2012

Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale	ROLFSON, D. B.; MAJUMDAR, S. R.; TSUYNKI, R. T.; ROCKWOOD, K.	Avaliar a validade e confiabilidade da escala EFS (Edmonton Frail Scale).	<i>EFS (Edmonton Frail Scale) e Geriatrician's Clinical Impression of Frailty (GCIF)</i>	Estudo Transversal	VI	2006
Development of a Frailty Index for Patients with Coronary Artery Disease	FREIHEIT, E. A.; HOGAN, D. B.; ELIASZIW, M.; MEEKES, M. F.; GHALI, W. A.; PARTLO, L. A.; MAXWELL, C. J.	Construir um breve índice de fragilidade para idosos com doença arterial coronariana (DAC) submetidos a angiografia coronária	<i>Frailty index for older patients with coronary artery disease</i>	Estudo de coorte prospectiva	IV	2010
Prospective association of the SHARE - operationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+community-dwelling Europeans living in 11 countries	MACKLAI, N. S.; SPAGNOLI J.; JUNOD, J. SANTOS-EGGIMAN, B.	Avaliar a associação prospectiva entre a fragilidade e resultados adversos de saúde para operacionalização de um fenótipo de fragilidade.	<i>Share Frailty instrument (Share-FI)</i>	Estudo de Coorte	IV	2013

The SHARE operationalized frailty phenotype: A comparison of two approaches	ROMERO-ORTUNO, R.	Comparar a predição de mortalidade de duas abordagens de fragilidade diferentes: SHARE- FI vs Ncriteria de Santos- Eg-gimann <i>et al.</i> (2009).	<i>SHARE- FI e Ncriteria</i>	Estudo longitudinal	IV	2013
Validation and translation of the Kihon Checklist (FRAILTY INDEX) into Brazilian Portuguese	SAMPAIO, P. Y. S.; SAMPAIO, A. C.; OGITA, M. Y. M.; ARAI, H.	Traduzir o Kihon Checklist japonês (índice de fragilidade) para o idioma Português e validar a ferramenta para o uso na população idosa brasileira.	<i>Kihon Checklist (KCL-PT)</i>	Estudo epidemiológico observacional	IV	2013
Construct validity and reliability of a two-step tool for the identification of frail older people in primary care	VAN KEMPEN, J. A. L. SHCERS, H. J.; MELIS, R. J. F.; MELIS, M. G. M. O.	Estudar a confiabilidade e validade de construto do EASY-Care TOS para a identificação de idosos frágeis.	<i>EASY-Care TOS</i>	Estudo transversal	VI	2013

Validation of the Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale (CSHA-CFS) telephone version	CHAN, D. C. D.; TSOU, H. H., CHEN, C. Y. ; CHEN, C. Y.	Validar o CSHA - CFS TV com idosos do centro médico em Taipei, Taiwan.	<i>CSHA - CFS TV (Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale telephone version)</i>	Estudo Transversal	VI	2010
Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator	WITTE, N.; GOBENS, R.; DONDER, L.; DURY, S.; BUFFEL, T.; VERTE, D.; SCHOLS, J. M. G. A.	Avaliar a validade do Instrumento Comprehensive Frailty Assessment Instrument (CFAI) em comparação com o Tilburg Frailty Indicator (TFI).	<i>Comprehensive Frailty Assessment Instrument (CFAI) e Tilburg Frailty Indicator (TFI)</i>	Estudo Transversal	VI	2013
Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype	FRIED, L. P.; TANGEN, C. M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J.; SEEMAN, T.; TRACY, R.; KOP, W. J.; BURKE, G.; MCBURNIE, M. A.	Operacionalizar uma definição de fragilidade em uma população de idosos, avaliar a prevalência de fatores transversais relacionados, e validar a precisão de prever resultados adversos em saúde.	<i>Crerios Fried et al. (2001)</i>	Estudo prospectivo observacional	IV	2001

Fonte: Dados coletados pela autora (2013)

Quadro 7 – Descrição das considerações dos estudos selecionados na base Scopus– Fortaleza-CE, Brasil, 2013.

<p>Título: Validation and comparison of two frailty indexes: The Mobilize Boston Study</p>
<p>Considerações do estudo: O estudo utilizou dois índices de fragilidade: SOF Frailty Index e o CHS Frailty Index. Ambos foram similares ao prever desfechos geriátricos como quedas recorrentes, hospitalização, atendimento de emergência e incapacidade, bem como, condições médicas crônicas, condição física, habilidades cognitivas e depressão. O estudo iniciou a partir de outro denominado MOBILIZE BOSTON STUDY (MBS) que investigava a recorrência de quedas em indivíduos idosos de Boston. O CHS aborda cinco componentes: perda de peso não intencional, fraqueza, baixo nível de energia, lentidão, baixo nível de atividade física. O SOF aborda perda de peso não intencional, inabilidade de sentar na cadeira em cinco tempos sem usar as mãos, baixo nível de energia. Fragilidade esteve associada a idades mais avançadas, grande número de doenças crônicas, auto-percepção negativa de saúde, prejuízo físico e cognitivo e depressão. O SOF tem a vantagem de ser mais prático devido melhor entendimento pela população.</p>
<p>Título: The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community</p>
<p>Considerações do estudo: Este estudo investiga a validade preditiva de três instrumentos para a identificação de idosos frágeis residentes na comunidade. A escala GFI (Groningen Frailty Indicator) é composta por quinze itens, divididos em quatro domínios: físico (nove itens), cognitivo (um item), social (três itens) e psicológico (dois itens). O total de escore da escala pode variar de 0 a 15 pontos. A pontuação total de quatro ou mais é considerado de moderadamente a gravemente frágil. O questionário Tilburg Frailty Indicator (TFI) é dividido em duas partes, a primeira composta por dez itens, compreende dados sociodemográficos e de saúde, e a segunda parte integra os determinantes sociais, físicos, psicológicos e cognitivos da fragilidade. O total de escore da escala pode variar de 0 a 15 pontos. A pontuação total de cinco ou mais é associada à fragilidade. O instrumento SPQ (Sherbrooke Postal Questionnaire) é composto por seis itens, divididos em domínios: físico (quatro itens), social (um item) e cognitivo (um item). Os itens podem ser respondidos com “sim” ou “não”. Os escores variam de zero a seis. Aqueles que apresentam a pontuação de dois ou mais são frágeis e possuem risco aumentado para o declínio funcional. Todos os três instrumentos têm potencial para identificar idosos em risco, porém todos têm validade preditiva baixa.</p>
<p>Título: A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African americans</p>

Considerações do estudo: O estudo contou com a participação de pessoas entre a faixa etária de 49 a 65 anos, demonstrando forte validade convergente e preditiva em uma população afro-americana de meia idade. A Frail Scale inclui 5 componentes: fadiga, resistência, deambulação, doença e perda de peso. O total de escore da escala varia de 0-5. A pontuação igual a zero corresponde a indivíduos robustos, 1-2 a indivíduos pré-frágeis, e 3-5 a pessoas frágeis. A fragilidade medida pela Frail Scale se correlacionou significativamente com os marcadores de atividade instrumental de vida diária, físicos, de velocidade de marcha, força de preensão e levantar com uma perna. É um questionário simples que pode ser autoadministrado; aplicado, rapidamente, pela equipe multidisciplinar, pelo cuidador ou outro respondente. Tem boa aplicabilidade por telefone e por meio da autoadministração, pode ser utilizado em intervalos de tempo menores que as CHS e SOF.

Título: Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale

Considerações do estudo: A EFS contempla 10 domínios, o escore máximo é de 17 pontos, o qual representa o mais alto nível de fragilidade. Dois domínios são testados utilizando como base o desempenho no Teste do Relógio para a disfunção cognitiva e o “Timed Get Up and Go” para o equilíbrio e mobilidade. Os outros domínios avaliam o humor, a independência funcional, o uso de medicação, o apoio social, a nutrição, as atitudes de saúde, a incontinência, as comorbidades e a qualidade de vida. Na pesquisa, também, foi utilizada a Geriatrician’s Clinical Impression of Frailty (GCIF) criada pelos próprios pesquisadores que inclui nove itens para avaliar as síndromes geriátricas que ameaçam a independência do idoso e seis itens sobre doenças agudas atípicas. O GCIF inclui quatro definições de fragilidade (fragilidade física, fragilidade fisiológica, fragilidade como deficiência e fragilidade dinâmica) que classificam o idoso em uma escala de 0 (não frágil) a 5 (máxima fragilidade). Tem uma pontuação que varia de 0 (nenhuma) a 35 (máxima fragilidade). Houve correlação entre a pontuação do GCIF e da EFS. A consistência interna da EFS usando o Alpha de Cronbach foi de 0,62. A EFS foi uma medida válida de fragilidade; obteve boa validade de construto, boa confiabilidade e consistência interna aceitável. O EFS é uma medida prática e clinicamente significativa de fragilidade em uma variedade de contextos. Pode ser utilizada por profissionais de diferentes áreas.

Título: Development of a Frailty Index for Patients with Coronary Artery Disease

Considerações do estudo: O índice de fragilidade para idosos com doença arterial coronariana se relacionou com deficiência nas atividades de vida diária e queda significativa na qualidade de vida relacionada à saúde. A avaliação do índice inclui aspectos físicos, cognitivos e psicossociais. Os critérios de fragilidade usados no estudo foram medidas de equilíbrio, velocidade da marcha, cognição, autorrelato de saúde, índice de massa corporal (IMC), sintomas depressivos, dependência nas atividades de vida diária e qualidade de vida. Este índice é prático e pode ser aplicado no tempo de 10 a 15 minutos. É o primeiro índice de fragilidade desenvolvido especificamente para pacientes hospitalizados, com doença arterial coronariana, submetidos à angiografia. A escala possui escores divididos em quatro categorias 0, 1, 2, ≥ 3 pontos. Na pesquisa, pacientes com três ou mais critérios possuíram maior risco para incapacidade e pior qualidade de vida após um ano. O índice pode ser aplicado por clínicos e pesquisadores, porém requer outros estudos para validade adicional.

Título: Prospective association of the SHARE - operationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+community-dwelling Europeans living in 11 countries

Considerações do estudo: A ferramenta SHARE-FI foi construída com base no fenótipo de fragilidade do CHS (Cardiovascular Health Study). A fraqueza muscular foi medida usando um dinamômetro, que avaliou a força de prensão manual. O critério de exaustão foi verificado pela pergunta: “No último mês você tem sentido pouca energia para fazer as coisas que você queria fazer?”; perda de peso não intencional foi operacionalizada por 2 questões: 1) “Como está o seu apetite?”; 2) “Você tem comido muito ou pouco?”; lentidão foi analisada usando 2 perguntas: 1) “Por causa de problemas de saúde, você tem dificuldade para caminhar 100 metros, ou subir escadas sem descansar?”; baixa atividade física foi verificada usando a questão: “Quantas vezes você realiza atividades que exigem um nível baixo ou moderado de energia, tais como jardinagem, limpar o carro ou caminhar?” Foram considerados frágeis os indivíduos que responderem positivamente a três ou mais destes critérios; pré-frágeis com um ou dois critérios, e não frágil com nenhum. A SHARE-FI mostrou associação prospectiva forte e significativa com declínio funcional e morbidade em residentes da comunidade.

Título: The SHARE operationalized frailty phenotype: A comparison of two approaches

Considerações do estudo: As ferramentas SHARE- FI e Ncriterias de Santos- Eggimann *et al.*(2009), foram construídas com base no fenótipo de fragilidade do CHS (Cardiovascular Health Study). Há, no entanto, algumas diferenças entre SHARE-FI e Santos-Eggimann *et al.*, no que tange os aspectos fraqueza muscular, a qual é ajustada para gênero e IMC na classificação de Santos-Eggimann, e baixo nível de atividade física cujos participantes devem responder se praticam jardinagem, caminhada ou lavam o carro três vezes por mês, quase nunca ou nunca, conforme os critérios de Santos-Eggimann *et al.* (2009). Exaustão, perda de peso não intencional e lentidão foram medidas da mesma forma pelas duas ferramentas. Em conclusão, o presente estudo forneceu uma validação adicional do SHARE-FI comparando-o com o fenótipo de fragilidade de Santos-Eggimann *et al.* (2009). As duas ferramentas foram altamente correlacionadas e ambas previram mortalidade. No entanto, SHARE-FI pode ser uma ferramenta mais específica para triagem e mais fácil de ser aplicada na prática.

Título: Validation and translation of the Kihon Checklist (frailty index) into Brazilian Portuguese.

Considerações do estudo: O estudo usou duas ferramentas para avaliar a fragilidade, o Kihon Checklist (KCL-PT) e a Edmonton Frail Scale (EFS), que foi escolhida por já ser adaptada a cultura brasileira. A KCL-PT avalia 6 domínios: estilo de vida, força física, nutrição, alimentar-se, socialização, memória e humor, divididos em 25 perguntas com respostas “sim” e “não”. Um sujeito possui fragilidade se marcar 10 pontos ou mais no domínio estilo de vida. Além disso, os resultados do KCL podem ser analisados separadamente por cada domínio. No domínio estilo de vida é considerado frágil o idoso que alcançar dez pontos ou mais; no domínio físico, três pontos ou mais indicam reduzida força física; no domínio nutricional, o escore de dois pontos indica nível nutricional baixo; pontos abaixo de dois, para o domínio alimentar-se, correspondem à função oral comprometida; uma resposta negativa para a questão: “você sai de casa mais de uma vez por semana?”, pode indicar restrição ao ambiente e isolamento social; um ponto ou mais, para as perguntas do domínio cognitivo sugerem déficit cognitivo; bem como, 2 pontos ou mais, no domínio humor, podem representar risco para depressão. A aplicação da escala Kihon Checklist, em japonês, e a traduzida, em português, em idosos bilíngues apresentou forte relação. Verificou-se que os escores totais e os domínios de ambas as escalas utilizadas foram fortemente associados. Nesse estudo, a KCL-PT apresentou uma consistência interna satisfatória (Alpha de Cronbach: 0,787) e boa validade. Este índice é prático e pode ser aplicado no tempo de 10 a 15 minutos. A linguagem utilizada foi de fácil compreensão. É uma importante ferramenta de aplicação no Brasil a monitorar fragilidade e prevenir a dependência funcional e outros efeitos adversos de saúde.

Título: Construct validity and reliability of a two-step tool for the identification of frail older people in primary care

Considerações do estudo: O estudo descreve a validade do construto do EASY-Care TOS comparando com os instrumentos FI (Frailty Index) e FFC (Fried Frailty Criteria) que estão relacionados com medidas de multimorbidade, deficiência, cognição, mobilidade, funcionamento psicossocial e qualidade de vida. O EASY-Care TOS avalia 8 domínios, funcionamento físico, medicação, cognição, mobilidade, bem-estar mental, contexto social, qualidade de vida e uso de serviços de saúde. Pacientes foram considerados frágeis, conforme os critérios estabelecidos pelo FI, com escores $\geq 0,25$ para fragilidade. O EASY – Care TOS se correlacionou mais fortemente com o FI do que com o FFC. Pode ser utilizado por médicos e outros profissionais da saúde na identificação de fragilidade na atenção primária. Os resultados deste estudo mostram que o EASY – Care TOS tem boa validade de construto, pois se correlaciona bem com medidas físicas e psicossociais relevantes e outras medidas de fragilidade já validadas. Esse é um dos primeiros instrumentos voltado para a atenção primária.

Título: Validation of the Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale (CSHA-CFS) telephone version

Considerações do estudo: O CSHA – CFS TV é projetado para filtrar indivíduos severamente frágeis que são classificados com 7 pontos e indivíduos com menor nível de fragilidade (6-1). A primeira pergunta do instrumento está relacionada com a dependência para as atividades de vida básica - AVD (banho, vestir, comer, ir ao banheiro e transferência), se todas as cinco respostas forem sim, são somados 7 pontos, o que indica fragilidade severa. Caso contrário, os idosos são questionados acerca de alguma dependência em 8 atividades instrumentais de vida diária - AIVD (usar o telefone, fazer compras, preparar a comida, limpeza, transporte, lavanderia, tomar remédio, e financiamento). Os que necessitam de ajuda em pelo menos uma AVD e uma AIVD adquirem classificação 6, moderadamente frágil, e indivíduos com deficiência apenas nas AIVDs são categorizados como 5, levemente frágil. Em seguida, os sujeitos são questionados se se sentem sem energia ultimamente. Nas afirmativas positivas, os indivíduos são categorizados ao nível de 4, aparentemente vulneráveis. Os sujeitos, também, são indagados sobre a presença de doenças crônicas, se a resposta for sim, é questionado se os sintomas dessa doença estão sendo controlados. Indivíduos que não controlam satisfatoriamente a sua doença são classificados como 4, aparentemente vulnerável. Indivíduos com doença crônica controlada são caracterizados como 3, bem em relação ao tratamento das comorbidades. Sujeitos sem doença crônica, são questionados sobre “estarem mais em forma” comparados a outras pessoas, se sim são categorizados em 1, em forma; se não, categorizados em 2. O número mínimo de questões a serem respondidas é 5 e no máximo 17. As maiores vantagens do instrumento são seu curto tempo de administração (< 3 min) e fácil implementação. Os resultados desse estudo mostram que o CSHA-CFS TV parece ser um instrumento rápido, confiável e válido na triagem de idosos frágeis da comunidade.

<p>Título: Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator</p>
<p>Considerações do estudo: O CFAI foi desenvolvido a partir de uma perspectiva multidimensional com aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, e mostrou boa validade e confiabilidade. A diferença do CFAI com relação a outras escalas é a inclusão de um domínio ambiental o qual se faz um importante item de avaliação na velhice, já que os aspectos psicológicos, mentais e emocionais dependem grandemente do ambiente em que o idoso vive e envelhece. A consistência interna do CFAI foi de 0,759. A correlação entre o CFAI e TFI foi de 0.590. As correlações entre os domínios físico, psicológico e social de ambas as escalas foram boas, porém o domínio ambiental mostrou correlações fracas com todos os outros domínios. O CFAI é uma medida considerada válida comparada com o TFI e pode ser usada por profissionais para a detecção de pessoas idosas frágeis que vivem na comunidade.</p>
<p>Título: Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype</p>
<p>Considerações do estudo: Fragilidade foi definida como uma síndrome clínica em que três ou mais dos seguintes critérios estavam presentes: perda de peso involuntária (> 5kg no último ano), autorrelato de exaustão, fraqueza (força de prensão), velocidade de caminhada lenta e baixo nível de atividade física. Houve sobreposição, mas não concordância, na ocorrência de fragilidade, comorbidade e incapacidade. O fenótipo de fragilidade foi um preditor independente, no período de três anos, para quedas, piora da mobilidade, dependência para atividades de vida diária, hospitalização e morte. O estado intermediário de fragilidade (presença de um ou dois critérios) mostrou risco aumentado para fragilidade no período de três e quatro anos. O estudo forneceu uma definição padronizada potencial de fragilidade em idosos residentes na comunidade e ofereceu validade concorrente e preditiva para a definição. Ainda apresentou evidências de que a fragilidade não é sinônimo de comorbidade ou deficiência, mas a comorbidade é um fator de risco etiológico para a deficiência que, por sua vez, é um resultado da fragilidade.</p>

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

A partir da descrição dos artigos pesquisados na base Scopus, as escalas continham domínios diversos, avaliados a partir dos componentes: perda de peso não intencional, fraqueza, baixo nível de energia, lentidão, baixo nível de atividade física,

fadiga, resistência, mobilidade, estilo de vida, força física, nutrição, presença de doenças crônicas, medicação, percepção de saúde, memória, humor, socialização, bem-estar mental e contexto social. As escalas, em geral, possuíam boas validades de construto, confiabilidades e consistências internas aceitáveis; poderiam ser utilizadas por profissionais de diferentes áreas; eram instrumentos rápidos, confiáveis e válidos na triagem de idosos frágeis residentes na comunidade e em instituições (Quadro 7).

DISCUSSÃO

Muitas ferramentas para identificar fragilidade e o conceito propriamente dito ainda estão em estágios preliminares de desenvolvimento (LACAS; ROCKWOOD, 2012). Nesta revisão, pode-se comprovar que a maioria dos estudos datava do período de 2009 a 2013 (21/95,4%), o que mostra a característica recente do tema e a necessidade de se replicar em outras realidades.

De fato, pesquisas que utilizam medidas de avaliação têm contribuído para: realizar comparações locais, nacionais e internacionais entre os provedores, as definições e/ou instituições; a realização de estudos de intervenção e implementação; a avaliação do impacto do uso das pesquisas sobre os resultados e as evoluções dos usuários; e o fornecimento de um resultado clínico importante (ESTABROOKS *et al.*, 2011).

Observa-se que, ao longo dos anos, a classificação da síndrome da fragilidade foi se deslocando de aspetos unidi-

mensionais para multidimensionais bem como passou a ser vista sob uma perspectiva não só de déficits físicos ou associada ao fenômeno velhice, mas em um contexto de fatores sociais, emocionais, psicológicos e espirituais. Desta forma, as pesquisas foram incluindo instrumentos com questões mais abrangentes, de simples e rápida aplicação por profissionais não médicos.

Na base CINAHL e Scopus, constatou-se muitas ferramentas diagnósticas de fragilidade em formato de escala autoaplicada ou não, índices e critérios. Porém, durante a busca e a leitura dos artigos, atentou-se para a importância do exame clínico, da história pregressa, dos marcadores biológicos e da aplicação de duas ou mais escalas de fragilidade como fatores fundamentais para a confirmação do diagnóstico da síndrome da fragilidade. É essencial valorizar esses aspectos no contexto da prática clínica com a finalidade de buscar sinais e sintomas indicativos da síndrome, reunindo todas as informações do paciente para intervenções adequadas e eficazes.

O uso de um roteiro de entrevista pode auxiliar em uma avaliação mais abrangente e completa, pois, muitas vezes, a fragilidade não está aparente e não envolve, somente, atributos físicos (FAIRHALL *et al.*, 2011). A entrevista inicial e o exame clínico do idoso permite identificar e conhecer as características socioeconômicas, a história pregressa, a história familiar, as comorbidades, as incapacidades, as deficiências, as necessidades básicas, os aspectos psicológicos, sociais e mentais. Os mecanismos causadores da fragilidade são diversos, fazem parte de um sistema complexo e multissistêmico que envolve a desregulação neuromuscular, endócrina e imunológica (KO, 2011), psicológica e emocional, por isto, a relevância do exame

detalhado com o propósito de identificar *déficits* e comprometimentos na saúde.

No percurso da revisão, ainda foi evidenciado um progressivo aumento de trabalhos sobre a associação entre marcadores biológicos e fragilidade. As pesquisas abordavam os níveis de hematócrito, albumina, testosterona, desidroepiandrosterona (DHEA-S), estrogênio, triiodotironina (T3), hormônio do crescimento (GH), insulina (IGF-1), cortisol, vitamina D, interleucina 6 (IL-6), fator de necrose tumoral (TNF- α), proteína C reativa (PCR), entre outros (KO, 2011; TRAVISON *et al.*, 2010; VOZNESENSKY *et al.*, 2009; ROBINSON *et al.*, 2011; FRIED *et al.*, 2009). A queda destes marcadores pode indicar declínio progressivo do sistema orgânico, perda de reserva fisiológica e aumento da vulnerabilidade a doença e morte (KO, 2011).

Assim sendo, existem alguns métodos que, se utilizados precocemente, contribuirão para postergar a fragilidade, ao mesmo tempo que os profissionais que deles fizerem uso fornecerão uma assistência mais individualizada, eficaz e de qualidade. Essas medidas possibilitam identificar se houve sucesso ou não em determinada intervenção aplicada. Trabalhar com indicadores permite compreender a fragilidade de uma forma menos conceitual e mais operacional, enfatizando a prática clínica (FABRICIO-WHEBE, 2008).

O profissional capacitado pode iniciar uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) e estabelecer intervenções apropriadas e individualizadas, permitindo uma atenção e atuação proativa, contribuindo para um envelhecer com qualidade de vida e prolongando uma existência com incapacidades evitáveis (DUARTE, 2009).

Vale destacar que a AGA é uma sistemática que envolve necessidades de saúde e sociais, engloba doenças, dependência funcional, estresse do cuidador e outros fatores que têm impacto sobre a vida do idoso. A AGA não é somente um enumerado de problemas, mas um plano de gestão de como enfrentá-los (LACAS; ROCKWOOD, 2012). O profissional conhecedor da AGA, nos diferentes contextos de trabalho com o idoso, otimiza sua prática, é capaz de entender melhor os anseios e as necessidades de saúde, conseqüentemente, oferece melhor atendimento, promovendo saúde, qualidade de vida e envelhecimento ativo.

No contexto brasileiro, a única pesquisa encontrada na LILACS contribuiu bastante para o estudo da fragilidade no Brasil, tendo em vista que até então não havia uma escala de fragilidade para idosos elaborada em outro país e validada para a realidade brasileira. Esse novo modelo para identificação de fragilidade colaborou para maximizar o corpo de evidências científicas acerca do tema no Brasil, principalmente sobre a fragilidade analisada por profissionais não médicos, e estimular pesquisas na área, ainda incipiente no país.

Na realidade brasileira, a elaboração de políticas públicas para o idoso fragilizado ainda é bastante incipiente do ponto de vista teórico e prático. Começou-se a comentar algo sobre fragilidade na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (BRASIL, 2006). Esta caracteriza o idoso frágil, fornece informações acerca da atenção à saúde em todos os níveis, discorre sobre a integralidade das ações priorizando o enfrentamento a fragilidades por parte da pessoa idosa, família e sistema de saúde, a promoção da saúde e a integração social. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2008) tam-

bém surge como uma importante ferramenta no seguimento de saúde do idoso e na observação contínua da instalação da síndrome, mediante o preenchimento das informações e da evolução negativa de algumas variáveis, como internações ou quedas no último ano.

A PNSPI como dispositivo legal, que tem como foco principal a independência e a autonomia dos indivíduos idosos, possui limitações de efetivação em todo o Brasil (MAIA, 2010; MARTINS *et al.*, 2007). Inúmeros são os desafios a serem enfrentados na execução prática desta política, uma vez que, para firmar suas diretrizes é necessária a intersectorialidade entre órgãos públicos, instituições de saúde, instituições formadoras e sociedade e, muitas vezes, esta rede de articulação é falha. Para a viabilização e a concretização desta política é necessário compreender e conhecer o processo de envelhecimento bem como agir em consonância com o poder decisório e vontade do indivíduo idoso, realizar pesquisas nos setores públicos e privados, preparar profissionais para agir frente às necessidades desta clientela, investir em orçamentos públicos municipais referentes ao idoso, implementar sistemas de informação uniformes e sistemáticos nas instâncias administrativas, estabelecer coerência interna entre serviços e ações, desenvolver cooperação e articulação entre o Ministério Público e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e priorizar o envelhecimento saudável e ativo (MAIA, 2010; MARTINS *et al.*, 2007).

A realidade do envelhecimento brasileiro necessita de reforços contínuos e conjuntos que priorizem o atendimento digno e a cidadania da pessoa idosa. É preciso pensar adiante, além do que está decorrendo em todo país; olhar sob a pers-

pectiva do crescimento acelerado dessa contingente populacional e da necessidade de subsídios para guiar as mudanças epidemiológicas e os acontecimentos em nível social, econômico e de saúde. Devem ser priorizadas estratégias bem planejadas, mesmo que em longo prazo, mas efetivas, pensando nos futuros idosos, já que muito não pode ser feito pelos de hoje.

A ideia de “esperar acontecer para poder resolver” deve ser refutada, como aconteceu no episódio da Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, em 1996, onde 99 idosos foram mortos – dentre as causas de morte estavam a desnutrição e a diarreia (FOLHA DE SÃO PAULO, 1996) – e, só então, as autoridades governamentais brasileiras atentaram para a criação de uma política para aprimoramento do atendimento hospitalar de pacientes crônicos, portadores de múltiplos agravos que necessitavam de assistência contínua e reabilitação físico-funcional a fim da reinserção social (BRASIL, 1998). Sabe-se que o perfil da maioria destes pacientes, como prevê a política, é de idosos, portanto, alerta-se para o cumprimento das diretrizes essenciais presentes nas políticas direcionadas para a pessoa idosa, com vistas à proteção à vida e à saúde do idoso.

No Brasil, entendendo que o reconhecimento precoce da fragilidade é fundamental para o planejamento em saúde, Moraes (2012) elaborou um modelo de classificação clínico-funcional para idosos robustos, frágeis, frágeis de alta complexidade e no final da vida, utilizando-se a metodologia do Plano de Cuidados como ferramenta facilitadora do cuidado integral, em conjunto com as redes de atenção à saúde. Esta estratégia é importante para identificar os problemas do paciente, propor intervenções mais apropriadas com possibilidades de mudanças nas quais os profissionais e equipamentos de saúde são

necessários para a implementação dos cuidados. Para o idoso frágil, a organização do cuidado é complexa e multifatorial e deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, fundamentada em um cuidado baseado em evidências e centrado no paciente (MORAES, 2012).

Atualmente, existem quatro escalas traduzidas e adaptadas para o Brasil. Os trabalhos brasileiros, em geral, têm utilizado a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) (FABRICIO WHEBE, 2009) e os critérios de Fried *et al.* (2001) para identificar fragilidade em idosos. Apesar disto, há o instrumento *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) (SANTIAGO *et al.*, 2012), o *Kihon-Checlist* (KCF-PT) (SAMPAIO *et al.*, 2013) e o *Groningen Frailty Indicator* (GFI) (BORGES, 2013). A diferença entre a escala GFI e a EFE, é que a primeira inclui aspectos relacionados à visão e audição da pessoa idosa, que não são abordados na EFE, e a segunda complementa questões sobre incontinência, internação e autopercepção de saúde que não são exploradas na GFI. O TFI é semelhante ao GFI no que diz respeito a alguns domínios. Quanto aos requisitos estabelecidos por Fried *et al.* (2001), comparando-os com as outras três escalas, englobam conceitos físicos e funcionais e não abrangem outros domínios psicossociais. O KCF-PT é diferente dos outros instrumentos por apresentar questões relacionadas ao estilo de vida e ao humor dos indivíduos, que se referem ao dia a dia e às vivências cotidianas do idoso (Tabela 1).

Tabela 1 - Aspectos e domínios relacionados às escalas GFI, EFE, TFI, Kihon Checklist e aos critérios de classificação de Fried (2001) para a síndrome da fragilidade em idosos. Fortaleza-CE. Brasil. 2013.

Aspectos e domínios relacionados	Groningen Frailty Indicator (GFI)	Escala de Fragilidade de Edmon-ton (EFE)	Crítérios de Fried <i>et al.</i> (2001)	Tilburg Frailty Indicator	Kihon Che-cklist
Físicos	X	X	X	X	X
Cognitivos	X	X	-	X	X
Sociais	X	X	-	X	X
Desempenho Funcional	X	X	X	X	X
Independência para as AIVD's	X	X	-	-	X
Audição	X	-	-	X	-
Visão	X	-	-	X	-
Medicamentos	X	X	-	-	-
Internação no último ano	-	X	-	-	-
Autopercepção de saúde	-	X	-	-	-
Nutrição	X	X	X	X	X
Humor	X	X	-	X	X
Continência	-	X	-	-	-

Fonte: Dados coletados pela autora (2013).

O Brasil ainda precisa avançar no que tange à identificação precoce da síndrome. Em parte, isto se deve à frágil integração das redes de atenção à saúde, à fragilidade dos sistemas de informação clínica, do controle social, dos modelos de atenção à saúde, da carência de equipes multiprofissionais bem como da sua capacitação (MENDES, 2012). Esses fatores transversalizam questões de âmbito bem maior, que envolvem

os problemas socioeconômicos, o nível educacional baixo, a centralização da renda, o descaso das autoridades com os direitos da população e a falta de dignidade humana.

Destarte, as ações voltadas para o cuidado ao idoso frágil devem ser realizadas a partir de um cuidado amplo, organizado e sistematizado, estabelecendo prioridades, conhecendo o complexo ciclo da fragilidade e seus desfechos clínicos, tendo em vista que o idoso pode evoluir para um estágio de maior fragilidade caso não seja realizada a AGA ou uma avaliação multidimensional e não sejam postas em prática as intervenções para a manutenção de sua saúde, autonomia, independência e qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão contribuiu para uma visão ampla da fragilidade a nível nacional e internacional, no que tange aos instrumentos e às avaliações para detecção, intervenções e políticas existentes. Alerta-se para a necessidade de elaboração ou adaptação de instrumentos para a realidade brasileira a fim da identificação precoce da fragilidade nos diferentes contextos da prática clínica.

Concorda-se com a relevância de não se preocupar, somente, em classificar a presença ou ausência de fragilidade, mas, sobretudo, organizar planos terapêuticos e estudar intervenções eficazes para o tratamento ou a prevenção de agravos causados pela síndrome. Por isto, se torna impreterível o aumento de pesquisas que visem ações relacionadas a terapias destinadas à fragilidade, com possibilidade de avaliação e acompanhamento na prática clínica, no intuito de contribuir

para a melhoria da qualidade de vida do idoso frágil ou em processo de fragilização.

Além disso, acredita-se que se diferencia a assistência prestada por profissionais atualizados quanto às evidências científicas disponíveis acerca dos efeitos adversos, sinais e sintomas da síndrome, daqueles que não reconhecem este complexo processo e/ou preferem entender fragilidade como resultado da senescência. Os profissionais capacitados conhecedores do processo de envelhecimento e das nuances da síndrome da fragilidade podem ser capazes de prover intervenções mais criativas, precoces, eficientes e eficazes, em combate aos danos da velhice e aos sinais e sintomas clínicos geradores da fragilidade, conduzindo melhor suas condutas conforme as necessidades de cada idoso.

REFERÊNCIAS

BORGES, C. L. **Adaptação transcultural do instrumento Groningen Frailty Indicator em idosos brasileiros**. 2014. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.413**, de 23 de março de 1998. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**: manual de preenchimento. Brasília: MS, 2008.

CHAN, D. C. D. *et al.* Validation of the Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale (CSHA-CFS) telephone version. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Netherlands, v. 50, n. 3, p. 74-80, Jun. 2010.

DANIELS, R. *et al.* The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. **BMC Public Health**, England, v. 12, n. 69, p. 1-7, Jan. 2012.

DUARTE, Y. A. O. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. **BIS, Boletim do Instituto de Saúde** [Impresso], São Paulo, n. 47, abr. 2009.

ESTABROOKS, C. A. *et al.* Toward better measures of research utilization: a collaborative study in Canada and Sweden. **Journal of Advanced Nursing**, England, v. 67, n. 8, p. 1705-1718, Apr. 2011.

FABRICIO-WEHBE, S. C. C. **Adaptação cultural e validação da Edmoton Frail Scale (EFS): escala de avaliação de fragilidade em idosos.** 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem entre a Escola de Enfermagem/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FABRICIO-WEHBE, S. C. C. *et al.* Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale - EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, dez. 2009.

FAIRHALL, N. *et al.* Treating frailty-a practical guide. **BMC Medicine**, v. 9, n. 83, p. 1-7, Jul. 2011.

FEDARKO, N. S. The biology of aging and frailty. **Clinics in Geriatric Medicine**, United States, v. 27, n. 1, p. 27-37, Feb. 2011.

FOLHA DE SÃO PAULO. O caos na saúde pública. **Folha de São Paulo**, São Paulo, v. 22, Caderno 3, nov. 1998.

FREIHEIT, E. A. *et al.* Development of a frailty index for patients with coronary artery disease. **Jornaul of the American Geriatrics Society**, United States, v. 58, n. 8, p. 1526-1531, Aug. 2010.

FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journal of Gerontology**, United States, v. 56, n. 3, p. 146-156, Mar. 2001.

FRIED, L. P. *et al.* Nonlinear multisystem physiological dysregulation associated with frailty in older women: implications for etiology and treatment. **The Journals of Gerontology**, United States, v. 64, n. 10, p. 1049-1057, Oct. 2009.

GILLICK, M. R. Long-term care options for the frail elderly. **The Journal of the American Geriatrics Society**, United States, v. 37, n. 12, p. 1198-1203, Dec. 1989.

GOBBENS, R. J. J. *et al.* The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. **The Journal of the American Medical Directors Association**, United States, v. 11, n. 5, p. 344-355, Jun. 2010.

HEBERT, R. *et al.* Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. **Age and Ageing**, England, v. 25, n. 2, p. 159-167, mar. 1996.

KARUNANANTHAN, S. *et al.* A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. **BMC Medical Research Methodology**, England, v. 9, n. 68, p. 1-11, Oct. 2009.

KIELY, D. K.; CUPPLES, A.; LIPSITZ, L. A. Validation and comparison of two frailty indexes: The Mobilize Boston Study. **Jornaul of the American Geriatrics Society**, United States, v. 57, n. 9, p. 1532-1539, Sep. 2009.

KO, F. C. Y. The Clinical Care of Frail, Older Adults. **Clinics in Geriatric Medicine**, United States, v. 27, n. 1, p. 89-100, Feb. 2011.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. **BMC Medicine**, England, v. 10, n. 4, p. 1-9, 2012.

LOPEZ, D.; FLICKER, L.; DOBSON, A. Validation of the frail scale in a cohort of older Australian women. **Journal of the American Geriatrics Society**, United States, v. 60, n. 1, p. 171-173, Jan. 2012.

MACKLAI, N. S. *et al.* Prospective association of the SHARE - operationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+community-dwelling Europeans living in 11 countries. **BMC Geriatrics**, England, v. 13, n. 3, p. 1-9, Jan. 2013.

MAIA, S. M. P. **Avaliação da política nacional de saúde da pessoa idosa na gestão Municipal de Fortaleza-Ce.** Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MARTINS, J. J. *et al.* Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice.** Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

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 Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORLEY, J. E.; MALMSTROM, T. K.; MILLER, D. K. A simple frailty questionnaire (frail) predicts outcomes in middle aged African Americans. **The journal of nutrition, health & aging**, United States, v. 16, n. 7, p. 601-608, Jul. 2012.

PETERS, L. L. *et al.* Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. **Journal of the American Medical Directors Association**, United States, v. 13, n. 6, p. 546-555, Jul. 2012.

ROBINSON, T. N. *et al.* Accumulated Frailty Characteristics Predict Postoperative Discharge Institutionalization in the Geriatric Patient J Am Coll Surg. **Journal of the American College of Surgeons**, United States, v. 213, n. 1, p 37-42, Jul. 2011.

ROCKWOOD, K. *et al.* Frailty in elderly people: an evolving concept. **Canadian Medical Association Journal**, Canadian, v. 150, n. 4, p. 489-495, Feb. 1994.

ROLFSON, D. B. *et al.* Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing**, England, v. 35, n. 5, p. 526-529, Sep. 2006.

ROMERO-ORTUNO, R. The SHARE operationalized frailty phenotype: A comparison of two approaches. **European Geriatric Medicine**, France, v. 4, n. 4, p. 255-259, Sep. 2013.

ROMERO-ORTUNO, R.; O'SHEA, D.; KENNY, R. A. The SHARE Frailty Instrument for primary care predicts incident disability in a European population-based sample. **Quality in Primary Care**, United States, v. 19, n. 5, p. 301-309, 2011.

SAMPAIO, P. Y. S. *et al.* Validation and translation of the Kihon Checklist (frailty index) into Brazilian Portuguese. **Geriatrics & Gerontology international**, Japan, Aug. 2013.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1795-1801, Sep. 2012.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, jun. 2007.

SCHUURMANS, H. *et al.* Old or frail: what tells us more? **The Journal of Gerontology**, United States, v. 59, n. 9, p. 962-965, Sep. 2004.

SOUSA, A. C. P. A. *et al.* Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Netherlands, v. 54, n. 2, p. 95-101, Apr. 2012.

STEVERINK, N. *et al.* Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). **Gerontologist**, United States, v. 41, n. 1, p. 236-237, 2001.

STONE, P. W. Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 16, n. 2, p. 197-198, Aug. 2002.

TRAVISON, T. G. *et al.* Frailty, Serum Androgens, and the CAG Repeat Polymorphism: Results from the Massachusetts Male Aging Study. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 95, n. 6, p. 2746-2754, Jun. 2010.

VAN KEMPEN, J. A. L. *et al.* Construct validity and reliability of a two-step tool for the identification of frail older people in primary care. **Journal of clinical epidemiology**, United States, v. 67, n. 2, p. 176-183, Feb. 2013.

VOZNESENSKY, M. *et al.* The association between dehydroepiandrosterone and frailty in older men and women. **Age Ageing**, United States, v. 38, n. 4, p. 401-406, Jul. 2009.

WITTE, N. *et al.* Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator. **European Geriatric Medicine**, France, v. 4, n. 4, p. 248-254, Sep. 2013.

WOODHOUSE, K. W. *et al.* Who are the frail elderly? **Quarterly Journal of Medicine**, v. 68, n. 255, p. 505-506, Jul. 1988.

XUE, Q. The Frailty Syndrome: definition and natural history. **Clinics in Geriatric Medicine**, United States, v. 27, n. 1, p. 1-15, Feb. 2011.

PARTE 4



EXPERIÊNCIAS, ACESSO E USO DE MÉTODO QUALITATIVO NAS PESQUISAS EM SAÚDE

CAPÍTULO 16

COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E PERCEPÇÃO DO AMBIENTE PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE ADULTOS JOVENS ESCOLARES

Camila Brasileiro de Araújo Silva

Leandro Araújo Carvalho

Thereza Maria Magalhães Moreira

Raquel Sampaio Florêncio

Luilma Albuquerque Gurgel

Samuel Miranda Mattos

Jair Gomes Linard

INTRODUÇÃO

Na história do desenvolvimento humano, os cientistas criaram várias teorias sobre o comportamento humano, sendo estas, muitas vezes, conflitantes por ser algo complexo. Inicialmente, acreditava-se que os comportamentos tinham natureza hereditária, ou seja, eram inatos, herdados dos pais biológicos, porém, filósofos mais evolucionistas acreditavam que estes eram “modificados” por fatores ambientais tais como estruturais, sociais e culturais (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000).

O comportamento humano é influenciado por cinco esferas: intrapessoal, interpessoal, institucional, comunitária e política (SALLIS; OWEN; FISHER, 2008). Assim, os fatores intervenientes nas mudanças do comportamento são socioculturais, oportunidades, experiências anteriores, autoestima e fatores biológicos (NAHAS, 2013).

O movimento humano enquanto comportamento tem foco no estudo da atividade física e do comportamento sedentário (BOUCHARD; BLAIR; HASKELL, 2007). O comportamento sedentário é o conjunto de atividades realizadas na posição sentada e ou deitada, incluídas atividades como assistir televisão, usar o computador, jogar videogame, falar ao telefone, estudar, dentre outras, e que apresentam um gasto energético próximo aos valores de repouso (NAHAS, 2013). Há evidências de que os problemas causados à saúde pelo comportamento sedentário são independentes da prática de atividade física. Por exemplo, mesmo que uma pessoa atinja as recomendações de atividade física, caso ela passe muito tempo sentada, sua saúde pode estar comprometida (HEALY, 2008).

Estudos têm demonstrado maior exposição ao comportamento sedentário (THORP *et al.*, 2011; PARDO *et al.*, 2011), o que pode trazer muitos prejuízos à saúde, já que existe forte associação entre tempo sentado e tempo assistindo televisão com piores marcadores de risco cardiovascular em homens e mulheres (THORP *et al.*, 2011) e o tempo sentado com a taxa de mortalidade de mulheres e homens americanos (PATEL *et al.*, 2010).

Um aspecto importante que pode auxiliar no combate ao comportamento sedentário é o fato de que jovens e adultos que vivem próximos a lugares atraentes e com facilidades para recreação se engajam mais em hábitos de vida saudáveis (POWELL; MARTIN; CHOWDHURY, 2003). Isto corrobora a ideia de que pessoas que residem a até 10 minutos da orla marítima têm 71% mais chances de ter hábitos de vida mais saudáveis do que aquelas que moram a mais de 10 minutos a pé da orla (PAZIN *et al.*, 2012).

A percepção do ambiente se refere à noção que o indivíduo tem sobre seu entorno, ou seja, como ele percebe as características do ambiente físico onde ele mora (HINO; REIS; FLORINDO, 2010). Então, perceber a existência de locais próximos à residência, como praças bem estruturadas e academias, pode modificar o nível de atividade física dos indivíduos (POWELL; MARTIN; CHOWDHURY, 2003; PAZIN *et al.*, 2012). Contudo, o estudo da percepção do ambiente e de prática de atividade física é algo ainda pouco realizado, sobretudo em países de baixa e média renda (GEBEL; BAUMAN; OWEN, 2009; VAN DYCK; CARDON; DEFORCHE, 2010), pois a maioria dos estudos disponíveis na literatura são realizados em países de alta renda (WARBURTON; NICOL; BREDIN, 2006). Assim, a possível relação entre o comporta-

mento sedentário e a percepção do ambiente para a prática de atividade física tem sido pouco estudada, sobretudo em países de baixa e média renda (VAN DYCK; CARDON; DEFORCHE, 2010).

Mundialmente, esses estudos têm sido desenvolvidos com adultos (GEBEL; BAUMAN; OWEN, 2009; VAN DYCK, CARDON; DEFORCHE, 2010). No Brasil, porém, foram encontradas pesquisas realizadas com adolescentes (LIMA *et al.*, 2013), adultos (PAZIN *et al.*, 2012) e idosos (COSTALL, 2009). No entanto, há uma lacuna de conhecimento no que tange às pesquisas realizadas com adultos jovens escolares. Assim, esta temática se torna relevante e, por isto, este público será estudado nesta pesquisa.

A partir daí, nosso objetivo foi associar o comportamento sedentário à percepção do ambiente para a prática de atividade física de adultos jovens escolares cooperando com a divulgação, desmistificação e conhecimento por parte da população e de profissionais da saúde sobre o tema.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de associação, com abordagem quantitativa no qual, havendo associação, teremos como conhecer o comportamento de uma variável observando o comportamento da outra (VOLPATO, 2015). A natureza quantitativa se caracteriza pela reunião de informações numéricas resultantes de mensuração formal, analisada por meio de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi realizado nas escolas da Secretaria Estadual de Educação do Ceará (SEDUC), de Fortaleza-Ceará-Brasil, no ano de 2014. Ressalta-se que a cidade está dividida geopoliticamente em sete Secretarias Regionais (SR), no entanto, foram consideradas para efeitos de pesquisas apenas seis (SR I, SR II, SR III, SR IV, SR V, SR VI), pois são as que apresentam escolas em seus territórios adscritos.

A população do estudo foi composta por adultos jovens escolares inseridos em alguma instituição de ensino regular básico ou Educação de Jovens Adultos (EJA) de escolas públicas da cidade. Foram considerados adultos jovens aqueles com idades compreendidas entre 20 e 24 anos de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e com o marco legal brasileiro que contextualiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no âmbito da saúde do adolescente e do jovem (BRASIL, 2007; OMS/OPAS, 2005).

Em decorrência da falta de informação sobre o número de jovens escolares matriculados na rede pública de ensino de Fortaleza, optou-se por definir a amostra com base na fórmula para populações infinitas. Nesta, para fins da estimação da prevalência do tema em tela, optou-se por realizar um estudo piloto com 100 adultos jovens escolares com as seguintes características: não exposto ao comportamento sedentário no final de semana (23,3%) e exposto ao comportamento sedentário no final de semana (76,7%). Assim, foi utilizada para o cálculo do n amostral a média das duas prevalências (50,0%), conforme evidenciado na seguinte fórmula:

$$n = \frac{z^2_{5\%} \times P \times Q}{e^2}$$

Onde:

n é a amostra; é o valor de distribuição z ao nível de significância 5% (1,96);

P é a prevalência do fenômeno (50,0%);

Q é a porcentagem complementar de P ($Q = 100 - P$);

e é o erro amostral (4%).

Com base no resultado do cálculo, chegou-se a uma amostra de 600 adultos jovens escolares, sendo acrescentado 10% referente às possíveis perdas, ficando com uma amostra de 660.

Foram incluídos no estudo adultos jovens matriculados em instituição de ensino regular básico ou EJA da rede pública da cidade de Fortaleza, com idades entre 20 e 24 anos e que concordaram em fazer parte da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os que não compareceram no dia da coleta, gestantes bem como aqueles que se locomoviam por meio de cadeiras de rodas, pois poderia comprometer os resultados do comportamento sedentário.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois questionários estruturados:

1) Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão Curta, para coletar os dados referentes ao comportamento sedentário, sendo utilizado como ponto de corte para comportamento sedentário ≥ 4 horas/dia (exposto ao comportamento sedentário) e < 4 horas/dia (não exposto ao comportamento sedentário) (REICHERT; FALCÃO, 2009);

2) questionário referente aos aspectos individuais e sociais de adultos jovens escolares, tratando de questões referentes às características sociodemográficas e econômicas em geral, como também, questões relacionadas à percepção ambiental para a prática de atividade física.

Para análise das variáveis, elas foram classificadas em dependentes e independentes, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das variáveis em dependentes e independentes.

VARIÁVEIS DEPENDENTES	
Comportamento Sedentário	≥ 4 horas/dia (exposto ao comportamento sedentário)
	< 4 horas/dia (não exposto ao comportamento sedentário)
VARIÁVEIS INDEPENDENTES	
Sóciodemográficas e Econômicas	Idade
	Sexo (feminino e masculino)
	Estado Conjugal (Solteiro, casado, união estável, separado e viúvo)
	Renda Familiar
	Raça (Branca, parda, negra, indígena e amarela)
	Possui Filhos (sim ou não)
	Ocupação (trabalho remunerado, estágio remunerado e só estuda)
Percepção Ambiental para a Prática de Atividade Física	Existência de Praças (sim ou não)
	Existência de Academia (sim ou não)
	Existência de Programa de Atividade Física (sim ou não)

Fonte: Elaboração própria

Foi feita análise bivariada (teste Qui-quadrado de Pearson, considerando nível de significância de 5%) entre o comportamento sedentário e a percepção ambiental para a prática de atividade física, além da frequência simples e relativa de todas as variáveis estudadas.

Tendo seguido as recomendações éticas, de acordo com o preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012), o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob o parecer de nº 662.105/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os resultados do teste de associação entre o comportamento sedentário e a percepção de ambiente para a prática de atividade física.

Tabela 1 – Teste de associação entre o comportamento sedentário e a percepção de ambiente para prática de atividade física – Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS		Comportamento Sedentário		p-valor
		Não Exposto		
		f (%)		
Existência de Praças	Sim	295 (62,2)	179 (37,8)	0,251
	Não	124 (67,0)	61 (33,0)	
Existência de Academia	Sim	383 (63,5)	220 (36,5)	0,986
	Não	35 (63,6)	20 (36,4)	
Existência de Programas	Sim	123 (58,6)	87 (41,4)	0,076
	Não	286 (65,7)	149 (34,3)	

Fonte: Elaboração própria

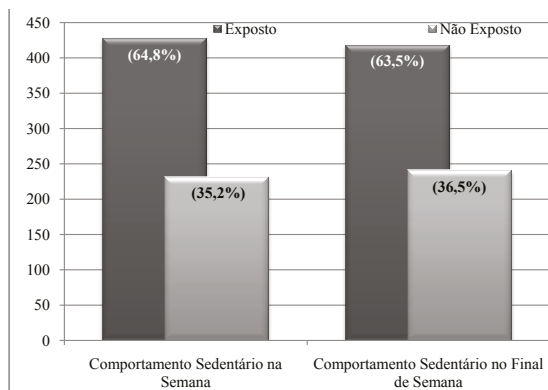
Os resultados desta pesquisa corroboram os achados de Martins *et al.* (2012), que verificaram que as características do bairro onde os adolescentes residem não se associam ao comportamento sedentário, e divergem dos que foram relatados em outros estudos que evidenciaram que adolescentes que residiam em bairros mais favoráveis à prática de atividade física despendiam menor quantidade de tempo em comportamentos sedentários (NORMAN *et al.*, 2005).

Na literatura, ainda há divergência sobre as medidas que avaliam o comportamento sedentário, por isto, é necessário cautela no estudo deste comportamento e, principalmente, de sua associação com outros fenômenos (ROSENBERG *et al.*, 2008).

São necessários mais estudos, inclusive com propostas de intervenção para expandir os achados referentes à temática, ampliando, assim, a discussão e a compreensão sobre o comportamento sedentário bem como sua possível associação com os mais diversos desfechos.

As frequências de comportamento sedentário são apresentadas no Gráfico 1 no qual se observa que a exposição ao comportamento sedentário durante a semana e final de semana foi de 64,8% e 63,5%, respectivamente.

Gráfico 1 – Frequência de comportamento sedentário de adultos jovens escolares. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015



Fonte: Elaboração própria

O excesso de comportamento sedentário é observado em diversas populações, sobretudo em populações mais jovens, como crianças (649; 76,9%) (SANTOS *et al.*, 2013) e em jovens escolares (79,8%) (SMITH-MENEZES; DUARTE; SILVA, 2012). A justificativa para tal exposição em escolares pode estar relacionada ao excesso de atividades como: assistir televisão, jogos eletrônicos e uso de computador.

Outra população também acometida pelo excesso desses comportamentos é a de adolescentes brasileiros, que apresenta prevalência de exposição ao comportamento sedentário de 40,9%, nos dias de semana, e 49,9%, nos finais de semana (TENÓRIO *et al.*, 2010), mostrando a necessidade de intervenções com o objetivo de reduzir o tempo dedicado ao comportamento sedentário na população em geral.

O comportamento sedentário é preocupante, pois existe consenso na literatura quanto ao fato de que o excesso deste comportamento está associado a maiores riscos de mortalidade (VAN DER PLOEG *et al.*, 2012), devido às diversas complicações para a saúde, como excesso de peso (TREMBLAY *et al.*, 2011), doenças cardiovasculares (KATZMARZYK *et al.*, 2009) e aumento do risco de doenças metabólicas (EDWARDSON *et al.*, 2012).

Contudo, ainda existem lacunas, no que diz respeito aos instrumentos de medida do comportamento sedentário, pois não existem instrumentos específicos para avaliar tal fenômeno no Brasil, sendo o tempo sentado um dos marcadores específicos utilizado como estratégia de avaliação. De acordo com Rosenberg *et al.* (2008), o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) apresenta boa confiabilidade (82) para o tempo sentado total (tempo sentado dia semana mais tempo sentado final de semana) e validade aceitável (33).

Vale ressaltar que, na literatura, inexistente consenso quanto ao tempo de corte para exposição ao comportamento sedentário. Estudo realizado por Reichert e Falcão (2009) utilizou o tempo de quatro horas ou mais sentados para indicativo de comportamento sedentário, no entanto, existem estudos que têm como ponto corte duas horas (SMITH-MENEZES; DUARTE; SILVA, 2012), o que identifica a necessidade de mais estudos que possibilitem a discussão sobre o impacto dos diferentes tempos despendidos com este comportamento.

A percepção do ambiente para a prática de atividade física é um tema também analisado nesta pesquisa. Observa-se que grande parte dos estudos relacionados à influência do ambien-

te sobre a prática de atividade física é baseada na percepção das pessoas (HINO; REIS; FLORINDO, 2010; FLORINDO *et al.*, 2011; SCHNEIDERI *et al.*, 2012). Medir a percepção do ambiente é simples e consiste na avaliação de como as pessoas percebem as características próximas às suas residências (HINO; REIS; FLORINDO, 2010). Para tanto, a percepção do ambiente para a prática de atividade física por adultos jovens neste estudo foi analisada por meio de três variáveis mostradas na Tabela 2, destacando-se a frequência de adultos jovens escolares que não percebem a existência de programas de atividade física.

Tabela 2 – Frequência da percepção de ambiente para prática de atividade física de adultos jovens escolares – Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS		n	%
Existência de Praças	Sim	474	71,9
	Não	185	28,1
Existência de Academias	Sim	603	91,6
	Não	55	8,4
Existência de Programas	Sim	210	32,6
	Não	435	67,4

Fonte: Elaboração própria

A percepção da existência de praças se deu em 71,9% (474) dos adultos jovens, ou seja, mais da metade deste público sabia da existência destes locais próximos de suas residências. Giehl *et al.* (2012) afirmam que estes espaços urbanos que oferecem estrutura de lazer, oportunidade para a prática de atividade física e de fácil acesso podem desempenhar papel importante nos padrões de comportamento ativo das pessoas, o que foi comprovado em estudo realizado com adolescentes,

que verificou que a distância até as instalações de lazer pode afetar o padrão de prática de atividade física e de exercícios (LIMA *et al.*, 2013).

Sobre a percepção de academias próximas de casa, quase a totalidade (603; 91,6%) afirmou morar próximo de academia. Este fator também pode ser relevante para a redução do comportamento sedentário da população, pois, em estudo realizado com adolescentes, 63,2% afirmaram residir há, pelo menos, 20 minutos de academias e apresentavam maior probabilidade de praticar atividade física de intensidade moderada a vigorosa (LIMA *et al.*, 2013).

Quando analisada a percepção dos adultos jovens sobre a presença de programas de prática de atividade física em seu bairro, constatou-se alta frequência de escolares que não percebiam a sua existência (435; 67,6%), fato preocupante, pois a existência de programas que estimulem hábitos de vida mais saudáveis como, por exemplo, programas de práticas corporais e ou atividade física é ferramenta importante para o combate ao comportamento sedentário.

Entretanto, ressalte-se não ser garantido que a percepção da não existência de programas seja sinônimo de que eles não existam. Ainda assim, estes resultados são importantes para que seja iniciada uma discussão acerca da utilização dos espaços públicos e a elaboração de políticas públicas para fortalecer ou criar programas que estimulem hábitos de vida mais saudáveis da população bem como uma maior e melhor divulgação dos programas e ações já existentes.

CONCLUSÃO

É evidente a necessidade de ações de saúde pública com o objetivo de reduzir o comportamento sedentário e ampliar a percepção para a prática de atividade física, tanto em adultos jovens escolares quanto na população em geral, mesmo não havendo associação entre elas.

Temos indícios para acreditar que a criação ou a melhor divulgação de programas e ações que estimulem hábitos de vida mais saudáveis é estratégia fundamental para que a saúde pública no Brasil reduza as desigualdades e as dificuldades de acesso a serviços públicos que diminuam o comportamento sedentário e ampliem a percepção dos indivíduos sobre as diversas possibilidades de ação e ferramentas em busca da saúde.

REFERÊNCIAS

BOUCHARD, C.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L. **Physical activity and health**. Human Kinetics Publishers, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/12**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal**: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COSTALL, E. F. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 6, p. 972-980, 2009.

EDWARDSON, C. L. *et al.* Association of sedentary behaviour with metabolic syndrome: a meta-analysis. **PloS one**, v. 7, n. 4, p. e34916, 2012.

FLORINDO, A. A. *et al.* Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Rev saúde pública**, v. 45, n. 2, p. 302-10, 2011.

GEBEL, K.; BAUMAN, A.; OWEN, N. Correlates of non-concordance between perceived and objective measures of walkability. **Ann Behav Med**, v. 37, n. 2, Apr. 2009.

GIEHLI, M. W. C. *et al.* Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 3, p. 516-525, 2012.

HEALY, G. N. *et al.* Television time and continuous metabolic risk in physically active adults. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 40, n. 4, p. 639, 2008.

HINO, A. A. F.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. Ambiente construído e atividade física: uma breve revisão dos métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 12, n. 5, p. 387-394, 2010.

KATZMARZYK, P. T. *et al.* Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. **Med Sci Sports Exerc**, v. 41, n. 5, p. 998-1005, 2009.

LIMA, A. V. *et al.* Distância percebida até as instalações de lazer e sua associação com a prática de atividade física e de exercícios em adolescentes de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. saúde pública**, v. 29, n. 8, p. 1507-1521, 2013.

MARTINS, M. D. O. *et al.* Associação entre comportamento sedentário e fatores psicossociais e ambientais em adolescentes da região nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 143-150, 2012.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6. ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NORMAN, G. J. *et al.* Psychosocial and environmental correlates of adolescent sedentary behaviors. **Pediatrics**, v. 116, n. 4, p. 908-916, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Prevenção de Doenças Crônicas**: um investimento vital. Organização Mundial da Saúde, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Brasil: McGraw Hill, 2000.

PARDO, I. M. C. G. *et al.* Prevalência de comportamento sedentário em adolescentes de escola particular de ensino fundamental. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 13, n. 4, p. 13-18, 2011.

PATEL, A. V. *et al.* Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of US adults. **American journal of epidemiology**, v. 172, n. 4, p. 419-429, 2010.

PAZIN, J. *et al.* Ambiente urbano percebido e apoio social para a atividade física no lazer e no deslocamento em adultos de Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 2, p. 100-106, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

POWELL, K. E.; MARTIN, L. M.; CHOWDHURY, P.P. Places to walk: convenience and regular physical activity. **American journal of public health**, v. 93, n. 9, p. 1519-1521, 2003.

REICHERT, F.; FALCÃO, M. C. Prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 55, n. 5, p. 523-528, 2009.

ROSENBERG, D. E. *et al.* Assessment of sedentary behavior with the International Physical Activity Questionnaire. **J Phys Act Health**, v. 1, n. 5, p. 30-44, 2008.

SALLIS, J. F.; OWEN, N.; FISHER, E. B. Ecological models of health behavior. In: _____. (Ed.). Health behavior and health education: **Theory, research, and practice**, p. 465, 2008.

SANTOS, A. *et al.* Fatores associados ao comportamento sedentário em escolares de 9-12 anos de idade. **Motriz rev. educ. fís.** (Impr.), v. 19, n. 3, supl, p. 25-34, 2013.

SCHNEIDERI, I. J. C. *et al.* Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 3, p. 516-525, 2012.

SMITH-MENEZES, A.; DUARTE, M. F. S.; SILVA, R. J. S. Inatividade física, comportamento sedentário e excesso de peso corporal associados à condição socioeconômica em jovens. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v. 26, n. 3, p. 411-418, 2012.

TENÓRIO, M. C. M. *et al.* Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. **Rev bras epide-miol**, v. 13, n. 1, p. 105-117, 2010.

THORP, A. A. *et al.* Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996–2011. **American journal of preventive medicine**, v. 41, n. 2, p. 207-215, 2011.

TREMBLAY, M. S. *et al.* Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. **Applied physiology, nutrition, and metabolism**, v. 36, n. 1, p. 59-64, 2011.

VAN DER PLOEG, H. P. *et al.* Sitting time and all-cause mortality risk in 222 497 Australian adults. **Archives of internal medicine**, v. 172, n. 6, p. 494-500, 2012.

VAN DYCK, D.; CARDON, G.; DEFORCHE, B. I. Neighborhood SES and walkability are related to physical activity behavior in Belgian adults. **Prev Med**, v. 50, n. 1, Jan. 2010.

VOLPATO, G. L. O método lógico para redação científica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 9, n. 1, 2015.

WARBURTON, D. E.; NICOL, C. W; BREDIN, S. S. Health benefits of physical activity: the evidence. **Cmaj**, v. 174, n. 6, Mar. 14, 2006.

CAPÍTULO 17

EXPERIÊNCIAS DE ADOLESCENTES COM USO DE CRACK E ATOS INFRACIONAIS: BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE

Milena Lima de Paula

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

De acordo com levantamentos brasileiros recentes sobre o uso de drogas, como a Pesquisa Nacional sobre o uso de *crack* e outras drogas (2013) realizada nas 26 capitais e no Distrito Federal (DF), 14% dos usuários de *crack* são crianças ou adolescentes com níveis de escolaridade muito baixos. Em relação à idade de início de consumo do *crack*, o levantamento nacional mostrou que a experimentação desta droga, geralmente, ocorre ainda na adolescência, por volta dos 14 anos.

Diversos estudos destacam a associação entre adolescência e o comportamento de uso de drogas e, de acordo com estas pesquisas, mudanças relacionadas à adolescência como transformações físicas e psicológicas além da busca por identificação por um grupo de pares podem contribuir para que o consumo de substâncias psicoativas ocorra como tentativa de solucionar os conflitos associados a esta faixa etária. (MENEZES, 2011; SOARES; GONCALVES; WERNER JUNIOR, 2010; CHAMBERS; TAYLOR; POTENZA, 2006).

A crença na adolescência como fator de risco pode estar associada ao fato de que, de acordo com Sanchez, Oliveira e Nappo (2005), muitos fatores de risco associados ao uso de drogas descritos pela literatura são muito semelhantes àqueles que são característicos da própria adolescência, como os conflitos psicossociais, a necessidade de integração social, a busca de autoestima e de independência familiar o que torna estes indivíduos suscetíveis ao uso de drogas pelo simples fato de estarem na adolescência.

Além disso, Campos e Silva (2009) comentam que é comum, na cultura ocidental, a construção de uma “adolescência padrão”. Desta forma, geralmente, a adolescência é vista como uma fase de crise, conflituosa e quase patológica, sendo comum o uso de substâncias psíquicas para lidar com estes conflitos.

Por outro lado, alguns estudos, associam o uso de drogas, principalmente do *crack*, à criminalidade (FRANCISQUINHO, FREITAS, 2008; GUIMARÃES *et al.*, 2008), uma vez que atribuem os crimes aos efeitos da droga como depressão, paranoia, ansiedade e fissura. Alguns estudos também associam o uso de drogas como o *crack* a um fator de risco para o cometimento de atos infracionais na adolescência (BARROS; PILLON, 2007; NARDI; JAHN; DELL'AGLIO, 2014).

Nesse sentido, há, aparentemente, uma estreita relação entre adolescência, uso de drogas e cometimento de atos infracionais. Contudo, alguns estudos têm demonstrado esforços no sentido de desconstruir esta associação simplista, por meio de uma análise mais ampla das relações existentes entre esses três elementos.

Dessa forma, alguns estudos têm destacado diferentes fatores de risco envolvidos no surgimento do comportamento de uso de drogas como as relações estabelecidas pelos adolescentes em diferentes contextos como familiar, educacional, de amizade, dentre outros (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010). Assim, apenas as características relativas às mudanças vivenciadas na adolescência não dão conta de explicar o uso de drogas.

Pereira e Sudbrack (2008) alertam que as relações existentes entre o uso de *crack* e a realização de atos infracionais são complexas, assim, ao se relacionar o *crack* à delinquência,

devem ser consideradas diferentes dimensões deste fenômeno, uma vez que elas se conectam entre si e surgem de acordo com a dinâmica das relações dos adolescentes no seu contexto sociofamiliar mais amplo. Deste modo, o autor ressalta que o contexto de severas vulnerabilidades e exclusão social, que geralmente acompanham o usuário de *crack*, contribui para a construção de diferentes significados para o uso de drogas e o cometimento de atos infracionais.

Contudo, no cotidiano dos serviços de saúde ainda permanece uma visão bastante estigmatizada dos usuários de *crack*, haja vista que ainda se observa a crença em uma relação causal entre uso de *crack* e violência. Esta situação foi observada no estudo de Paula *et al.* (2014) e, de acordo com sua pesquisa, os profissionais de um serviço de saúde relacionado à atenção primária raramente abordavam o assunto drogas com os usuários, pois temiam sofrer algum tipo de violência, receio que foi acompanhado pela crença de que o uso do *crack* provoca comportamentos delinquentes e agressivos, como roubos, assaltos e homicídios.

O mesmo estudo também revelou que os profissionais do serviço se sentiam pouco capacitados para trabalhar a questão do uso de drogas, portanto, o cuidado ao usuário de drogas era voltado apenas aos tratamentos dos sintomas físicos, visando à estabilização dos pacientes. Tendo em vista as dificuldades relacionadas a capacitações sobre o assunto, os conhecimentos sobre o uso de drogas, segundo os próprios profissionais, como os agentes comunitários de saúde, provinham de programas policiais.

Em parte, a construção da relação de causa e efeito entre o consumo de drogas, principalmente do *crack*, e o cometimento de crimes pode ser atribuída a veículos de comunicação em massa os quais mostram, frequentemente, narrativas que apresentam o uso de drogas como a causa do cometimento de atos cruéis de transgressão e delinquência, silenciando discussões mais ampliadas sobre a dimensão socioeconômica, política, jurídica, clínica e cultural que estão implicados na questão do *crack* e outras drogas (MEDEIROS, 2014).

Assim, percebe-se que o compartilhamento de informações associadas a ideias preconceituosas sobre o assunto, baseadas em análises de partes isoladas sobre o fenômeno e que desconsidera as relações sociais envolvidas no problema, adquire desdobramentos importantes para a assistência ao usuário de *crack*, na medida em que dificulta a abordagem do problema em diversos serviços, ocasionando dificuldades de acesso de usuários de drogas à saúde.

Romanini e Roso (2012), ao analisarem reportagens veiculadas em um jornal de grande circulação do Estado do Rio Grande do Sul, ressaltam a importância do trabalho da mídia de divulgar e alertar a população para este grave problema, contudo, ressaltam que diversas estratégias ideológicas identificadas ao longo das reportagens obscurecem significados importantes para a compreensão do fenômeno, fato que contribui para a manutenção de processos de exclusão que prejudicam o acesso ao direito à saúde das pessoas ou grupos excluídos.

De forma literal, acesso à saúde pode ser definido como o ato de chegar, ingressar, entrar, aproximar e alcançar serviços de saúde e, neste sentido, tudo o que atrapalhar esta chegada ao serviço de saúde, pode ser visto como dificuldade no acesso à saúde (ASSIS *et al.*, 2010).

No caso em estudo, o receio da equipe em relação ao usuário de drogas dificulta o acesso destes sujeitos a serviços de saúde, pois, ao temerem ser estigmatizados pelos profissionais de saúde, muitas vezes, os usuários sequer buscam tratamento. Deste modo, este problema se configura como uma barreira subjetiva para o acesso à saúde (FONTANELLA; TURATO, 2002).

O acesso pode ser ainda mais difícil quando o abuso de *crack* ocorre na adolescência, haja vista que as políticas públicas não estabelecem orientações claras sobre serviços específicos relacionados a adolescentes usuários de drogas. De acordo com Raupp e Milnitsky-Sapiro (2005), as políticas que regulamentam a área de tratamento relacionado às drogas destinados a adolescentes fazem apenas a alusão de que estes sujeitos devem se adequar ao tratamento realizado, preferencialmente, em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).

Além disso, as diretrizes oficiais específicas sobre como deve ser o atendimento não demonstram clareza sobre qual diferenciação deve haver nos CAPS ad para o cuidado ao adolescente, já que o público alvo da instituição abrange indivíduos de 12 a 80 anos (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

Dentre as políticas voltadas para a atenção ao adolescente, o ECA (1990) é fundamental, pois estabelece os direitos dos adolescentes de receber atendimentos em diferentes locais, desde que este atendimento respeite a sua condição peculiar de sujeito em desenvolvimento. Por outro lado, a política de “Atenção Integral ao Usuário de álcool e outras drogas” estabelece a importância de um trabalho em rede, visando proporcionar uma atenção integral a partir da intersetorialidade (RAUPP; COSTA, 2006).

Diante do exposto, considerando escassa a produção científica que contemple as contribuições das experiências desses adolescentes com os atos infracionais, percebe-se uma lacuna no conhecimento, visto que outros estudos podem fornecer subsídios científicos que busquem desconstruir ideias preconceituosas relacionadas aos usuários de crack baseadas em análises que não abrangem as relações sociais. Deste modo, o estudo buscou analisar as experiências dos adolescentes em situação de uso de *crack* com atos infracionais, considerando as complexas relações sociais envolvidas na questão buscando contribuir para a diminuição das barreiras no acesso à saúde.

MÉTODOS

Neste estudo, optou-se pela investigação qualitativa, pois, de acordo com Minayo (2010), esta metodologia é o principal recurso no campo das teorias sociais, pois se comporta como o caminho de abordagem da realidade, portanto, é indispensável para a construção do conhecimento no campo das ciências sociais.

O estudo buscou, ainda, entender (analisar) o fenômeno social 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, 2010).

No sentido de demonstrar tais relações, utilizou-se a entrevista em profundidade, com pergunta disparadora, de caráter concreto, factual e relacionada às experiências coti-

dianas dos adolescentes e familiares (MINAYO, 2008). Gradativamente, outras perguntas, que envolviam reflexões mais abstratas e julgamentos, foram acrescentadas a fim de ir além da espontaneidade em direção ao que, por várias razões, não é comumente relatado (SILVA, 2005).

Após a explicação do objetivo da investigação e a obtenção da permissão dos interlocutores para gravar, lançou-se a pergunta disparadora sobre a busca dos adolescentes em uso de *crack* pelo cuidado. Após o início da narração, não houve qualquer interrupção e as narrativas duraram em média 25 min.

Inicialmente, buscou-se os 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 (CAPS i) existentes no município.

Desse modo, os *loci* da pesquisa foram um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas que acompanha adolescentes por meio de atendimento individual e em grupo denominado de redução de danos, e um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil. Conforme o objeto deste estudo, elegeu-se adolescentes que compareciam aos atendimentos no CAPS ad ou no CAPS i.

As narrativas sobre as experiências dos adolescentes usuários de *crack* presentes neste estudo emergiram das experiências e vivências de nove interlocutores: cinco adolescentes de 10–19 anos que realizavam acompanhamento ou que compareceram, pelo menos uma vez, ao CAPS ad/CAPS i devido ao uso de *crack* e quatro familiares ou responsáveis; pessoas que acompanhavam o adolescente ou por ele eram responsáveis,

sendo membros de sua família ou não, não necessitando de laços consanguíneos. Este quantitativo se deu à medida que se coletava e se analisava o fenômeno, pois havia a compreensão e o aprofundamento das questões levantadas.

Para a organização do material empírico, utilizou-se os passos de Minayo, retraduzidos por Assis e Jorge (2010), que consistem em: tratamento do material; ordenação, classificação e análise final.

Durante a etapa da ordenação, é realizado um mapeamento horizontal do material empírico. A fase de classificação permite a construção dos dados empíricos que embasarão as discussões. Na análise final, é enfatizado, principalmente, o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações sociais, buscando-se, assim, contextualizar os resultados da pesquisa com a produção bibliográfica (ASSIS; JORGE, 2010).

Ressalta-se que os diálogos aconteceram dos meses de janeiro a agosto de 2013, após envio do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, que o avaliou conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e lhe forneceu parecer favorável de nº 10724251-6. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, os trechos das narrativas transcritos foram identificados por nomes fictícios e, no caso dos familiares, acrescentou-se o pronome de tratamento abreviado (Sr. ou Sra.).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do depoimento dos familiares e adolescentes, observa-se que os usuários desta pesquisa faziam uso de múltiplas drogas, sendo maconha, cocaína, *crack* e benzodiazepínicos as substâncias mais utilizadas, o álcool também foi consumido em associação com algumas destas drogas.

Quanto ao início do consumo, percebe-se que ocorreu ainda nos primeiros anos da adolescência, com destaque para a faixa-etária 11–13 anos, no entanto, foi identificado um caso em que o adolescente iniciou o uso com sete anos de idade.

Foi quando eu fui pra rua, né, que meu pai morreu, aí, depois que meu pai morreu, aí eu comecei a usar droga, comecei a fazer maldade, comecei a fazer besteira. Comecei a usar drogas com 13 anos... Eu usava maconha, cheirava cocaína, fazia um bocado de besteira... O crack também eu usava (u3).

Quando eu comecei a usar droga, eu comecei a usar com 11 ano... Não, pedra não, os outros diz que é a mesma coisa, mas eu usei mais o mesclado que é a pedra com a maconha, aí, eu fumava mesclado, cheirava pó, tomava roupinol (u10).

Os resultados corroboram com a pesquisa de Sengik e Scortegagna (2008) que apontou que os participantes examinados iniciaram o uso de drogas com idades entre 12 e 15 anos, e que buscou investigar a prevalência do consumo de drogas em adolescentes de escolas públicas e particulares no Rio Grande do Sul.

Quanto à substância de uso inicial, houve divergência nos relatos, no entanto, a maconha foi a substância mais citada como primeira droga utilizada; em seguida, os usuários experimentaram cocaína e depois o *crack*. No entanto, outros tipos de entorpecentes também foram mencionados como primeira opção, como solventes e outras sequências de uso de drogas também foram descritas. Contudo, normalmente antes de utilizar o *crack*, os adolescentes já consumiam outras substâncias ilícitas que eles consideraram mais leves.

[...] a única química, droga que eu usava era a maconha, aí, depois eu comecei a cheirar cocaína com meu irmão e eu.... eu comecei a me viciar em cocaína legal mesmo, aí nessa brincadeira eu fui até os 15 anos, depois comecei a usar o crack (u11).

[...] eu comecei a fumar maconha, maconha, maconha aí depois comecei a tomar aqueles comprimidos, rivotril, aí depois isso não estava mais me sustentando, não estava mais me satisfazendo aí eu comecei a cheirar loló, laça perfume aí eu passei pro mesclado que é a maconha e a pedra, aí não me satisfez também a pedra (u6).

Contudo, ficou implícito nos relatos dos adolescentes e das famílias que o termo droga se refere a substâncias ilícitas e não a substâncias lícitas como álcool e cigarros, como se percebe a partir do relato do familiar abaixo.

Que eu saiba não tem mais ninguém que usa droga lá em casa... meu filho esse que morreu, não usava droga não, meu filho né, ele morreu de cirrose por bebida, bebia muito (f1).

Dessa forma, os resultados convergem com o estudo de Bernardy e Oliveira (2010) que, ao analisarem as crenças que os pais possuem sobre o uso de drogas, encontraram que muitos não consideram o álcool uma droga perigosa, por isto, a substância faz parte do cotidiano de várias famílias e está presente, principalmente, nos momentos de lazer do fim de semana.

A maconha, neste estudo, foi a substância mais utilizada pelos adolescentes e, apesar da crença nos efeitos positivos relacionados a ela, alguns adolescentes afirmaram estar em situação de abuso. Já o *crack* também esteve relacionado ao abuso, porém, na maioria dos depoimentos, foi citado como uma substância que os usuários experimentaram, usaram por um tempo e depois interromperam o uso. Portanto, os adolescentes não se consideravam “viciados” em *crack*:

O crack também eu cheguei a usar, mas não me aviciei, sou viciado em maconha, mas quero deixar (u3).

[...] aí eu passei pro mesclado que é a maconha e a pedra, aí não me satisfiz também a pedra, aí eu comecei a usar a pedra, mas não cheguei a me aviciar porque minha mãe caiu em cima aí foi na época que eu caí aqui (u6).

Assim, percebe-se que o uso de *crack* nem sempre está relacionado à situação de abuso, sendo possível o uso ocasional desta substância, contrariando a crença comumente partilhada de que o *crack* causa a dependência desde a primeira utilização. Para Garcia *et al.* (2012), é possível caracterizar, mesmo os usuários de *crack* como dependentes ou não. Segundo o autor, o conceito de dependência tem sido problematizado no meio científico que discute sobre a necessidade de diferenciar o uso recreativo do abuso. Assim, não há como estabelecer uma relação de linearidade entre uso de *crack* e dependência, mas, sim, levar em conta a existência de categorias de uso: recreativo e abusivo.

É importante, no entanto, ressaltar que os adolescentes envolvidos no estudo, embora já tenham feito uso de *crack*, não estavam em situação de abuso em relação a esta droga, que muitos já nem utilizavam mais esta substância, apesar de utilizarem outras drogas como a maconha e benzodiazepínicos.

Sobre a motivação para o cometimento de atos infracionais, a partir dos relatos dos adolescentes, compreende-se que há uma relação entre o uso de drogas, principalmente do *crack*, e a realização de práticas ilícitas, pois os usuários justificam a prática de assaltos, tráfico e assassinato para a obtenção de dinheiro para satisfazer seu desejo de usar a droga. Contudo, os adolescentes relataram atos infracionais antes do início do uso de *crack* e após interromper o uso.

Observa-se, portanto, através do relato dos adolescentes, a relação entre o uso de *crack* e a prática de atos infracionais, a partir de duas explicações: uma das explicações sugere que os efeitos da droga ocasionam o ato ilícito, como se percebe a partir do relato abaixo:

O crack dava fissura de roubar, aí eu fumava uma aqui e dava logo uma fissura de roubar, não dava vontade de matar, mas roubar dava, dava vontade de fazer tudo quando começava a fumar, fumar mais... Era quando eu tava na fissura eu, eu não tinha dinheiro pra comprar, aí eu roubei, aí eu fui pego (u7).

Uma segunda explicação está relacionada ao fato de que os atos acontecem para a manutenção do uso, como se percebe a partir do relato abaixo:

[...] aí depois eu conheci o crack e foi quando eu me desgraçei mais... o cara usa e acaba o dinheiro acaba a droga, não tem de onde tirar, não trabalha, o cara vai fazer o que, ele vai roubar (u2).

A partir do discurso acima, entende-se que os usuários não têm controle do seu comportamento, pois, quando se trata de satisfazer o desejo de usar *crack*, de acordo com este pensamento, o sujeito é capaz de tudo, até mesmo de roubar

para conseguir utilizar a substância. O desejo compulsivo de usar a substância é denominado de fissura e também ocasiona manifestações de ansiedade e agitação. No entanto, este termo não deve ser confundido com a abstinência, que é o aparecimento de sintomas devido à interrupção do uso. O conceito de fissura ainda é ambíguo e impreciso, mas pressupõe a perda da autonomia e da responsabilidade do usuário (SAPORI, 2010).

De acordo com Pereira e Sudbrack (2008), a droga também pode representar uma justificativa para o cometimento de delitos em que o sujeito, ao colocar a culpa na droga, ao atribuir o ato infracional ao efeito das drogas, se isenta de responsabilidades pelo feito e, neste caso, a substância pode ser vista como uma boa forma de se defender perante a justiça e as famílias.

Nesse sentido, é preciso destacar as relações que o sujeito estabelece com ela. Segundo Barros (2010), quando se discute sobre o uso de droga, na realidade, aborda-se a relação do usuário com a droga. O autor também critica a personificação da droga, argumentando que as drogas não saem por aí à procura dos usuários nem realizando roubos. Neste sentido, há de se considerar a relação entre a droga, o organismo e o ambiente sociocultural, como fator motivacional para os sujeitos iniciarem o uso e cometerem atos infracionais.

Portanto, reforçando a ideia de que o uso de droga não é o único responsável pela violência, observou-se, através do depoimento dos adolescentes, que alguns já praticavam roubos antes mesmo de iniciarem o uso de drogas. Ademais, identificou-se outros motivos relacionados a práticas ilícitas:

[...] quando eu não usava droga, trabalhei assim de, como é, aquele negócio de, de entregador, numa bodega, trabalhava numa bodegazinha de entregador, eu já tinha esse instintozinho de roubar antes mesmo de usar a droga que eu não vou mentir. Eu costumava roubar (u2).

[...] pra mim roubar não tem a ver com droga não, eu roubava só pra se vestir mesmo, só por brincadeira mesmo... brincadeira, só pra eu me divertir, aí eu vou e compro roupa com o dinheiro (u10).

O apelo ao consumismo também está associado ao envolvimento com atos infracionais, pois, ao serem impedidos de ter acesso aos diferentes bens de consumo, os adolescentes buscam outros meios de garantir os seus objetivos. Nesta perspectiva, o incentivo ao consumo desenfreado está relacionado à busca de alívio para a ansiedade e à fuga de preocupações, além de proporcionar reconhecimento social (RAUPP; ADORNO, 2011).

Partilhando dessa ideia, Silveira e Silveira (1999) discutem que, na contemporaneidade, a busca pelo prazer e satisfação imediata são valores cultivados na sociedade e, neste contexto, o consumo de substâncias psicoativas cumpre um papel social importante, pois é o principal meio para a obtenção de *status* e poder.

Os fatores que contribuem para a ascensão de valores voltados para a competitividade, individualismo, estética e

consumo advêm das transformações científicas e tecnológicas em conjunto com o modelo capitalista vigente na sociedade brasileira. Nesta perspectiva, Sousa, Kantorski e Mielke (2006) discutem que o consumo de drogas também está relacionado a este contexto de busca de prazer rápido.

O apelo ao consumo também teve relação com o início do tráfico, pois os adolescentes relataram que passaram a vender substâncias ilícitas para manter o próprio consumo bem como ter acesso a bens materiais de alto custo. Ademais, foi percebido, durante as narrativas de histórias envolvendo armas de fogo e atos infracionais, um sentimento de orgulho nos usuários por já terem realizado este tipo de atividade.

Assim, o cometimento de atos ilícitos está relacionado à busca de uma identidade social, por parte de jovens que residem em comunidades carentes. Tais adolescentes, diante de sua invisibilidade social, encontram no mundo do crime uma forma de ascender socialmente e alcançar *status*, mesmo que seja pela imposição do medo, pois, ao assumir o papel de bandido, o jovem também é notado pelo seu meio como um sujeito (ATHAYDE; BILL; SOARES, 2005).

Em relação ao cometimento de assassinatos, os adolescentes relatam que cometeram esta atitude criminosa por ordens de traficantes mais influentes, pois, caso não realizassem aquilo que lhes foi delegado, seriam punidos com a morte. Deste modo, percebe-se que o tráfico possui regras rígidas:

Isso aí foi na época que eu comecei a usar droga né, aí tinha um traficante que ele gostava muito de mim, gostava muito de mim, aí ele me emprestou a arma, aí eu fui e fiz essa besteira mas eu não queria, eu não queria fazer essa besteira, parecia o cão assim me levando, assim o cão dentro de mim assim me levando pra mim fazer, mas eu não queria... Ele [o traficante] falou né, que era pra mim matar ele porque se eu não matasse ele ia acabar me matando (u3).

É do tráfico, mas só que esse negócio aí desse cara que eu matei foi porque ele roubou dentro da favela, ele roubou a irmã de um traficante que era o comandante lá da favela lá, aí ele mandou matar ele, aí eu fui e matei eu, quando ele apareceu lá na favela lá pra comprar pedra aí eu dei altas facadas nele e rebolei ele no rio, aí no outro dia acharam o corpo dele, aí não sei mais nada não (u10).

Adolescentes que trabalham para o tráfico, geralmente, passam a ter rápido acesso aos bens de consumo, todavia estão submetidos a rotinas severas, convivem com o constante medo de cometerem falhas ou de serem sabotados pelos outros integrantes do tráfico e, conseqüentemente, serem torturados ou mortos. Além disto, muitas vezes, o traficante importante é quem recebe mais dinheiro e mais regalias e, neste caso, os adolescentes desfrutam apenas de uma pequena parte dos lucros (MEIRELLES; GOMEZ, 2009).

As experiências com atos infracionais relatadas acima, podem estar relacionadas ao receio de muitos profissionais que trabalham em serviços de saúde que contemplam demandas relacionadas ao uso de drogas, como o CAPS infantil, que tem como foco de atuação a população infanto-juvenil em sofrimento psíquico intenso. Os princípios que norteiam este serviço estão de acordo com a Reforma Psiquiátrica, mas, também, com o ECA. Trata-se, então, de um dispositivo biopsicossocial voltado a demandas de crianças e adolescentes (DOMBI-BARBOSA *et al.*, 2009).

Durante observações realizadas no local, alguns profissionais relataram que desejariam não atender jovens com problemas com drogas e, deste modo, o cuidado a estes usuários ficava centrado em apenas um profissional, que realizava todas as intervenções relacionadas a este público, porém, diante das diferentes demandas envolvidas no problema, o único profissional envolvido no atendimento aos usuários não conseguia dar conta.

Assim, observa-se as dificuldades de acesso à saúde para o usuário de drogas, uma vez que os adolescentes percebem o receio dos profissionais ao realizarem o atendimento: “*Não gosto de ir falar com doutor* [referência a um profissional de saúde] não, porque parece que está é com medo de mim, do que posso fazer”.

Por outro lado, a institucionalização no Centro Educacional possibilita o encaminhamento para serviços de saúde realizados por diferentes profissionais que lá trabalham como psicólogos. Os encaminhamentos são realizados com base no ECA (2010), pois o acesso do adolescente à saúde é considerado pelo estatuto como direito universal.

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 esta instituição ocorre a partir do cometimento de ato infracional realizado mediante grave ameaça ou violência a pessoas, por reincidência, no cometimento de outras infrações graves e por descumprimento de outras medidas. Além disto, a determinação desta medida pressupõe a existência de provas suficientes de autoria e materialidade da infração (BRASIL, 2010).

No entanto, o encaminhamento não é imposto pelos profissionais do Centro Educacional, ocorrendo a partir de uma conversa com o adolescente mediante o seu interesse e consentimento. Na ocasião, os profissionais, geralmente, esclarecem como será a terapêutica à qual os adolescentes terão acesso.

Desse modo, percebe-se que, neste caso, o cometimento de atos infracionais está relacionado a oportunidades de acesso à saúde, pois, frequentemente, os adolescentes, juntamente com as famílias, enfrentam muitas dificuldades para conseguir alguma terapêutica relacionada ao abuso de drogas.

Nesse contexto, muitas vezes, o adolescente tem acesso ao tratamento apenas quando realiza algum ato infracional, assim, o encaminhamento para um tratamento pode ser visto como uma punição, mas, também, pode ser a única forma de acessar uma terapêutica.

Diante do exposto, as experiências dos adolescentes com atos infracionais, ao serem interpretadas pelos profissionais de saúde de forma simplista, podem dificultar o acesso desta população à saúde, mas, por outro lado, também proporcionam

acesso por meio de encaminhamentos realizados pelas equipes socioeducacionais. Contudo, quando o encaminhamento é realizado a partir de alguma medida socioeducativa isto não significa que o adolescente, de fato, deseja realizar alguma modificação em relação ao comportamento de usar drogas, pois, muitas vezes, ele aceita o encaminhamento a serviços de saúde por acreditar que o tratamento trará algum benefício em relação ao cumprimento da medida, como a diminuição do tempo de privação de liberdade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Adolescentes que utilizam *crack*, muitas vezes, vivenciam situações relacionadas ao cometimento de atos infracionais e, conseqüentemente, também experienciam o cumprimento de medidas socioeducativas em instituições de privação de liberdade.

Embora haja uma relação entre uso de drogas e atos infracionais, isto não significa que estes comportamentos se relacionam por meio de causa e efeito, visto que as relações envolvidas na problemática são complexas e não podem ser explicadas por meio de avaliações simplistas. Desse modo, deve ser considerado, na análise destes comportamentos, o contexto social desses sujeitos, permeado por situações de exclusão social, uma vez que situações de vulnerabilidades têm um papel importante na construção de significados atribuídos ao comportamento de utilização de drogas e atos infracionais. No entanto, muitos profissionais dos serviços de saúde ainda acreditam na

existência de uma relação simplista entre uso de drogas e atos infracionais, acabando por estigmatizar os usuários, dificultando o acesso de adolescentes em situação de abuso de drogas aos serviços de saúde.

Por outro lado, o cometimento de atos infracionais pode facilitar o acesso dos adolescentes usuários de drogas a diversas terapêuticas relacionadas à saúde, visto que, diante das dificuldades enfrentadas pelos adolescentes para acessar os tratamentos relacionados ao abuso de drogas, muitas vezes, as oportunidades surgem a partir de encaminhamentos realizados por equipes das medidas socioeducativas.

Contudo, o adolescente que cumpre medida socioeducativa nem sempre está interessado em modificar suas relações estabelecidas com a droga, uma vez que aceitam o encaminhamento interessados em algum tipo de benefício ao demonstrar “bom comportamento” como o abrandamento da medida socioeducativa imposta.

Diante do exposto, há a necessidade de análise das complexas relações envolvidas no problema, caso contrário permanecerão as dificuldades de os adolescentes acessarem a saúde bem como de se manterem em terapêuticas voltadas ao abuso de drogas.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. *et al.* **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos em 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: UEFS, 2010. p. 139-159.

ATHAYDE, C. S.; BILL, M. V. SOARES, L. E. **Cabeça de porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005. p. 215.

BARROS, M. A. de; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas no PSF. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 261-266, abr./jun. 2007.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. de. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 1, mar. 2010.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CAMPOS, M. T. A.; SILVA, R. C. Por que precisamos definir uma adolescência? In: LYRA, J. *et al.* **Juventude, mobilização social e saúde**: interlocuções com políticas públicas. Recife: Instituto PAPAÍ/MAB/Canto jovem, 2009.

CANAVEZ, M. F.; ALVES, A. R.; CANAVEZ, L. S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. **Cadernos UNIFOA**, n. 14, dez. 2010.

CEBRID. VI levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes públicas e privada de ensino em 27 capitais brasileiras, 2010.

CHAMBERS, R. A.; TAYLOR, J. R.; POTENZA, M. N. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of vulnerability. **Am J Psychiatry**, v. 160, n. 6, p. 1041-1052, 2003.

DOMBI-BARBOSA, C. *et al.* Conduas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis (CAPSI) do estado de São Paulo. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, ago. 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 15, p. 439-447, 2002.

FRANCISQUINHO, S.; FREITAS, S. P. de. **A influência das drogas na criminalidade**. Monografia. UEL – Universidade Estadual de Londrina, 2008.

GARCIA, E. L. *et al.* (Re)conhecendo o perfil do usuário de *crack* de Santa Cruz do Sul. **Barbarói**, v. 36, ed. esp., p. 83-95, jan./jun. 2012.

GUIMARÃES, C. F. *et al.* Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 30, n. 2, p. 101-108, ago. 2008.

NARDI, F. L.; JAHN, G. M.; DELL'AGLIO, D. D. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v. 20, n. 1, 2014.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do *crack* e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saude soc.**, v. 23, n. 1, p. 105-117, mar. 2014.

MEIRELLES, Z. V.; GOMEZ, C. M. Rompendo com a criminalidade: saída de jovens do tráfico de drogas em favelas na cidade do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 5, dez. 2009.

MENEZES, S. Adolescência X droga. **Revista Catharsis – artigos Ponto de Vista**, 2011.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 9-29.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAULA, M. L. *et al.* Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, jun. 2014.

PEREIRA, S. E. F. N.; SUDBRACK, M. F. O. Drogadição e atos infracionais na voz do adolescente em conflito com a lei. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 24, n. 2, p. 151-159, Jun. 2008.

RAUPP, L. M.; COSTA, J. M. O eca e as práticas de atendimento à drogadição na adolescência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 1., 2006, **Proceedings online...** Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2006.

RAUPP, L.; ADORNO, R. de C. F. Circuitos de uso de *crack* na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, maio 2011.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 60-68, maio/ago. 2005.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e *crack*: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicol. cienc. prof.**, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005.

SAPORI, L. F. **A problemática do crack na sociedade brasileira**: os impactos do *crack* na saúde pública e na segurança pública. Curso de Ciências Sociais da PUC Minas e coordenador do CEPESP – Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC, 2010.

SENGIK, A. S.; SCORTEGAGNA, S. A. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. **Psic**, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2008.

SILVA, A. L. Ensaio em saúde coletiva: entrevista em profundidade como técnica de pesquisa qualitativa em saúde coletiva. **Saúde Coletiva**, v. 2, n. 7, p. 71, 2005.

SILVEIRA, X. da S.; SILVEIRA, E. D. A família e as drogas. In: SELDL, E. M. F; COSTA, L. F; SUDBRACK, M. de F. O. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: diga sim à vida. Brasília: Secretaria Nacional Anti-drogas/Universidade de Brasília, 1999. p. 69-78.

SOARES, H. L. R.; GONCALVES, H. C. B.; WERNER JUNIOR, J. Cérebro e o uso de drogas na infância e adolescência. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 639, dez. 2010.

SOUSA, J. de; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 2, n. 1, 1-17, 2006.

CAPÍTULO 18

ANÁLISE DE CONTEÚDO DE BARDIN: DAS DIMENSÕES METODOLÓGICAS À UTILIZAÇÃO NAS PESQUISAS DA ÁREA DA SAÚDE

Maria Salete Bessa Jorge

Luilma Albuquerque Gurgel

Fernando Sérgio de Souza

Ana Paula C. Brilhante

Consuelo Helena Aires de Freitas

Este capítulo pretende abordar a Análise de Conteúdo de Bardin enquanto método com técnicas de análise amplamente utilizadas nas pesquisas na área da saúde, desde a graduação à pós-graduação. O aprofundamento na sua utilização vai ocorrendo à medida que nós pesquisadores vamos estudando, experienciando a aplicação do método e suas técnicas.

A obra consiste em “um verdadeiro manual claro, um guia” (BARDIN, 2011, p. 16) concreto e operacional do método da Análise de Conteúdo, que pode ser utilizado em várias áreas e seus campos de saberes, como na Psicologia, Sociologia, Psicanálise, História, Jornalismo, Saúde e Educação, por se tratar de método com técnicas de abrangência que trabalha com “mensagens”, enfim com a “comunicação”. “Laurence Bardin, professora assistente de psicologia na Universidade de Paris V, aplicou as técnicas da Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e no estudo das comunicações de massas” .

O método conta com a linguística e técnicas documentais, apesar de construir para si um campo próprio de investigação. O objeto da linguística é a língua, no que se refere ao seu uso coletivo e virtual (como possibilidades de uso) da linguagem; já a Análise de Conteúdo tem como objeto a palavra, no que se refere ao aspecto individual e atual (em ação) da linguagem (FARAGO; FOFONCA, 2009).

Na história, vemos que “seu berço foi nos Estados Unidos marcado como um instrumento de análise das comunicações” (BARDIN, 2011, p. 19); no contexto dos anos 1940 a 1950 foi definida como “uma técnica de investigação, que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (BARDIN, 2011, p. 24).

A autora reflete sobre a história da Análise de Conteúdo até os dias atuais se reportando à contribuição deste método nos diversos campos do conhecimento e expressa que, neste crescimento quantitativo e na diversificação qualitativa dos estudos empíricos apoiados na utilização de uma das técnicas de Análise de Conteúdo, têm sido abusivas as aplicações sob a designação genérica de uma prática que funciona há mais de meio século (BARDIN, 2011).

Então, “o que é passível de interpretação?” Bardin (2011, p. 20) nos responde que: “mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com um duplo sentido cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou de uma intuição carismática”. Por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar.

Hoje, a Análise de Conteúdo é definida como “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados” (BARDIN, 2011, p. 15) e que pode ser aplicada tanto na pesquisa qualitativa como na quantitativa.

DIMENSÕES METODOLÓGICAS

Assis e Jorge afirmam que:

[...] não há um método ideal, no entanto ao optarmos por este ou a que método de análise, é preciso ter claro os seus limites e potencialidades, pois ao recortarmos uma realidade para ser estudada, já estamos delimitando as possibilidades de análise que serão construídas, desde a escolha do objeto até o resultado final do trabalho. (2010, p. 157).

Para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, o método aponta como ponto de partida uma organização. Então, passaremos a descrever o método segundo Bardin (2011, p. 126).

No campo da saúde, temos tido vasta utilização da Análise Categorical e da Análise de Enunciação para trabalhos de dissertações e teses, dado serem técnicas que partem da análise categorial temática para um maior aprofundamento em busca dos significados.

ANÁLISE CATEGORIAL TEMÁTICA

Fazer uma análise categorial consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem determinada mensagem para a contagem de frequência das unidades de significação.

Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no conteúdo de uma comunicação: presença ou frequência significa alguma coisa para o objetivo analítico.

O tema é a unidade de significação, que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

A Organização da Análise se constitui de três fases: 1. a pré-análise; 2. a exploração do material; e, por fim, a fase 3. o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BAR-DIN, 2011, p. 126).

A **Pré-Análise** consiste na escolha dos documentos a serem analisados.

E é realizada por meio da retomada dos objetivos iniciais da pesquisa frente ao material coletado; da leitura flutuante do conjunto de comunicações; e da constituição de um *corpus* que é a organização do material a responder: a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A exaustividade consiste em atentar para esgotar a totalidade da comunicação; a repre-

sentatividade visa a busca dos documentos selecionados que devem conter informações que representem o universo a ser pesquisado; a homogeneidade diz respeito aos dados que devem referir-se ao mesmo tema, e a pertinência dos documentos indica que estes devem ser condizentes aos objetivos da pesquisa (BARDIN, 2011, p. 126-130).

A Fase da **Exploração do Material** é a exploração do conteúdo.

É a fase mais longa e consiste na operação de **codificação**, em que se realiza na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Posteriormente, faz-se uma **decomposição**, que são os recortes e agregação em unidades: **unidade de registro** (palavra-chave ou frase, na decomposição do conjunto de mensagens) e **unidade de contexto** (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro) (BARDIN, 2011, p. 134-137).

Em seguida, é realizada a **categorização** é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida,

por reagrupamento segundo gênero (analogia), com critérios previamente definidos (BARDIN, 2011, p. 147).

A fase do **Tratamento dos Resultados** ocorre quando:

[...] os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno das dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Estas inferências procuram esclarecer as causas da mensagem ou as conseqüências que a mensagem pode provocar. O fator comum dessas múltiplas técnicas, desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos, é uma hermenêutica baseada na dedução, a inferência (ou deduções lógicas) (BARDIN, 2011, p. 131).

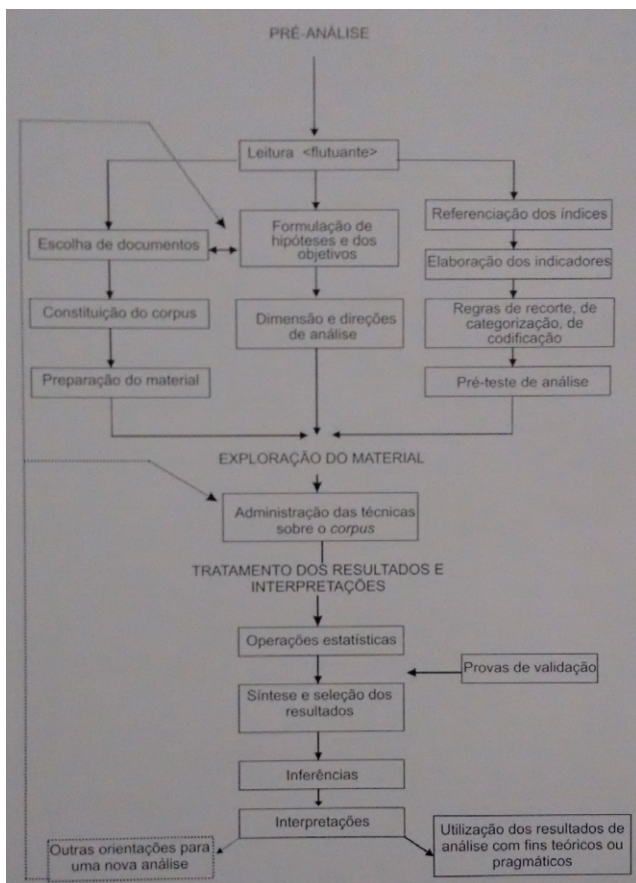
Para uma melhor compreensão, aprofunda-se a questão do método e técnicas, respectivamente, em que a organização da análise para a descrição se dá na enumeração das características do texto, resumida após tratamento, sendo esta a primeira etapa necessária para a codificação de resultados, categorizações e inferências.

Assim sendo, a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (BARDIN, 2011, p. 44), sendo esta um procedimento intermediário que vem permitir a passagem explícita e controlada da descrição à interpretação, que consiste na significação dada a estas características, sendo a última fase.

As técnicas da Análise de Conteúdo consistem em buscar os significados manifestos e latentes no material, e são: análise categorial, análise de enunciação, análise de avaliação, análise de expressão, análise de relações e análise de discurso (BARDIN, 2011).

O fluxograma analisador apresentado na Figura 1, retrata sinteticamente, a descrição apresentada aqui. Ele foi construído a partir de Bardin (1979) por Assis e Jorge (2010, p. 147).

Figura 1 – Fluxograma analisador: desenvolvimento da Análise de Conteúdo



ANÁLISE DE ENUNCIÇÃO

A comunicação da mensagem se dá como processo e não como um dado. O conteúdo não seria um produto acabado, mas um momento de criação de significados. A análise de enunciação trabalha com as condições de produção da palavra. Ao se expressar, o locutor projeta seus conflitos básicos por meio da palavra, silêncios, lacunas; porque faz aproximação com a análise das estruturas gramaticais; analisa uma lógica do discurso; analisa os elementos formais atípicos (silêncios, omissões) e figuras retóricas (paradoxo, hipérbole, metáfora) (BARDIN, 2011, p. 218).

Inicialmente, é realizada a análise temática a qual complementa a análise de enunciação, pois, na temática, não se leva em conta a dinâmica e a organização dos conteúdos. Na análise de enunciação cada totalidade organizada é singular. (BARDIN, 2011, p. 222).

A entrevista aberta é o material privilegiado; adotando um roteiro para a análise (BARDIN, 2011, p. 221-222).

1 Estabelecimento do *corpus* – leva em conta a questão central e objetiva no universo estudado (exaustividade, homogeneidade e representatividade);

2 Preparação do material – cada texto é uma unidade básica. Transcrição das entrevistas e registro das observações.

3 Etapas de Análise: cada entrevista é analisada individualmente; busca-se um encadeamento das proposições; faz-se uma análise lógica. Separam-se por barras todas as orações e, depois, faz-se uma análise sequencial do significado em apreensão.

Então, quando se diz para fazer uma análise lógica, isto se destina a observar a relação entre as proposições encontradas: proposição é entendida aqui como uma afirmação, uma declaração ou um juízo. Esta etapa consiste em escandir oração por oração, que se separa por barras, ou em se recopiar todas as orações, para observar as relações que ressaltam a forma de raciocínio. A seguir, realiza-se a análise sequencial, pondo atenção sobre a maneira de construção do texto, seu ritmo, sua progressão e as rupturas do discurso. (BARDIN, 2011, p. 224).

Nesse intuito, buscar o estilo, a expressão é um objetivo; buscar os elementos atípicos, que são as repetições, lapsos, ilogismos, para apreender o que está implícito ou por trás do discurso. A análise de estilo é um revelador do locutor, de seu contexto e de seus interlocutores, no sentido de que a expressão e o pensamento caminham lado a lado, para, assim, caracterizar o discurso desde claro, obscuro a linear, sóbrio, exagerado ou lírico. (BARDIN, 2011, p. 229).

Outro aspecto são as figuras retóricas (a hipérbole, metáfora e paradoxo) que se apresentam como elementos importantes para os significados em apreensão. A análise dos elementos atípicos e as figuras de retórica são assim sintetizadas (BARDIN, 2011, p. 230).

Repetições de um mesmo tema ou palavra dentro do texto. A repetição pode ser indicador de importância do assunto que a palavra enuncia, mas também de ambivalência e de denegação;

Lapsos podem significar a insistência em uma ideia recusada, ou seja, a erupção irracional de um termo em um contexto de racionalidade significa uma quebra de defesa do locutor;

Ilogismos são emperreamentos nos raciocínios demonstrativos. Costumam ser indicativos de uma necessidade de justificação ou de um juízo contraditório com a situação real;

Lugares-comuns têm um papel justificador. Apela para a cumplicidade do interlocutor (frases feitas, provérbios culturalmente partilhados) ou para desviar a atenção do entrevistador ou, ainda, para a recusa de aprofundar determinados assuntos;

Jogos de palavras ou chistes podem indicar descontração, mas também são usados para ludibriar o entrevistador, visando a provocar o distanciamento de uma questão que o interlocutor não quer enfrentar;

Figuras de retórica jogam com os sentidos das palavras. As mais comuns são: o paradoxo (reunião de ideias aparentemente opostas), a hipérbole (aumento ou a diminuição excessiva das coisas), a metonímia (uso da parte pelo todo, do abstrato pelo concreto e vice-versa) e a metáfora (que designa uma coisa por outra).

ANÁLISE QUALITATIVA E ANÁLISE QUANTITATIVA

A Análise de Conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que visam uma interpretação controlada, baseada na inferência (BARDIN, 2011). Este conjunto de técnicas de análise tem como propósito obter indicadores quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos a mensagens. Trata-se, portanto, de um trabalho de interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a maleabilidade da subjetividade. Por este motivo, a Análise de Conteúdo é alvo de constantes críticas.

Para Morgan (1993), de um lado, pesquisas quantitativas, algumas vezes, tratam a Análise de Conteúdo como uma técnica que não serve aos objetivos das análises estatísticas refinadas; de outro lado, é apontada como uma técnica não suficientemente qualitativa por não avaliar indutivamente o significado emergente dos conteúdos que categoriza. Apesar das críticas, a Análise de Conteúdo é um dos métodos de pesquisa mais populares em ciências da saúde, enfermagem e psicologia (ELO; KYNGÄS, 2008).

A Análise de Conteúdo se desenvolveu em três etapas. A primeira (1940) foi influenciada por pensadores da Escola de Chicago que definiram a técnica como sendo investigativa para fins de descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.

A segunda etapa (1950 e 1960) se caracterizou por inovações na metodologia, englobando a abordagem quantitativa e qualitativa. A abordagem quantitativa tem como fundamentação a frequência com que determinados elementos aparecem

na mensagem (KOHLBACHER, 2006; VALA, 1987), enquanto a abordagem qualitativa tem como foco a presença ou ausência de determinado elemento (por exemplo, tema ou palavra), além da inferência interpretativa via contexto (HSIEH; SHANNON, 2005; MAYRING, 2000). Em outras palavras, a abordagem quantitativa realiza inferências interpretativas a partir dos resultados de frequência obtidos após a categorização dos dados, enquanto a abordagem qualitativa realiza inferências a partir da presença ou ausência de elementos codificados e categorizados.

A terceira etapa (após 1960) é marcada pelo uso de suporte computacional, proporcionando rapidez e precisão aos procedimentos de organização, codificação e categorização dos textos em análise (HOGENRAAD; MCKENZIE; PÉLLEAU, 2003; OLIVEIRA, 2008).

Quanto ao aspecto metodológico, alguns pesquisadores contrapõem a análise quantitativa à análise qualitativa. Durante a segunda etapa do desenvolvimento da Análise de Conteúdo, Berelson (1952) foi o primeiro investigador a se posicionar favoravelmente a uma análise quantitativa (ROCHA; DEUSDARÁ, 2006).

Kracauer (1952) reagiu criticamente a uma orientação quantitativa, com o argumento de que tal modalidade não levaria em consideração a qualidade dos textos (ROCHA; DEUSDARÁ, 2006). Este período de polêmica trouxe contribuições à Análise de Conteúdo, sendo possível, a partir de então, romper com uma análise exclusivamente descritiva.

Para Bardin, em 1995, ocorreu um desbloqueio da Análise de Conteúdo que pode ser explicado por duas características deste período: a redefinição do que é a objetividade e a cientifi-

cidade de uma investigação (noções que passariam a não coincidir com a rigorosa análise de frequências) e a maior aceitação do encontro entre uma compreensão clínica e a contribuição da estatística (BARDIN, 2011).

Está claro que a abordagem quantitativa e a qualitativa não têm o mesmo campo de ação; a primeira obtém dados descritivos por meio de estatística, a segunda é um procedimento mais intuitivo. A análise quantitativa é mais objetiva, rígida e mais exata, sendo, portanto, útil na verificação de hipóteses. Já a análise qualitativa é mais flexível e adaptável, podendo ser utilizada para o lançamento de hipóteses, uma vez que permite sugerir a existência de possíveis relações entre um elemento constante na mensagem e alguma(s) variável(is) do locutor ou do contexto.

Além disso, a análise quantitativa pode funcionar sobre *corpus* reduzidos por não estar ligada, no caso da Análise de Conteúdo, a categorias que necessitem de frequências suficientemente elevadas para que os cálculos se tornem possíveis. Neste caso, é fundamental a compreensão do sentido, pois não é tratado exhaustivamente todo o conteúdo, daí a importância do contexto da mensagem e do contexto exterior à mensagem, tais como as condições da produção, como, por exemplo, quem fala a quem, em quais circunstâncias se fala, qual o local da comunicação, quais os acontecimentos anteriores à comunicação, etc. Ademais, o risco de erro é elevado pois se lida com elementos isolados ou com frequências fracas.

Já a análise qualitativa é mais suscetível ao problema da “circularidade” e as hipóteses formuladas previamente podem ser influenciadas por aquilo que o analista entende ser o significado da mensagem. É fundamental reler todo o material,

alternar releituras e interpretações e desconfiar da evidência. Apesar das diferenças, a análise quantitativa não rejeita as diferentes formas de quantificação, o analista pode, por exemplo, quantificar a aparição de índices similares em discursos semelhantes.

Em relação ao uso destas duas abordagens, a quantitativa se sobressaiu na primeira metade do século XX, pois, neste período o que marcou a especificidade da Análise de Conteúdo foi o rigor, ou seja, a quantificação. Entretanto, posteriormente, entendeu-se que a inferência é que caracteriza a Análise de Conteúdo, quer as modalidades de inferência se baseiem em dados quantitativos ou não. Apesar disto, a escolha do tipo de abordagem é influenciada pela natureza do material coletado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Análise de Conteúdo enquanto método e técnica de análise de mensagens de comunicação se concretizou há mais de meio século e obteve uma evolução científica na pesquisa porque esteve presente durante todo o percurso dos momentos históricos e sociais das ciências nos diversos campos de saberes.

Sua evolução tem acompanhado e contribuído com investigações antes realizadas na construção manual dos bancos de dados e hoje com programas específicos nesta era virtual. No início da era da informática, a Análise de Conteúdo se integrou a esta construção fenomênica, utilizando-se dos recursos inerentes da comunicação virtual. Hoje, é tida como ideia

central para analisar o conteúdo metodologicamente concretizado na ciência, na mídia, disponibilizando-se aos desdobramentos vários na era da informática e visual.

Transformou-se em método e técnica de análise amplamente utilizado, por ter evoluído, constituindo-se em grande potência versátil na pesquisa. Desta forma, a Análise de Conteúdo tem se multiplicado em várias formas de aplicações de inovação metodológica, hoje com desdobramento para o campo da informática, dada a necessidade de ampliação na aplicação de programas que venham a trabalhar os conteúdos manifestos de forma a melhor elucidar os resultados.

REFERÊNCIAS

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: Ed. UEFS, 2010. p. 139-159.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70; LDA, 2011.

ELO, S.; KYNGÄS, H. The qualitative content analysis process. **JAN Research Methodology**, v. 62, n. 1, p. 107-115, 2008.

FARAGO, C. C.; FOFONCA, E. **A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin**: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. Curitiba: UFP, 2009.

HOGENRAAD, R.; MCKENZIE, D. P.; PÉLADEAU, N. Force and influence in content analysis: the production of new social knowledge. **Quality & Quantity**, v. 37, p. 221-238, 2003.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

KOHLBACHER, F. The use of qualitative content analysis in case study research. **Forum Qualitative Sozialforschung**, v. 7, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/75/154>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

MAYRING, P. Qualitative content analysis. **Forum Qualitative Social Research**, v. 1, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2386>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

MORGAN, D. L. Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. **Qualitative Health Research**, v. 1, p. 112-121, 1993.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: o linguístico e seu entorno. **D.E.L.T.A.**, v. 22, n. 1, p. 29-52, 2006.

SILVA, A. H.; MOURA, G. L. D.; CUNHA, D. E. *et al.* **Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica.** Brasília:ENEPQ, 2013.

VALA, J. A análise de conteúdo. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (Org.). **Metodologia das ciências sociais.** Porto: Afrontamento, 1987. p. 100-128.

CAPÍTULO 19

MÉTODO KODOMÔ: UMA NOVA ABORDAGEM

PARA O DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE CRIANÇAS

DE TRÊS A CINCO ANOS

Francisco Trindade Silva

Ilvana Lima Verde Gomes

INTRODUÇÃO

Atualmente, as crianças estão submetidas a uma redução acentuada de movimentos em que a motricidade tem caráter secundário, uma vez que atividades que restringem esta ação estão em alta, como os videogames, televisão, telefones, celulares, tabletes e outros equipamentos tecnológicos. Ainda acrescido a isto, há, em muitos casos, a redução dos espaços das moradias e se, antes, as crianças eram incentivadas com suas brincadeiras nos pátios e espaços próximos as residências, isto não mais é possível, frente à violência que o país atravessa. O analfabetismo motor, caracterizado pela falta da coordenação nos movimentos básicos, como correr ou saltar, na atualidade, se revela em muitas crianças. Segundo Lopéz (1992; 1993), a motricidade sem cognitividade é possível, mas a cognitividade sem motricidade, não.

Os movimentos impulsionados pelo sistema motor não dependem apenas dos músculos, sendo o resultado de complexos processos de programação, comando e controle que envolvem diversas regiões específicas das áreas do córtex cerebral e finalizam na contração das fibras musculares. Enquanto alguns comportamentos são automáticos, muitos outros são baseados na seletividade, individualidade e experiência adquiridas, e isto está de forma prioritário o desenvolvimento das habilidades. Portanto, os primeiros anos de vida de uma criança devem ser recheados de brincadeiras, o que equivale, para o adulto, a trabalhar, o que também facilita o crescimento afetivo e cognitivo nestas crianças.

Inicialmente, acreditava-se que as mudanças no comportamento motor refletiam diretamente as alterações maturacionais do sistema nervoso central. Hoje, porém, sabe-se que o processo de desenvolvimento ocorre de maneira dinâmica e é suscetível a ser moldado a partir de inúmeros estímulos externos. A interação entre aspectos relativos ao indivíduo, como suas características físicas e estruturais, como o ambiente em que está inserido e a tarefa a ser aprendida, é determinante na aquisição e no refinamento das diferentes habilidades motoras.

O termo psicomotricidade surgiu em 1920, através do neuropediatra Ernest Dupré, significando uma relação entre o movimento e o pensamento (OLIVEIRA, 1997). Segundo De Meur e Staes (1984), houve uma evolução, ao longo do tempo, nos conhecimentos sobre psicomotricidade. Inicialmente, estudou-se o desenvolvimento motor, em seguida, a relação existente entre o desenvolvimento motor e o atraso na aprendizagem da criança e, posteriormente, as habilidades manuais e aptidões em função da idade cronológica.

A compreensão da evolução psicomotora da criança traz o seu desenvolvimento como uma conscientização e o conhecimento profundo do seu corpo, visto que a criança vive suas experiências e organiza a sua personalidade através do corpo (AJURIAGUERRA, 1980).

A criança em idade pré-escolar é um ser dinâmico e propenso a múltiplas aprendizagens. A integração psicomotora da criança representa a concretização de suas possibilidades de aprendizagem, pois psicomotricidade e aprendizagem estão interrelacionadas dentro do curso do desenvolvimento da criança. No entanto, é importante que se acompanhe este de-

envolvimento com o intuito de identificar fatores deficitários que poderão levar a um comprometimento no seu desenvolvimento.

Temos em nossas mãos um desafio: percepções e estimulações nos aspectos afetivos, cognitivos, sociais e motores em espaços de experiências devem fazer parte deste momento em que uma janela de oportunidades se abre. No estudo para crianças de três a cinco anos aqui colocado como método *ko-domô*.

O *Karatê-Dô*

A indicação mais forte do aparecimento do *Karate*, arte marcial oriunda de estilos antes praticados secretamente na ilha de Okinawa (sudoeste do Japão), remonta ao ano 1400, praticado por pessoas comuns que estavam proibidas de portar armas e, por isto, se defendiam com as mãos vazias. No século XX, após a codificação do estilo *Shotokan*, o mestre *Ginchin Funakoshi*, considerado na atualidade o pai do *karatê* moderno, atribuiu o sufixo *Dô*, trazendo sentido espiritual e filosofia de vida ao estilo. O termo *shotokan* é oriundo das palavras *shoto*, um tipo de madeira com que o mestre fazia as suas canetas e também o seu apelido e *kan*, que se refere ao espaço onde ocorria os treinamentos.

Esta arte marcial japonesa chega ao Brasil, na década de 1950, com os imigrantes japoneses. Sua característica é a implicação na formação do caráter, disciplina, controle emocional e, principalmente, defesa pessoal. Essa arte marcial, que

foi posteriormente incorporada ao patrimônio dos esportes do país, desenvolve uma forte relação com a motricidade humana.

Segundo Nakayama (1978), nas últimas décadas, observou-se uma crescente popularidade do *Karatê-Dô Shotokan* em todo o mundo.

Sendo profissional de Educação Física e estando ligado ao *Karate-Dô Shotokan* como praticante e dirigente, por quatro décadas, veio a percepção de uma demanda que reclamava a participação das crianças abaixo de cinco anos na escola de *Karate-Dô Shotokan*. O Karatê infantil já era ensinado em muitas academias. Esta prática se dá entre crianças de cinco a sete anos, idade esta onde se inicia a formação na maioria dos esportes, como voleibol, basquetebol, judô entre outros, contexto em que foi concebida a proposta do método.

Kodomô: um método no Karatê

O método foi proposto em 2005, pelo autor, após um piloto de um ano, inserido na Escola de *Karatê-Dô Shotokan* (ASKACE) e foi chamado, inicialmente, de “*karate baby*”. A proposta em questão após a citada experiência, teve a sua forma inicial reformulada, de forma mais adequada às crianças e foi denominada de Método *Kodomô*, nome que se refere ao correspondente no idioma japonês para “criança”.

Sendo motivo de estudos na área acadêmica como monografias e artigos para conclusão do curso de Educação Física, e com publicações relacionadas, na *Federation Internationale D'Education Physique – FIEP* (2005; 2007; 2009; 2014) e

European College Sport and Science – ECSS (2014), os ensaios puderam dar suporte ao momento do avanço do estudo. Agora, esta proposta se alarga com a construção dos conteúdos das aulas do *kodomô* ora em estudo, os princípios de aplicação destes, permitirá observar a condução do método pela proposta em desenvolvimento, sendo o principal objeto do estudo as aulas para as crianças na faixa etária de três a cinco anos, obedecendo a uma gradação das estimulações para as idades propostas. Isto se justifica, pois de acordo com a UNICEF (2013) os primeiros cinco anos de vida é o período de crescimento mais acelerado do cérebro da criança durante sua vida, e as primeiras experiências determinam como será esse crescimento. Por isso, é importante que pais, professores e cuidadores estejam preparados para proporcionar interações de qualidade, que fortaleçam o desenvolvimento cerebral.

Em constante processo de desenvolvido, a partir da Aska- Escola de *Karate-Dô Shotokan*, conta com sua equipe no desenvolvimento do programa de ensino, utiliza outras variáveis além do *Karate-Dô*. De acordo com Silva, Maciel e Lima (2012), o método *Kodomô* utiliza uma metodologia onde a base é a psicomotricidade. Outros elementos foram incorporados ao método, a relação com o meio-ambiente, os números, os sons, as cores, a comunicação diferenciada entre *senseis* (professores) e alunos, o idioma japonês, os elementos do budô, que é a conduta própria para artistas marciais, e as técnicas iniciais do *Karate-Dô*. Assim, observa-se o desenvolvimento de aspectos corporais e os domínios cognitivo, afetivo-emocional e motor nas ações e no processo de aprendizagem para vida. O estudo tem como objetivo desenvolver uma inovação tecnológica, que possibilite dar suporte técnico, didático e científico para as aulas do método *kodomô*. Alguns achados anteriores

animam o desenvolvimento do estudo. Por estarmos inseridos nesse contexto, surgiu o interesse em compreender a influência do *karate-dô* no desenvolvimento psicomotor de crianças.

REVISÃO DA LITERATURA

O desenvolvimento humano nasce, concomitantemente, com a história do próprio corpo, passa pela visão de corpo do povo grego, que expressa a beleza da alma, chega à Idade Média e a supremacia da igreja influencia de maneira muito forte e decisiva o culto ao corpo. A preocupação estética e a cultura física eram abominadas pelos dogmas da Igreja, então, a significação do corpo passou por inúmeras transformações desde a Antiguidade. Filósofos como Platão e Aristóteles negligenciam o corpo em função do espírito, reforçando a dualidade corpo e alma. Descartes, e toda a influência do seu pensamento na evolução científica, assinalam a dualidade corpo e alma, na organização de dois eixos: É a alma que dá ordens ao corpo e comanda seus movimentos (SOUSA, 2004).

A aprendizagem e o desenvolvimento humano são teorizados ao longo do tempo por muitos estudiosos, dentre estes, Henry, Bergson, Jean-Martin Charcot, Tissié, Jean Piaget, Sigmund Freud, Lev Vigotski, Henri Wallon, Le Bouch, Cagigal, Vayer, André Thomas, Saint-Anné, Edouard Guilmain, Giselle Soubiran, Victor da Fonseca, Lefèvre, Gruspun e Rosa Neto. Conforme Rosa Neto (2002), a lógica biológica e organizada que compõe o organismo humano tem início na concepção, matura e evolui conforme a interação com o meio e a

estimulação. Entre o nascimento e a idade adulta se produzem, no organismo humano, profundas modificações. As possibilidades motoras das crianças evoluem amplamente, de acordo com a idade e chegam a ser cada vez mais variadas, completas ou complexas. Para Gallahue e Donnelly (2008), crianças pequenas são incapazes de pensar de qualquer ponto de vista que não seja o próprio. Suas percepções dominam seus pensamentos e o que elas experimentam em um dado momento as influencia fortemente. Segundo Burns, em qualquer idade, a criança pode manifestar características, no seu desenvolvimento motor, da idade em que ela não se encontra. Isto irá variar de um indivíduo para o outro, de acordo com a hereditariedade, influências e experiências do passado, situação do momento e a interação entre a criança e o ambiente em que vive.

Segundo Fonseca (1988, p. 368), a identidade da Psicomotricidade e a validade dos conceitos que emprega para se legitimar revelam uma síntese inquestionável entre o afetivo e o cognitivo, que se encontram no motor. É a lógica do funcionamento do sistema nervoso, em cuja integração maturativa emerge uma mente que transporta imagens e representações e que resulta de uma aprendizagem mediatizada dentro de um contexto sociocultural e sócio-histórico.

Embora seus pais continuem a desempenhar a principal influência sobre seus filhos, no ambiente escolar e esportivo, os professores produzem impacto sobre o desenvolvimento da criança. Portanto, o desenvolvimento motor é um componente do desenvolvimento global do ser humano, que pode ser definido como sendo um processo sequencial e contínuo, relativo à idade, pelo qual o indivíduo progride de movimentos simples, sem habilidade, até o ponto de conseguir realizar habilidades motoras.

O desenvolvimento psicomotor de crianças de três a cinco anos de idade

O desenvolvimento psicomotor já há muito foi reconhecido por inúmeros especialistas, em diversas culturas, como um componente vital do desenvolvimento global da criança.

Muitos autores, nas áreas da Neurologia, da Psicologia e da Educação têm insistentemente reforçado a importância das relações entre o desenvolvimento psicomotor e a aprendizagem. Hallow e Brommer (1942 *apud* FONSECA, 1995) demonstraram que o córtex motor exerce uma função determinante na aprendizagem.

Muitos outros trouxeram contribuições históricas sobre as multirrelações entre os componentes sensoriais e motores da atividade cerebral, confirmando que qualquer estímulo que atinja o córtex cerebral produz uma ativação motora concomitante.

O desenvolvimento psicomotor é considerado como um processo sequencial, contínuo e relacionado à idade cronológica, através do qual o ser humano adquire uma enorme quantidade de habilidades motoras as quais evoluem de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras organizadas e complexas.

Ao se procurar entender o desenvolvimento psicomotor na criança, depara-se com a íntima relação que se estabelece associando o desenvolvimento psicomotor à ampliação das demais áreas. Coll, Palacios e Marchesim retratam com clareza estas associações, relacionando o movimento e a atividade corporal ao psiquismo, emoção e maturação cerebral. Este mesmo autor afirma que:

[...] a psicomotricidade está relacionada às implicações psicológicas do movimento e da atividade corporal na relação do organismo com o meio em que se desenvolve. O mundo da psicomotricidade é, pois, o das relações psiquismo-movimento e movimento-psiquismo. Na psicomotricidade há certos componentes maturativos, relativos ao calendário maturativo cerebral [...]. E certos componentes relacionais, que tem a ver com o fato de que através de seu movimento e de suas ações a criança entra em contato com pessoas e objetos com os quais se relaciona de forma construtiva. A psicomotricidade é ao mesmo tempo fonte de conhecimento e expressão dos conhecimentos que já têm meio de gerar vivências e emoções através da relação e expressão de vivências e emoção nesta relação. (COLL; PALACIOS; MARCHESIM, 1995).

O desenvolvimento psicomotor abrange o desenvolvimento das funções de todo o corpo e das suas respectivas partes. O corpo possibilita à criança, através dos movimentos e da ação exploratória, a aquisição de conhecimentos, promovendo, assim, o desenvolvimento cognitivo.

Acreditava-se que as mudanças no comportamento motor refletiam diretamente as alterações maturacionais do sistema nervoso central. Hoje, porém, sabe-se que o processo de desenvolvimento ocorre de maneira dinâmica e é suscetível a

ser moldado a partir de inúmeros estímulos externos. A interação entre aspectos relativos ao indivíduo, como suas características físicas e estruturais, com o ambiente em que está inserido e a tarefa a ser aprendida são determinantes na aquisição e refinamento das diferentes habilidades motoras.

Não é possível conceber o estudo da psicomotricidade desvinculado do plano da inteligência, da afetividade e do meio.

Fatores psicomotores

No estudo do desenvolvimento psicomotor, o conhecimento de seus elementos constitutivos bem como de sua evolução é necessário para a compreensão dos problemas de aprendizagem e de desenvolvimento na criança. Segundo Victor da Fonseca:

A motricidade humana também não pode ser estudada de forma isolada, ela é indissociável da organização do tônus de repouso e de ação, do controle postural e da regulação vestibular gravídica e espacial, da noção que o corpo ocupa em relação a esse espaço, da memória e das aferências do meio, com o qual programa sua ação numa rede complexa e sequencializada de engramas motores, só posteriormente materializada sob a forma de ação propriamente dita (p. 36)

Período sensível de aprendizagem

Para Gallahue e Donnelly (2008), o período sensível é uma moldura ou janela de tempo repleta de oportunidades, ocasião em que aprender novas habilidades específicas é mais fácil e mais rápido. Por exemplo, parece haver períodos sensíveis para um idioma estrangeiro, tocar um instrumento musical, ou executar uma série de habilidades motoras grossas, como alguns movimentos das artes marciais, nadar ou pedalar. Crianças pequenas não têm medo de se arriscar a uma lesão física, falha pessoal e de ridicularizar o par. O desenvolvimento das habilidades são pré-requisitos básicos para a aprendizagem e o domínio das habilidades esportivas. O desperdício desse período sensível de aprendizagem de habilidades motoras na infância dificulta que ela atinja níveis mais elevados de habilidade em fase posterior de sua vida. As brincadeiras estimulam uma variedade de habilidades e de equilíbrio, de locomoção e manipulação. Se eles têm um autoconceito estável e positivo, o ganho em controle sobre a sua musculatura é suave e tranquilo. Os movimentos tímidos, cautelosos e comedidos das crianças dos dois aos três anos de idade gradualmente dão lugar à entrega confiante, ávida e frequentemente imprudente dos quatro aos cinco anos de idade. Sua vívida imaginação lhe possibilita pular de “grandes alturas”; “escalar altas montanhas”, saltar sobre “rios bravos”, e correr “mais rápido” que muitos “animais selvagens”.

Dentre as razões que têm levado ao interesse pelo desenvolvimento motor, destaca-se a relação existente entre o desenvolvimento motor e o desenvolvimento cognitivo, mostrando

uma relação muito estreita entre o que a criança é capaz de aprender (cognitivo) com o que é capaz de realizar (motor). (ROSA NETO, 2010).

Embora todas as crianças sejam diferentes e algumas possam alcançar os seus marcos ligeiramente mais cedo ou mais tarde, a maior parte das crianças atinge marcos comuns em certos períodos do seu crescimento. O alcance de marcos nas idades típicas mostra que a criança está a se desenvolver como esperado. Alcançar marcos muito mais cedo significa que a criança pode estar avançada comparativamente a outras crianças da mesma idade. Não alcançar os marcos ou alcançá-los muito mais tarde do que crianças da mesma idade pode ser uma importante indicação de que a criança pode ter um atraso no desenvolvimento e precisa de apoio e serviços adicionais para alcançar o seu potencial pleno. Contudo, o progresso no desenvolvimento não é sempre constante.

Psicomotricidade

Psicomotricidade é a ciência que estuda o homem de forma integral, corpo e alma, pois a motricidade e a psique estão unidas formando um único corpo. De acordo com a Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBP, 2014), esta é definida como:

A psicomotricidade é a ciência que estuda o homem através do seu corpo em movimento, em relação

ao seu mundo interno e externo e de suas possibilidades de perceber, atuar e agir com o outro, com os objetos e consigo mesmo. Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas.

O termo Psicomotricidade começa a aparecer no discurso médico, no início do século XIX, no entanto, o responsável pelo conceito que lhe é dado hoje foi o neuropsiquiatra Dupré (SOUSA, 2004). Cada vez mais, torna-se clara a relação entre mente e corpo e a interdependência de todas as funções humanas, sendo, praticamente, impossível e apenas para fins didáticos separá-las.

A Motricidade Humana

Na atualidade, existe um grande número de profissionais de áreas diversas (Medicina, Psicologia, Educação Física, Pedagogia, Fisioterapia, Fonoaudiologia) que se utilizam da motricidade ou da psicomotricidade em diferentes contextos (escolas, clínicas de reabilitação, academias, hospitais) e em diferentes faixas etárias.

As habilidades psicomotoras são muito importantes para o desenvolvimento da criança e a aquisição de tais habilidades podem ser auxiliadas por atividades como a prática esportiva. As habilidades psicomotoras, segundo Rosa Neto, são: motricidade fina, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal, organização espacial e organização temporal.

Princípios do desenvolvimento

De acordo com Corbin (1980), o desenvolvimento apresenta algumas características:

- *Princípio da Continuidade:* o desenvolvimento se inicia antes do nascimento e prossegue até a morte.
- *Princípio da Totalidade:* para Manoel (1988), princípios da continuidade é a progressividade do comportamento motor humano, têm como expressão o próprio desenvolvimento motor. Desenvolvimento ocorre em todos os seus aspectos simultaneamente, como: intelectual, motor, social, emocional. Fatores Genéticos, ambientais e sociais influenciam o nesse princípio.
- *Princípio da Especificidade:* apesar de ser global, desenvolvendo sempre todos os aspectos (motor, intelectual, social, emocional, outros), o desenvolvimento será enfatizado em um aspecto em cada situação.
- *Princípio da Progressividade:* o desenvolvimento não ocorre de forma rápida. Sendo um processo longo e lento, obedece às etapas maturacionais, porém, sempre em evolução.
- *Princípio da Individualidade:* o desenvolvimento é diferente para cada pessoa, pois cada uma é um ser único e totalitário, portanto, respeitar suas características e experiências é fundamental na percepção dos estímulos a serem aplicados.

As crianças, em seu desenvolvimento, apresentam características próprias que estão bem fundamentadas como se pode ver na Tabela 1.

Tabela 1 – Exame neurológico e do desenvolvimento da criança

Três anos	Quatro anos	Quatro anos e meio	Cinco anos /Seis anos
Frases gramaticais. (EU)	Vai sozinho ao vaso sanitário.	Compreende frio, cansaço, fome.	Copia um quadrado.
Diz o próprio nome completo.	Controle da enurese noturna.	Compreende perto, longe, em cima, em baixo.	Desenha homem com 6 partes.
Gagueira fisiológica.	Frases completas. Ainda troca letras: R por L, S por T; ou suprime as letras (sapato por pato).	Abotoa a roupa.	Anda para trás colocando um pé atrás do outro (ponto do pé do pé-calcanhar), com 2 olhos abertos, 2 metros.
Brinca de faz-de-conta.	Usa plural.		Estereognosia.
Copia um círculo.	Senso de humor, noção de perigo.		
Copia traço na vertical.	Preensão do lápis igual adulto.		

Torre de 8 cubos.	Copia cruz.		
Anda para trás, 3 metros, puxando um carrinho.	Noção de “mais comprido”.		
Equilíbrio estático com olhos abertos.	Lava as mãos e ajuda no banho.		
Pedala triciclos.	Agarra uma bola arremessada.		
Coloca os sapatos, não faz laço.	Sobe escada alternando os pés.		
	Equilíbrio estático com olhos fechados.		

Fonte: FUNAYAMA, 1996.

Método

Francis Bacon, no século XIX, definiu método como o modo seguro e certo de “aplicar a razão à experiência”, isto é, de aplicar o pensamento lógico aos dados oferecidos pelo conhecimento sensível (CHAUÍ, 2000). Por estarmos inseridos neste contexto, surgiu o interesse em compreender a influência do *Karatê-Dô* no desenvolvimento psicomotor de crianças em idades de 3 a 5 anos, uma vez incorporados elementos neste espaço de experiência.

O método é o caminho pelo qual fazemos algo de maneira a atingir um objetivo; é a base mental para o exercício de uma atividade que se deseja eficaz; exige a organização do conhecimento e experiências prévias. Segundo Leopardi (1999), quando se fala de método encontramos uma afinidade nos versos do poeta espanhol Antônio Machado (1909): “Caminhan-te não há caminho, o caminho se faz ao caminhar”.

Método *Kodomô*

O método *kodomô* propõe estimulação nos diversos aspectos que comportam as idades entre 3 e 5 anos, em um espaço de experiência onde, como pano de fundo, está a arte marcial e os preceitos desta são parte rotineira da prática. Quanto à técnica, somente são realizados movimentos básicos, conforme a idade e o desenvolvimento pessoal. O método *kodomô* traz uma proposta diferente em que a iniciação esportiva não é o foco principal: ele oferece às crianças a possibilidade de estimulação na fase inicial do seu desenvolvimento e utiliza os diversos ambientes e vivências durante as suas aulas. Os significados de respeito, hierarquia, atenção vão aos poucos sendo incorporados por seus praticantes através do ritual próprio do estilo *shotokan*.

Acrescido a isso, foram incluídas as rotinas propostas na psicomotricidade, como, também, foram incorporadas outras experiências: a comunicação do método fabermazlish, o meio ambiente, a matriz budô, os sons, cores, atitudes intergeracional, números, idioma japonês, hierarquia, alimentação saudá-

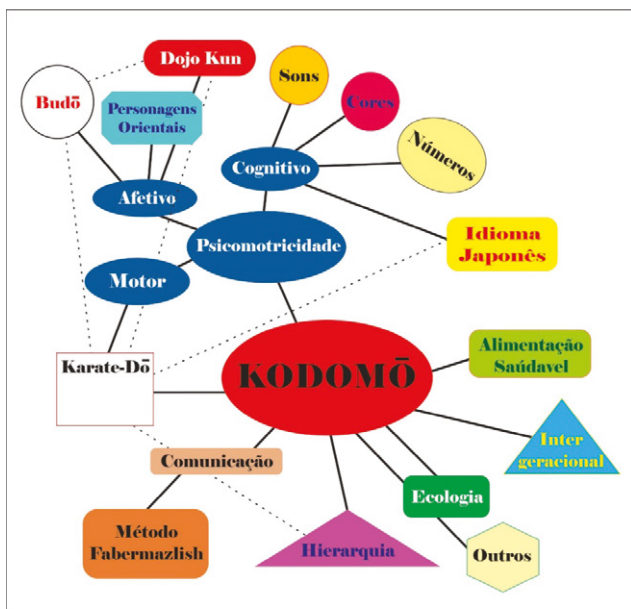
vel, *dojo kun* e outros. Neste método, é importante observar e respeitar o processo de maturação, as diferenças e os tempos de aprendizagem. O objetivo de seguir o comportamento de um Dojo (Do = caminho e Jô = sala) significa que, pouco a pouco, este respeito e hierarquia passarão aos lugares comuns da convivência das crianças. Pretende-se ampliar as atividades por ocasião do estudo.

O Método *kodomô* insere os aspectos motores, afetivos e cognitivos e, em sua prática, alguns movimentos básicos do *Karatê-Dô* são inseridos no desenvolvimento da motricidade, reforçando o esquema corporal, o equilíbrio estático e dinâmico, a coordenação motora global e fina, a lateralidade, a percepção postural, tonicidade, ritmo na relação afetiva, que acontece entre colegas, sensei–aluno, pai–aluno, babás–alunos. No aspecto cognitivo, estão os níveis de percepção, o nome de golpes, os números, leitura da natureza quando em contato com diversos tipos de solos, o vento, o sol e também obedece a uma filosofia tradicional do *karatê-Dô* em que os aspectos socializadores e culturais são destacados.

Segundo Silva, Maciel e Lima (2012), no método *Kodomô*, são produzidos diversos estímulos, mudanças de ambientes, comandos auditivos, comandos visuais com o intuito de desenvolver as habilidades básicas do movimento na infância, tais como: equilíbrio em um único pé, andar, correr, lançar, receber, apanhar objetos e outros.

Os mapas mentais são diagramas associativos capazes de organizar rapidamente as ideias. (LUPTON, 2011). A Figura 1 demonstra este entendimento.

Figura 1 – Kodomô - Mapa mental.



Fonte: própria

As aulas do método kodomô são desenvolvidas por um processo global. As artes marciais, de um modo geral, têm sido ensinadas a crianças de cinco ou seis anos e esta fase da vida que se classifica como “iniciação esportiva” traz muitos benefícios aos praticantes, no entanto, a proposta da metodologia kodomô aborda crianças de idades menores, que estavam desatendidas nos planos das atividades esportivas. As diferenças estão demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 - Características entre Karatê Infantil e método kodomô.

Características	Karate infantil	Kodomô
Idades	Início de 5 a 6 anos	Faixa de 3 a 5 anos
Tempo de aula	60 minutos	45 minutos
Aplicação na aula	Kihon, Kata e Kumite	Kata lúdico
Exercícios nas aulas	Fundamentos do Karate e Jogos pré-desportivos	Circuito psicomotor, Jogos de representação (Imitação dos animais), Jogos de faz de conta.
Espaço físico	Dojo (sala de treinamento)	Dojo tradicional, Dojo adaptado, Áreas externas em diferentes ambientes.
Material Utilizado	O próprio corpo, material de apoio ao treinamento.	Além do próprio corpo, matérias de estimulação psicomotora (trave de equilíbrio, túnel, toros de equilíbrio, cones, bolas variadas em tamanho e cores, bastões, cordas, elásticos, balões, João teimoso, Figuras para interação, Colchonetes, número coloridos de borracha.
Didática	Chamando à atenção para o ritual	Destacando o lúdico com mudanças constantes nas atividades e suas pausas .
Participação dos pais	Relativa	Direta - uma maior interação afetiva dos pais nas aulas.
Estágio de desenvolvimento	A criança liberta-se das situações pulsionais, reconhece a sua própria personalidade, atingindo a consciência de si. Os movimentos são respostas de ações desejantes NO-GUEIRA, (2010).	O movimento acontece como resposta à intencionalidade da representação mental. A criança esboça o movimento já em relação a algo a si própria; os movimentos deixam de responder imediatamente a uma necessidade pulsional, para si ajustarem às situações exteriores FONSECA, (1996).
Símbolo	Tigre Shotokan	junko
Exame de faixas	Tradicional	Circuito psicomotor
Graduação	De faixa branca para amarela	Faixa branca para azul, azul para amarela

Fonte: FIEP BULLETIN Volume 82 – Special Edition – ARTICLE 1 – 2012. Pag. 346-350.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma série de investigações tem sido realizada com o enfoque do método *Kodomô*. Nas referências citadas, estão apontadas duas avaliações com metodologias e propostas distintas; a escala de desenvolvimento motor (EDM), de Rosa Neto, e a bateria psicomotores (BPM), de Victor da Fonseca, ambos referências na mensuração do desenvolvimento psicomotor, cujos resultados nos estudos já publicados são favoráveis. A metodologia vem sendo aplicada em ambiente onde a arte marcial tem sido a escolha para o desenvolvimento das crianças de três a cinco anos. Tratando-se de ensinar crianças desta faixa etária, na prática do *Karatê-Dô* não se deve somente ensinar através dos movimentos, mas, também, por meio dos princípios de respeito, cortesia, lealdade, perseverança e justiça, contribuindo com diversos aspectos de desenvolvimento integral da criança. Este método traz reflexões sobre como os professores podem transmitir conhecimentos integrados com o desenvolvimento infantil. No entanto, para a abordagem em questão, deve ser considerada a formação do professor e o interesse dos pais e acompanhantes em participar das atividades.

Tendo como foco a integração entre o *Karatê-Dô* e a estimulação psicomotora, concordamos que o ato de fazer esteve presente no método *Kodomô*, por quanto os domínios psicomotores, afetivos e cognitivos balizaram o desenvolvimento harmonioso de crianças de 3 a 5 anos, durante esta prática específica. Propomos que este método possa ajudar a refletir sobre novas práticas de *Karatê-Dô* e de desenvolvimento infantil.

Atualmente, o estudo se encontra em fase de desenvolvimento para ampliação, para ser defendido em uma tese de doutoramento junto à Universidade Estadual do Ceará (UECE) com o título de *Descrição e validação do método Kodomô para crianças de três a cinco anos*. Sabendo-se que o assunto não se esgota com este estudo, fases posteriores serão necessárias para a implantação da metodologia em andamento.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE – ABP. Disponível em: <<http://www.psicomotricidade.com.br/apsicomotricidade.htm>>. Acesso em: 3 set. 2014.

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psicologia e Psicomotricidade**. Paris: Masson, 1980.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESIM, Á. (Org.). **Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CORBIN, C. **Textbook of a Motor Development**. 2. ed. Kansas: Wm. C. Brown, 1980.

DE MEUR, A.; STAES, L. **Psicomotricidade: educação e reeducação**. São Paulo: Manole, 1984.

FONSECA, V. da. **Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FONSECA, V. da. **Psicomotricidade**: psicologia e pedagogia. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

FUNAYAMA, C. A. R. Exame neurológico em crianças. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 29, p. 32-43, jan./mar. 1996.

GALLAHUE, D.; DONNELLY, F.C. **Educação física desenvolvimentista para todas as crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Phorte, 2008.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

LOPÉZ, R. E. **Introdução à psicologia evolutiva de Jean Piaget**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Cultrix, 1992/93.

LUPTON, E. Reading and writing” in Graphic design: now in production, Minneapolis: Walker Art Center, 2011.

MACHADO, A. **Proverbios y cantares XXIX em Campos de Castilla**. 1909.

MANOEL, E. J. A continuidade e a progressividade no processo de desenvolvimento motor. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v. 2, n. 2, p. 32-38, abr. 1988.

NAKAYAMA, M. **Best Karate**: Comprehensive v. 1, 1978.

OLIVEIRA, G. **Psicomotricidade**: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico, Petropolis, RJ: Vozes, 1997.

ROSA NETO, F. A. **Manual de avaliação motora**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ROSA NETO, F. A. Importância da avaliação motora em escolares: análise da confiabilidade da Escala de Desenvolvimento Motor. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.**, v. 12, n. 6, p. 422-427, 2010.

SILVA, F. T.; MACIEL, M. C.; LIMA, F. T. C. Kodomo: a method of karate in 3 TO 5. FIEP Fédération Internationale d'Education Physique, FIEP BULLETIN, Special Edition, v. 82. 2012.

_____. SILVA, J. F. A. Avaliação psicomotora em crianças de 3 a 5 anos do método *kodomo* de *karate*. FIEP BULLETIN Fédération Internationale d'Education Physique – FIEP Special Edition v. 83. 2013.

SOUSA, D. C. **Psicomotricidade**: integração pais, criança e escola. Fortaleza: Livro Técnico, 2004.

UNICEF. 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/supply/files/Activity_Guide_Portuguesev1.pdf>.

CAPÍTULO 20

SAÚDE INDÍGENA: UMA TRAVESSIA ENTRE TERRAS E TERRITÓRIOS

Maria Lidiany Tributino de Sousa

Maria do Socorro Litaiff Rodrigues Dantas

Andrea Caprara

Passos de uma longa travessia

Quem me dera ao menos uma vez

Que o mais simples fosse visto

Como o mais importante

Mas nos deram espelhos e vimos um mundo doente

(Índios - Legião Urbana)

A letra da canção “Índios” do grupo Legião Urbana inspirou os primeiros passos na travessia pelos territórios da temática Saúde Indígena que foram ganhando outros deslocamentos a partir dos encontros com as lideranças, as transcrições de entrevistas e de materiais produzidos pelos alunos da Escola Indígena.

Esses contatos provocaram uma reviravolta na pesquisa, pois inquietaram os sentidos dos pesquisadores e os colocaram em movimento na busca de olhar e tatear o termo, Saúde Indígena, nas revistas nacionais de maior expressão da área da Saúde Coletiva. Podia-se ter partido desta categoria conceitual como uma terra firme, sem questionamentos *a priori*, porém, o terreno começou a se revelar movediço, espelhando diferenças quando das aproximações com as conversas das lideranças indígenas. As questões começaram a ganhar relevo: quais os enunciados produzidos a respeito da Saúde Indígena pela literatura acadêmica nacional da área de Saúde Coletiva? Quais os distanciamentos e aproximações com as concepções trazidas pelas lideranças indígenas?

Desse modo, percebeu-se que as pesquisas com o descritor Saúde de Populações Indígenas através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) perfaz um total de 589 estudos, sendo 93 com o Brasil como país de filiação e possuindo as revistas *Cadernos de Saúde Pública*, *Saúde e Sociedade* e *Physis* as maiores produções que versam sobre doenças transmissíveis e crônicas, alcoolismo, nutrição, suicídio, ações afirmativas, papel do agente comunitário indígena, participação social bem como uso de agrotóxico e interculturalidade. Estas são, na sua maior parte, relacionadas ao prognóstico, diagnóstico, etiologia e ao tratamento das doenças, sendo do tipo relatos de casos e estudo de caso-controle.

Estas pesquisas revelam que a morbidade da população indígena está relacionada a uma alta incidência de doenças infecciosas, crônicas, assim como a casos de desnutrição, mas, em menor número, discutem as condições que fragilizam o estado de adoecimento como: precariedade das condições de vida, expropriação, intrusão das terras indígenas, formação dos profissionais de saúde e habitações em regiões de fronteira ou áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), para citar algumas.

As fragilidades na atuação dos profissionais de saúde são apontadas como devidas à formação que não trata das especificidades étnicas, sistemas de cura tradicionais e adoecimento. O profissional que é contratado para atuar em área indígena geralmente só recebe orientações antes de ir para as aldeias (PEREIRA, 2008).

No Ceará, as aldeias, em sua maioria estão localizadas nas periferias da Região Metropolitana de Fortaleza ou em áreas rurais periféricas, nos sertões, serras e matas pelo interior do estado (SIASI, 2012), sendo espaços inapropriados para dar suporte às funções de moradia, roça e itinerância. Nesse Estado, há duas produções na área da saúde que tratam: das questões indígenas relacionadas ao processo de trabalho no monocultivo do coco e os riscos gerados à saúde para os indígenas Tremembé; e outra sobre o conflito Ambiental no território indígena Tapuya Kariri e suas implicações à saúde. (RIGOTTO; BRAGA, 2013; VASCONCELOS; RIGOTTO, 2014).

As produções na área da saúde expõem que a população indígena ainda vivencia, desde o período colonial, situações de exclusão, marginalidade e discriminação com fortes determinantes sociais e econômicos que os colocam em situação de fragilidade frente aos agravos à saúde, sendo marcos na atual Política Indígena: a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), de 1999, regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, e a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNASPI propõe um modelo de cuidado em saúde complementar e diferenciado no intento de melhorar o acesso da população indígena ao cuidado integral em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, considerando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política destes povos. Utiliza a ideia de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) compreendido como espaço etnocultural di-

nâmico, geográfico, populacional administrativo, responsável pelos serviços de Atenção Primária à Saúde e composto pelos Pólos-bases, Postos de Saúde e Casas de Saúde do Índio (BRASIL, 2002). Os Pólos-bases ou PSF's indígenas são unidades de referência em Atenção Primária e referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), contando com a atuação da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

De acordo com a PNASPI, o trabalho dos profissionais de saúde deve ser centrado nos tradicionais sistemas indígenas de saúde e no respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios de cada comunidade indígena (BRASIL, 2002) e, segundo Langdon (2005), a atenção diferenciada nos DSEI deve contar com a etnomedicina e a antropologia simbólica na busca de entender as experiências de adoecimento a partir do meio sociocultural.

Uma parada em terras que se parecem firmes: a expressão Saúde Indígena

A partir da literatura acadêmica aqui exposta, percebe-se que a temática Saúde Indígena é ainda representada fortemente pelo discurso biomédico, havendo tentativas, em algumas pesquisas, de “diferenciar” esta visão a partir do envolvimento e “integração” das questões culturais, sociais e políticas na Saúde Pública. Entretanto, mesmo com as considerações acerca dos aspectos culturais nas produções de conhecimento sobre Saúde Indígena, existe uma ideia de cultura que se baseia na noção de tradição, costumes, identidades herdadas e estáticas,

resultantes de histórias repetidas. Assim, busca-se conferir visibilidade a estes povos, caso eles expressem condutas rituais que são esperadas de um grupo tido como homogêneo e enclausurado em uma identidade.

Essa discussão traz a lembrança do filme *Terra Vermelha*, de 2008, dirigido por Marcos Bechis, que aborda a relação terra e vida dos índios guarani-kaiuwá de Dourados, em Mato Grosso do Sul. Na primeira cena, aparecem turistas atravessando o rio e avistando os indígenas seminus de arco e fecha. Após a passagem dos turistas, os indígenas se vestem, recebem seu dinheiro de um grupo que paga para que eles se apresentem como os turistas esperam vê-los e, depois, retornam para a reserva da Funai. Portanto, o filme, com autores nativos desde a sua primeira cena, discute a posição de vítima do “teatro para turistas” em que nos colocamos, quando criamos um outro, um estranho e um exótico pela cultura para operar a partir de um modelo com marcas identitárias de vestimentas e estilos de vida.

Muitos profissionais de saúde procuram encontrar nas comunidades indígenas um único modo de vida e de produção de saúde, modelos que confirmem a segurança de que eles estão diante de um grupo identitário. Este encontro do sistema formal de saúde com as comunidades indígenas também tem produzido um controle minucioso dos corpos, gestos, atitudes, comportamentos e discursos através de padrões alimentares e de conduta sexual, moral, ou seja, de modelos de vida ditos saudáveis que são prescritos e orientados quanto ao cumprimento.

São formas que se aplicam à vida cotidiana, caracterizando o indivíduo, marcando-o com uma individualidade, identidade, impondo-lhe uma lei de verdade para que este se reconheça e seja reconhecido pelos outros. Estas formas de poder fazem dos indivíduos sujeitos, entendendo este termo como se referindo a alguém que é subjugado a outro pela dependência ou a si por uma identidade.

A literatura acadêmica, com a sua concepção de saúde, se apresenta, muitas vezes, mutilada por questões que dizem respeito à vida nas comunidades indígenas. Desde o seu entendimento como ausência de doença, bem-estar, até como direito humano, exprime que saúde é não ser doente, não estar doente ou ter acesso a direitos humanos, ou seja, produções de um estado de coisa ou de conceitos portadores de um essencialismo e que se amparam em uma ideia de homem e cidadão balizado pela noção de unidade, de uno e não de coletivo.

A terminologia integralidade, na área da saúde, é tida como um avanço, porém, se apresenta como a incorporação da lógica biomédica nos cuidados tradicionais e raramente se questiona os padrões que se tornam norma e as normas que trazem uma lógica adoecedora e levam à desqualificação de outras formas de saber e de produção de saúde.

Logo, o que parece ser uma terra firme, oferecendo designações para o que é Saúde Indígena, aponta o risco de um terreno movediço. Assim, a parada, nesta terra, se torna temporária. Não se busca criar moradas, essencialismos, mas outras linhas de passagem, inspirando-se em Nietzsche (2003), para quem só se encontra novos apoios quando se sabe que não há

“a” terra, mas inúmeras, sendo esta multiplicidade aberta pela perda de fundamentos, quando não há “ser”, mas “tornar-se”, quando, nesta travessia, houver a chance de se perder.

Possibilidades de terras e o perder-se na saúde do povo potyguara

Etnografia de vidas e movimentos: desterritorialização das terras etnográficas

Acompanhar a trajetória dos encontros com as pessoas pertencentes à comunidade indígena dos Potyguaras, em Monsenhor Tabosa, no Ceará, bem como aquilo que afetou dos filmes assistidos, das participações em eventos, das leituras de livros, artigos, jornais e documentos, possibilitou deslocamentos e aproximações com os modos de vida em combinação. Pode-se apreciar processos de subjetivação com questões macroestruturais imbricadas, assim como encontrar, também, traçados de singularização. O desejo esteve em percorrer os mapas de singularidades que não estão completamente subjugados pelas tramas das instituições, identidades e categorias conceituais, buscando deslocamentos e não origens. Os mapas foram uma redistribuição de passos, impasses e descobertas de novas terras.

Ao longo do trabalho de campo e dos encontros com as lideranças, surgiram perguntas acerca da ideia de saúde indígena e dos “devires que o modelo de saúde dominante diz ser

impossível” (DELEUZE, 1997, p. 3). Assim, esses contatos ofereceram espelhos que refletiram o adoecimento desta expressão Saúde Indígena, na literatura acadêmica, e o pensamento humilde, marginal e “minoritário” de Deleuze abriu linhas de fuga para ver o mais simples, criando frestas em campos institucionais e sociais rígidos, pois parte-se do desejo de que, mesmo com a criação de identidade fechadas, algo “vaza de todos os lados” (DELEUZE, 2006, p. 127).

Para Deleuze (2006), a lógica da identidade e semelhança domina o pensamento da representação influenciando as formas de enunciação da vida através da qualificação do que é e pela desvalorização do devir. Herança da filosofia metafísica e representacional é a ideia de subjetividade com fundamento na noção de identidade, na ideia de um sujeito que é um eu pensante e capaz de conhecer a verdade, fixado em um território, facilmente capaz de dominação e controle, a partir de uma lógica capitalista que escraviza e normatiza, transformando o diferente em igual. O processo de subjetivação é efeito de agenciamentos maquínicos por parte de instituições, linguagem, ciência, trabalho, para citar alguns, postos em circulação na vida e desqualificando aquilo que Guattari e Rolnik (1996) denominam como “processos de singularização”.

Os processos de singularização não são uma posse, um território, mas terras, produção de corpos e de maneiras de viver, uma espécie de deslocamento, escapatória dos valores capitalísticos (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 47). Analisar os agenciamentos que se formam e saber construir novos mundos, processos de singularização, é uma forma de resistência, logo, buscou-se uma pesquisa etnográfica atenta às pessoas de carne e ossos, as terras demarcadas e as que não foram en-

contradas, registrando as particularidades de cada situação que surgia dos encontros, olhando para os caminhos que poderiam ser atravessados por novos desejos. Rejeitou-se as ideias de um “eu”, sujeito, substância e partiu-se para os modos de existência, de singularidades e intensidades, para as composições, o devir, o transitório, a diferença como elementos capazes de mostrar outro sentido para a compreensão da vida e saúde.

Problematizar as concepções de saúde, identidade e a própria metodologia etnográfica, levou a Deleuze como possibilidade de oferecer margens para uma leitura crítica ou um suplemento às aplicações de Michel Foucault e a sua analítica sobre poder e cuidado de si.

Como diz a primeira e esta segunda parte do escrito, esses são os primeiros passos de uma longa travessia, que não pretende chegar a um território seguro e montar morada. Deleuze afirma que o território é o domínio do animal e do ter, percebido como a morada, lugar de demarcação e agenciamento de comportamentos, de investimentos nos tempos e nos espaços sociais (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 323). A desterritorialidade é o movimento pelo qual um território é abandonado e a reterritorialização é um movimento de construção de um território. Procura-se um “pensamento nômade”, como diz Deleuze (1985), para andar, conhecer lugares, criar trajetórias e traçar outras linhas de fuga. Aquilo que escapa, que vaza na constituição da subjetividade, saindo dos repetitivos e indo para as feitura, para os fazimentos que dizem de uma miscigenação e de outros perceptos.

Percebendo que a produção acadêmica mutila, massifica e mortifica os modos de vida nas comunidades indígenas, quando oferece uma compreensão de Saúde Indígena sem dar

voz a estas comunidades, buscou-se trazer os enunciados e enunciações dessas pessoas “libertar, no delírio, a criação de uma saúde ou a invenção de uma gente, isto, a possibilidade de vida” (DELEUZE, 1997, p. 4). Questionou-se sobre as possibilidades de construção de novos modos de vida e existência que exercitem a afirmação da vida, promovendo linhas de fuga aos modos de sujeição.

O Devir Saúde e o Morrer Sadia

Os encontros com as lideranças indígenas, um dia, presenteou o grupo de pesquisa Cultura, Saberes e Práticas de Saúde com o caso de uma senhora de 52 anos da comunidade Potyguara que era visitada todo mês pela equipe de saúde.

Em todas as visitas, era medida a pressão e estava alta, ela tomava remédio, mas comia tudo que não era para comer. Ela não tinha filhos, não tinha problemas familiares, era casada com um primo, os pais dela já tinha morrido, ajudava a comunidade lavando roupa longe e criava os filhos que as mães abandonava. Era madrinha de muitas mulheres e todos os meninos tomava a benção. Todos tinham uma admiração por ela, e ela tinha carinho por todos e com tudo que existia: plantas, animais, e tudo para ela estava bom. Por isso a gente diz que ela morreu sadia, porque vivia bem com todos.

A ideia de saúde recorrente na literatura acadêmica traz a noção de prolongar a vida, fazer viver. Segundo Foucault (1999), o fazer viver ou deixar morrer se organizava como biopolítica a partir da discussão do poder sobre a vida: o biopoder. Enquanto a estratégia disciplinar visava os corpos dos indivíduos, o biopoder estabeleceu a preservação da vida da população. Neste ponto, Foucault começa, na aula de 1974, analisando todos os procedimentos de gerenciamento de saúde da população: políticas de higiene pública, controle de natalidade, organização urbana de distribuição das famílias. O fato de viver passou a ocupar cada vez mais a cena do político, atravessando os processos de subjetivação da modernidade e se organizando a partir da lógica de tutela do Estado. Para elucidar o sentido político da capitalização da vida, Peter Pál Pelbart aponta:

A defesa da vida tornou-se um lugar-comum. Todos a invocam, desde os que se ocupam de manipulação genética até os que empreendem guerras planetárias. Alguns vêem nas formas de vida existentes e na sua diversidade um reservatório infinito de lucro e de pesquisa; outros, um patrimônio inalienável da humanidade [...]. Por um lado, a vida mesma tornou-se um capital, senão “o” capital por excelência, de que todos e qualquer um dispõem, virtualmente, com conseqüências políticas a determinar (2003, p.13).

Pelo modelo higienista, a prática médica ampliou seu domínio, extrapolando o corpo e passando a ter como objeto de cuidado a alimentação, as condições ambientais e o comportamento humano. Neste momento, percebe-se a vida entrando na história, na ordem do saber e poder pelas técnicas políticas que pretendem conhecê-la para melhor controlá-la e modificá-la.

O caso da senhora Potyguara fala de uma saúde que está na intensidade e na qualidade da vida em relações. Deste modo, a saúde diz de um exercício de força, de interação com o mundo, modos de sensibilidade e de relação com o outro. A ideia de morrer sadia extrapola a ausência de doença, tornando-se uma máquina de guerra em que a saúde se encontra na doença, nas resistências. Segundo nota Passeti (2004), para Deleuze, sofrer é estar exposto ao fora, ser afetado pela erupção dos encontros com o que é estrangeiro, sendo o sofrimento a condição primeira do corpo. Logo, fala-se de um corpo que suporta o sofrimento.

O caso cria a sua intensidade no corpo sem órgãos⁴, porque multiplica personagens, tornando-se uma legião. Não é indicador de um sujeito, mas de um coletivo, não se refere a um nome próprio nem uma pessoa, mas problematiza o eu totalitário, guardião dos sentidos e das verdades.

A ideia não está em atribuir valores de certo e errado, melhor ou pior, para o que vai sendo encontrado nas conversas com as lideranças indígenas, mas de trazer esses modos de

4 O Corpo sem Órgãos (CsO) é um conceito retirado de Artaud e desenvolvido por Deleuze e Guattari nas obras *Anti-Édipo* e *Mil-Platôs*. Relaciona-se a um conjunto de práticas vivenciadas, presente em um estilo de vida nômade. Problematiza as ideias de organismo e instrumentalização, em que o corpo é visto como meio de utilidade e de adaptação para realizar determinados fins dentro de uma lógica capitalista. O CsO é produção, intensidade, uma potência revolucionária para desfazer a organização produtiva em que foi inserido e para produção de realidades diferentes.

vivenciar o cotidiano que, muitas vezes, são silenciados com receio de que eles impulsionem “estilos de vida não saudáveis”. Porém, não se discute o quanto a ideia de “estilos de vida” propagada na área da saúde tem uma dimensão normatizante, fundamentada na lógica da identidade e semelhança que empobrece a diversidade de opções disponíveis para a vida.

Em um desses encontros do grupo de pesquisa, enquanto se discutia sobre os artigos de Saúde Indígena publicados nas revistas de Saúde Coletiva, uma professora visitante perguntou à liderança indígena sobre o que seria saúde, ao que ela respondeu “ausência de doença, é também genética...”, sendo logo interrompida com uma interrogação “genética?!”. Surpresa diante da surpresa interrogativa da professora, disse, abraçada, “sim, quando a doença do pai passa pro filho”. Sem ir mais adiante nesta explicação, entrou em outro fluxo e disse “saúde pra nós é plantar, colher, viver bem com a comunidade”.

Novamente, a cena do filme Terra Vermelha reaparece na lembrança, quando a liderança indígena diz de uma explicação que se acredita que seja a que o outro queira ouvir, pois é a que tem divulgação e legitimação dentro do campo acadêmico. Contudo, o fluxo da conversa se desloca e aponta para uma saúde com verbos no infinitivo, grávidos de ações e de um vivido, falando de um devir.

Os infinitivos plantar, colher parecem estar relacionados com o tempo do calendário, porém o extrapola, escapa à própria forma como se experencia o ritmo do tempo cronológico. Como traz Deleuze (1994), em relação ao infinitivo, este reflete o tempo do *aion*, do acontecimento, da *hecceidade*, carregado de *affectos*.

Os infinitivos trazidos pela conversa com as lideranças são combinações de ações, desejos, sensibilidade e inteligibilidade pelos quais não se diz que a saúde é (saúde é direito, é bem-estar, pois eis que o verbo ser remete a um Eu), referindo-se a processos relacionados ao sujeito ou estado de coisa, mas diz de acontecimentos incorporais, aproximados dos coletivos, das singularidades, relacionando-se a um ELE que é o acontecimento. Deleuze e Guattari exprimem, quanto ao verbo no infinitivo, que este:

Não é absolutamente indeterminado quanto ao tempo, ele exprime o tempo não pulsado flutuante próprio ao Aion, isto é, o tempo do acontecimento puro ou do devir, enunciando velocidades e lentidões relativas, independentemente dos valores cronológicos ou cronométricos que o tempo toma nos outros modos. Assim, estamos no direito de opor o infinitivo como modo e tempo do devir ao conjunto dos outros modos e tempos que remetem a Cronos, formando as pulsações ou os valores do ser (o verbo “ser” é precisamente o único que não tem infinitivo, ou melhor, cujo infinitivo é apenas uma expressão vazia indeterminada, tomada abstratamente para designar o conjunto dos modos e tempos definidos). (1997, p. 44).

Devir é um verbo que não conduz ao “ser”, mas a uma legião. Ele é da ordem da aliança, da criação que se processa pelo

entre, produzindo ramificações sem início e sem fim. Aponta para uma potência de vida que se afirma na falta de um jeito único, sem uma só história, mas com muito charme de várias combinações, como é trazido por Deleuze e Parnet:

Há, nesse caso, como que verbos no infinitivo, linhas de devir, linhas que correm entre domínios, e saltam de um domínio a outro, interreinos. A ciência será cada vez mais como a grama, no meio, entre as coisas e entre as outras coisas, acompanhando a fuga delas (é verdade que os aparelhos de poder exigirão cada vez mais uma reordenação, uma recodificação da ciência). (1998, p. 55)

Vai se percebendo o quanto essas pessoas são geradoras de novos agenciamentos, outras configurações técnicas, políticas, estéticas e éticas de produção de saúde e de si. Deste modo, anda-se por entre terras do que se produz como saúde e o corpo acorda e passa a fluir e ser afetado, estando vivo não como instrumento, mas como uma combinação de sensações.

É como na vida. Há na vida uma espécie de falta de jeito, de fragilidade da saúde, de constituição fraca, de gagueira vital que é o charme de alguém. O charme, fonte de vida, como o estilo, fonte de escrever. A vida não é sua história; aqueles que não têm charme não têm vida, são como mortos. Só que o charme não é de modo algum a pessoa. É o

que faz apreender as pessoas como combinações e chances únicas que determinada combinação tenha sido feita (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 5).

Não se tem a pretensão de medir ou enquadrar essas combinações, mas possibilitar que elas causem mutações na forma de ver, escutar e pensar dos pesquisadores. Que os devires possam romper com os padrões e séries produzidas pelas concepções de saúde.

Também não se pretende mitigar os devires transformando-os em modelos ou referências, mas contaminar-se pelas intensidades e deixar que estes fluxos desmanchem essas ideias de saúde como unidade.

Do cuidado de si em saúde para produção de vida na comunidade indígena dos Potyguaras

As aulas compiladas no livro *Hermenêutica do sujeito* (FOUCAULT, 2006) encetam uma trama histórica das relações, suscitadas pelas práticas e análises, entre subjetividade e verdade, a partir da relação entre as noções *Gnôthi seautón* e *Epiméleia heautoû*. A primeira traduzida por “conhece-te a ti mesmo”, uma prescrição délfica, colocada na história do pensamento ocidental como fórmula fundadora da relação sujeito e verdade, enquanto a segunda, refere-se a “cuidado de si”, “ocupar-se consigo”, posta às margens, desconsiderada no “momento cartesiano” e na construção do pensamento filosófi-

co moderno. Neste livro, Foucault faz um apanhado da noção de cuidado de si em três momentos, com o objetivo de contrastar a espiritualidade antiga e a filosofia moderna:

- Socrático-platônico, ilustrado pelo diálogo de Sócrates com Alcebiades, trazendo o “cuidado de si” como uma sentença antiga da cultura grega, ligada ao exercício de poder;
- Século I e II denominada idade do ouro da cultura de si;
- Passagem dos séculos IV-V, da ascese filosófica para o cristianismo.

As noções *Gnôthi seautón* e *Epiméleia heautoû* foram se engravidando de outras significações que, na origem, não lhes foram atribuídas:

O “conhece-te a ti mesmo” não trazia uma necessidade de conhecimento de si como fundamento de uma moral, mas, na Antiguidade, é uma aplicação concreta do princípio do cuidado de si, uma recomendação referente ao modo adequado pelo qual as pessoas devem consultar o deus Apolo.

A noção cuidado de si indicava: atitude consigo, com os outros e com o mundo; conversão do olhar, da atenção que quer dizer meditação e exercícios; ações pelas quais o sujeito se modifica. Esta noção aparece, no pensamento filosófico, na figura de Sócrates, o mestre que tem por ofício incitar os outros a se ocuparem consigo e a se preocuparem menos com o que lhe pertence e mais com a sua própria pessoa e a própria cidade. Com Sócrates, o cuidado de si significa privilégios de ordem política, econômica e social de um povo sobre outros. Logo, o exercício do poder/governo dos outros está associado ao cuidado de si/governo de si.

Nos séculos I e II, denominados de Idade do Ouro na história do cuidado de si, essa expressão se tornou um princípio geral e incondicional, um imperativo imposto a todos sem necessidade de *status* e uma obrigação que devia acompanhar toda a vida e não somente aquele momento entre adolescência e idade adulta. Sendo assim, a função crítica reformadora do cuidado de si se acentua, tendo um papel mais corretivo que formador. A formação não é para que seja um governante, mas para que suporte os infortúnios. Essa ideia de corrigir, reparar, estabelecer um estado, aproxima o cuidado de si da medicina bem como da filosofia.

Com a teologia, há uma nova era entre subjetividade e verdade e a condição de acesso à verdade é vista como sendo pelo ato do conhecimento. O princípio é um sujeito cognoscente que encontra em Deus (que tudo conhece) seu modelo. Esta compreensão separa o cuidado de si e o pensamento filosófico da espiritualidade, pois o cuidado de si e o acesso à verdade são vistos como sendo dados pelo conhecimento e não por condições de transformação do sujeito. A relação entre “cuidado de si” e acesso à verdade vai sendo rompida e esta ruptura, arqueologicamente, é buscada na teologia, bem antes do Cogito cartesiano. Essa cisão tem como pensador fundante, Aristóteles, e está presente no pensamento escolástico de Santo Tomás e Agostinho, produzindo um conflito entre espiritualidade e teologia.

O cuidado de si vai sendo posto às margens, considerado no “momento cartesiano” em favor dos métodos de pensamento e conhecimento das causas. O conheci-

mento é valorizado, tornando-se submissão do sujeito à verdade que ele alcança.

Pelo cuidado de si vão sendo produzidas as mais restritivas e austeras normas presentes na moral cristã e moderna, compreendida como ética do não-egoísmo, seja na forma cristã de renunciar-se ou na forma moderna de uma obrigação para com o outro. No pensamento cristão a renúncia é de si e de sua vontade, o que resulta na objetivação do eu nas práticas de obediência. Não há necessidade de se modificar, já que se acessa a verdade por decifrações, pela consciência ou pela exegese de uma verdade no interior dos indivíduos. O cuidado de si passa a ser visto como uma espécie de combate às fraquezas do “eu”.

Neste livro, Foucault procura construir uma historicidade do sujeito, trazendo sua determinação histórica, mas, também, sua dimensão ética, revelando que este emerge das técnicas de dominação e das técnicas de si. O cuidado de si de uma categoria política que implicava no cuidado do sujeito em relação a tudo que o rodeia, foi sendo constituída apontando para o conhecimento de si (da transformação do sujeito para objeto de conhecimento possível), adotando como fio condutor as “técnicas de si”, ou seja, os procedimentos empregados na fixação da identidade do sujeito em função de determinados fins, difundida como forma de egoísmo, interesse individual.

O cuidado de si não é cuidado de interesse, mas é a produção ético-moral de si mesmo, quando o sujeito se orienta para uma estilização da vida, uma estética da existência. Como pensar em formas de produção de si na população indígena dos Potyguara de Monsenhor Tabosa?

O cuidado do doente pelos índios, na figura do pajé, já estava presente antes da chegada do europeu, sendo assim, o

indígena, a partir de diferentes grupos, possui formas de cuidado, mesmo considerando as reelaborações devidas aos contatos e às transformações sociais e culturais em que vivem. Neste sentido, a própria lógica da identidade se torna passível de desconstrução diante do efeito destas miscigenações que produzem novos sujeitos. Porém muitos desses modos de cuidado são atravessados pela lógica capitalista marcada pela produtividade e medicalização das formas de cuidado.

Contudo, percebe-se pluralidades de formas rizomáticas ao cuidarem de si que tornam possível às populações indígenas criarem rasgos no estado de exceção, criando novas terras existenciais. A partir dessas compreensões, entende-se que a saúde nos povos indígenas vai se construindo como o resultado das forças de relações que se estabelecem entre eles, entre eles e a natureza, entre eles e a organização social, entre eles e a cosmologia, entre eles e as práticas de poder, entre eles e o mundo.

A experiência nas comunidades indígenas tem aproximado os pesquisadores de combinações vividas de saúde que não se restringem à ausência de doença, mas integram a ideia de adoecimento, bem como das relações entre vida espiritual, convivência comunitária e ecológica. Falar de saúde para o Potyguaras é dizer dos seus antepassados e do seu presente, inclui o conhecimento sobre as plantas medicinais; tratamento natural (ervas, barro, água, pedra, fumaça, terra); trabalho do pajé, curadores, rezadores e parteiras; cuidados com as crianças, com os velhos e o ambiente, assim como do seu contato com o sistema formal de saúde.

Percebe-se que não está em questão descrever atributos *a priori*, universais, essenciais e transcendentais de sujeito, saúde, mas pontos de ultrapassagem e problematizações das práticas de subjetivação das comunidades indígenas nos seus diversos modos de produzir saúde.

Muitas terras para percorrer

Este escrito se traduz em um entrelaçar que impede dizer de um começo e de um fim, assim como traz o desejo desta pesquisa que está em ultrapassar a descoberta científica feita de ordenações e codificações, apontando para uma escrita dos encontros que seja rizomática, no sentido de Deleuze e Guattari para quem:

Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo 'ser', mas o rizoma tem como tecido a conjunção 'e... e... e...' Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. Para onde vai você? De onde você vem? Aonde quer chegar? São questões inúteis. Fazer tabula rasa, partir ou repartir de zero, buscar um começo, ou um fundamento, implicam uma falsa concepção da viagem e do movimento (metódico, pedagógico, iniciático, simbólico...) (1995, p. 4).

Destarte, continua-se a travessia em terras que não principiam nem serão moradas. Falar dos modos de produção de saúde dos Potyguaras não é buscar uma cura, pois, muitas vezes, esta cura está em silenciar a potência de vida, tirar os entrelaçamentos entre adoecimento e saúde, agenciar formas de vida higienizadas que excluem outras produções de vida.

Move-se pelos meios, e o pensamentos nômade se alegra no movimento com a destituição dos fundamentos. Se for para falar de um lugar dessa escrita, fala-se dos espaços das fronteiras, das intensidades, da velocidade que se inscreve ininterruptamente sobre as bordas do múltiplo. A escrita em questão procura devir “sempre incompleta, sempre em formação, e vai além das substâncias de qualquer experiência vivível ou vivida” (DELEUZE, 1997, p. 1). Assim, continua-se com as problematizações, colocando esta pesquisa em movimento. Para outros escritos, interrogo: quais as possibilidades de vir a ser do pesquisador no encontro com as experiências que me advém? Como pensar a etnografia a partir do Devir? Quais outras forças de composição etnográficas e o que pode devir desse movimento?

Um andarilho vai pela noite

A passos largos;

Só curvo vale e longo desdém

São seus encargos.

A noite é linda -

Mas ele avança e não se detém.

Aonde vai seu caminho ainda?

Nem sabe bem.

(O Andarilho – Nietzsche)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Tradução Luiz Orlandi, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. Tradução Peter Pál Pelbart. São Paulo: 34, 1997.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. Tradução L. R. S. Fortes. São Paulo: Perspectiva, 1994.

DELEUZE, G. Pensamento nômade. In: **Nietzsche hoje?** Colóquio de Cerisy. Org. e rev. técnica Scarlett Marton. Tradução M. Nascimento e S. S. Goldberg. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 56-76.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v. 1. Tradução A. Guerra Neto e C. P. Costa. Rio de Janeiro: 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v. 4. Tradução S. Rolnik. Rio de Janeiro: 34, 1997.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução E. A. Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografia do desejo. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

LANGDON, E. J. A construção sociocultural da doença e seus desafios para prática médica. In: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu**: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

NIETZSCHE, F. W. **Assim falou Zaratustra**: um livro para todos e para ninguém. 12. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

PASSETTI, E. Kafka-Foucault: sem medos. In: _____ (Org.) **Kafka, Foucault**: sem medos. Cotia, SP: Ateliê, 2004.

PELBART, P. P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. Rio de Janeiro: Iluminuras, 2003.

PEREIRA, E. R. Participação indígena no cenário da enfermagem. **Nursing**, 2008. Disponível em: <<http://www.nursing.com.br/article.php?a=56>>. Acesso em: ago. 2014.

RIGOTTO, R. M.; BRAGA, L. Q. V. Indígenas Tremembé e trabalho escravo na monocultura do coco: relatório de um estudo sobre o conflito e as suas repercussões na saúde. **E-cadernos CES [Online]**, v. 17, p. 194-204, 2013.

SIASI. **Sistema de Informação da Saúde Indígena**. 2012. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografiaIndigena.asp>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

VASCONCELOS, D. P.; RIGOTTO, R. M. **Conflito Ambiental no território indígena Tapuya Kariri e suas implicações à saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

CAPÍTULO 21

A ARTE DA DIFERENÇA:

POR UMA ÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE ATRAVÉS DE COMPOSIÇÕES NARRATIVAS E EXPERIMENTAÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE MENTAL

*Alexandre Semeraro de Alcântara Nogueira**

*José Jackson Coelho Sampaio***

Introdução

Este escrito é um ensaio revisto no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Seu objetivo principal é oferecer uma contribuição teórico-prática sobre a ética do cuidado em saúde, a partir de uma concepção subjetiva inscrita nas composições narrativas advindas da experimentação de intervenções, ações, afetos e manejos realizados num serviço de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas, situado na cidade de Fortaleza.

A estrutura do presente texto realiza uma aproximação intencional indissociável entre arte e Saúde Coletiva, entre vida e narrativa. Para tanto, o ensaio é desenvolvido com fragmentos literários, filosóficos, científicos e factuais, posicionando-se numa concepção política de pesquisa qualitativa que considere referência teórica, fundamento epistemológico, ético e subjetivo em práticas de saúde, a partir da potência e da relevância da produção de composições narrativas, sempre abertas e tensionadas pelos processos de implicação e inacabamento.

Desse modo, o ensaio apresenta conceitos basilares e fundamentais, quais sejam arte, experiência e narrativa, advindas de inquietações científicas e implicações profissionais em Saúde Coletiva. Considera-se oportuno advertir que as composições narrativas apresentadas neste ensaio são diluídas pelo corpo-força-escritura de seus autores, numa propulsão de movimentos atravessados pelo sensível, operacionalizando uma posição teórica contrária a recortar frases anunciadas pelo outro e destacá-las para fim de uma análise interpretativa conclusiva e final.

Percurso e Escritura

O ensaio é permeado pela escrita literária e pela apresentação de ideias teóricas e recortes de práticas desenvolvidas entre os anos de 2004 a 2009, numa concepção política e crítica. Pois, como refere Bondía (2002, p. 20): “o par teoria/prática remete, sobretudo, a uma perspectiva política e crítica”. E afirma Deleuze (1992, p. 156): “com indicações e referências diversas, extraídas de fontes que considera a Filosofia, a Arte e a Ciência como espécies de linha melódicas estrangeiras umas às outras e que não cessam de interferir entre si”. Acrescenta-se as próprias experiências práticas entre a ficção literária e os traços da realidade possível.

Existe aqui uma invenção⁵, pelo modo de sua apresentação e pela sua constituição de desvio⁶, distante de uma forma lógico-cartesiana. O texto visa repercutir ecos para um pensar crítico sobre a potência da composição narrativa e a ética do cuidado em saúde. Por isto, as composições narrativas são estratégias para apresentar e explicitar os conceitos e as ideias contidas na ética do cuidado em saúde, distanciando-se de uma mera explicitação conceitual objetiva e racionalista. Investe e configura com traçado subjetivo e afetivo. Esses traçados delineiam a sensibilidade de uma pluralidade de imagens de peças de um quebra-cabeça textual, um pretexto, interessado em desdobramentos narrativos de conversações com o leitor,

5 A palavra invenção tem um destaque fundamental neste ensaio, sua concepção e conceito podem ser fígados com base no historiador Albuquerque Júnior (2009), no contista Campos (1979) e na trilogia poética de Barros (2003).

6 O termo utilizado é proposto tendo em vista a afirmação do filósofo Benjamin, na obra “Origem do drama barroco”, quando afirma que “método é caminho indireto, é desvio” (1984, p. 50).

em torno da ética do cuidado em saúde, envolvendo aspectos teórico, estético, conceitual, político, subjetivo e experimental.

PRIMEIRA COMPOSIÇÃO NARRATIVA: o recontar da cidade do corpo

Quando foi apresentado ao serviço de saúde mental CAPS AD⁷, ainda estava internado num hospital psiquiátrico. Tinha vinte e seis anos. Era sua décima terceira internação. Constava na listagem de “pacientes egressos⁸”. Um trabalhador do CAPS AD foi visitá-lo. À porta do hospital, foi convocado para conversar com a assistente social que acompanhava o caso. Conversa demorada, repleta de classificação e diagnóstico psiquiátrico extraído de manuais sagrados⁹ contidos no prontuário do interno.

O prontuário é um instrumental profissional da história de vida da saúde ou da doença de uma pessoa? Talvez os dois. Mas, certamente, vem composto de uma padronização, com informações puras, secas e diretas, em que a evidência de seriedade e de verdade é estampada sem nenhuma outra possibilidade além de relatos técnicos de fatos clínicos tradicionais,

7 Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas.

8 A listagem de “pacientes egressos” de hospitais psiquiátricos da cidade de Fortaleza foi disponibilizada aos CAPS, durante o ano de 2004.

9 Referência feita aos Manuais CID – 10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) e DMS – IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), comumente utilizados nas práticas em Saúde Mental como referência fundamental e imprescindível, mesmo tendo uma estrutura classificatória centrada, exclusivamente, na ordem do saber e do poder médico.

diagnósticos, comportamentos e condutas. Tem sua relevância, mas é imposto, nas práticas em saúde, quase como único e absoluto. Lembra uma situação de coma, para não dizer, uma dissecação de cadáver, sem pulsação ou referência a uma vida de fato. O que preocupa nesse instrumental profissional é o uso reducionista que se faz dele, não ele em si.

O homem perambulava pelo pátio de sua ala, numa roupa padronizada, que parecia pijama ou fantasia de uma ala de carnaval, sem confete, serpentina ou folia. Estava apenas sob o efeito de muitas drogas psicofarmacoterapêuticas, legalizadas e impostas como remédio e ilusão de cura, já registradas no prontuário.

A lembrança do primeiro encontro vem à tona pelo corpo físico do paciente¹⁰, com uma pequena cruz tatuada no queixo. Olhos baixos, olhares contidos, num equilíbrio frágil de sofrimento intenso. Poucas palavras trocadas numa tentativa de resistir à vida.

Outras visitas foram feitas. Indagações sem respostas sobre a dosagem e os psicofármacos repercutiram na revisão do prontuário, registrada posteriormente. Uma abertura de diálogo foi instaurada numa das visitas ao hospital. A cruz artesanal tatuada apontou uma fresta narrativa¹¹ numa das

10 Paciente é um termo preciso, nesse caso, pois faz referência a uma condição mental e corporal de catatonia, de embotamento; pelo espaço físico sem atrativo, pela elevada dosagem de medicamentos, equivalentes ao *noiado* (termo popular), mas não melhor, em cena de uso abusivo de crack. Neste sentido, a referência a Francisco se configura como paciente, sendo aquele que espera, está apático e está guiado pelo outro, na sua condição de hospitalização.

11 A referência à fresta narrativa se baseia nas ideias de Benjamin (1985), precisamente em dois textos, intitulados: “Experiência e pobreza” e “O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov”. Além destes, são referências os fragmentos: “Conto e cura” e “Contar arte”, presentes na obra *Imagens do pensamento* (1995).

histórias de Francisco¹². Depois, uma trilha pela cidade narrativa do corpo de tatuagens¹³ de Francisco foi inventada. Foi inventada, sim. Pois a aproximação feita não constava em manuais, não estava dada, não havia receita pronta nem regra determinada para possibilitar, de modo efetivo, uma cadeia de outras narrativas, repercutindo numa relação de aproximação, de vínculo, de confiança e de cuidado¹⁴. Ele parecia que havia percebido e introjetado a relevância dos fios narrativos de sua infância perdida¹⁵, uma possibilidade frágil, mas concreta, de produzir experiências¹⁶.

12 Nome fictício.

13 Francisco tinha em seu corpo várias tatuagens. Elas foram sendo mostradas e recontadas por ele, através de suas próprias histórias, aos poucos. Eram imagens de seres fantásticos, de rostos, de serpentes, de esfinges e, também, com nomes tatuados. Formavam dois grupos de tatuagens, distintos e antagônicos. Eram impressões no corpo que lembravam a dicotomia de contos de fadas, isto é: o bem e o mal; o bonito e o feio; o certo e o errado; o bom e o mau.

14 Ver artigo de Rodrigues e Tedesco (2009), intitulado “Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo”.

15 A expressão *infância perdida* funciona de modo polissêmico, pois: 1. faz alusão à vida cronológica de Francisco, numa idade de jovem adulto, não mais um menino que, de certo modo, já *passou da infância* cronológica, tendo por isso uma *infância perdida*; 2. faz referência a sua vida afetiva, vasculhada a partir dos porões de sua subjetivação e de suas narrativas, para rememorar e produzir uma recolocação de sentidos na floresta de suas pulsações, em relação direta com os acontecimentos de sofrimento do presente, repercutidos no mundo externo; assim ele tentava uma conciliação possível, partindo das memórias dessa *infância perdida*, do jovem adulto, do outro e do mundo; 3. recorre ao termo etimológico da palavra *infância*, muito mais que unicamente referência cronológica, numa concepção de ausência de fala, de inabilidade necessária e de abertura, para rever a continuidade da vida, tanto de si, quanto do mundo. Numa diluição entre sujeito e objeto, num deslocamento flexível de recolocar-se numa história inacabada, implicando-se e sendo implicado como narrativa de uma história da humanidade. Ver Kohan (2003; 2007); Gagnebin (1994; 1997); Schärer (2009); Agamben (2005).

16 O conceito de experiência considerado neste trabalho pode ser detalhado na dissertação de Meinerz (2008), intitulada: *Concepção de experiência em Walter Benjamin*. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15305>.

Depois de Francisco recontar a narrativa da cruz, os extremos entre o sagrado e o profano se aproximaram. De um lado, sua marca cultural com a religião, advinda de seu forte vínculo e reverência à avó materna; de outro, a imagem do desvio¹⁷ e da quebra da norma social, provocada pelo queixo marcado pela cruz feita, artesanalmente, com óleo de castanha.

De modo narrativo, desde a história tecida por ele, Francisco apontou, além de sua história pessoal, a história social e coletiva entremeada de contradições e paradoxos: – “Quem vai empregar alguém como eu, com essa tatuagem?”

A concepção de narrativa ganhava força. A desconfiança de tensionar, dilatar, alargar paradoxos, indicou um caminho oportuno para aflorar narrativas e potencializar a experiência estética da existência¹⁸. Conforme Soares, a narrativa se caracteriza por

17 Sobre o conceito de *desvio*, sugiro a leitura de Becker (1977), em dois ensaios, intitulados: *Marginais e desviantes* e *De que lado estamos?*

18 Ver Birman (1996, p. 58-68) e Seligmann-Silva (1999). Estas referências foram imprescindíveis para se pensar na expressão *experiência estética da existência*. Apesar da expressão não estar posta de modo direto nos textos, há uma equivalência a se considerar: 1. A experiência é marcada de modo singular no sujeito, ele a atravessa e é atravessado por ela, implicando-se e sendo implicado, mas repercutindo além de seu contexto pessoal e individual; 2. A condição existencial da experiência estética é entendida por experiência estética da existência como ato dinâmico e paradoxal de inventividade, implicados entre a construção, o conhecimento e a expressão. É potencializador de vínculos atrelados aos órgãos dos sentidos, numa esfera de conhecimento alimentada e em constante movimento para a reverberação de ações produtoras de choque, rompendo condutas redutoras de liberdade e de autonomia. Desse modo, a estética existencial é uma possível condição de se implicar no mundo, fundido e misturado entre o mundo interno e o externo, mas com um reconhecimento prático de uma instância além de um eu-individual e personalista. É, assim, uma instância sem lócus definido, tensionado pelos afetos, emoções e sentimentos, numa constante dinâmica de criação de sentidos, mas com marcas relacionais, plurais, impessoais e coletivas.

Arrancar o óbvio do fundo do terreno plácido e imóvel, puxando-lhe a raiz e expondo-o à luz das problematizações, em plena paisagem imobilizada pela conjugação perversa entre tradições, normas, saberes, instituições e poderes: eis a tarefa radical da narrativa (SOARES, 2006, p.14).

Na concepção acima de narrativa, guiado pela sua ideia conceitual e pela narrativa de Francisco, tivera início um trabalho hercúleo. Este sem fim posto na qualidade de acabamento de resolução totalizadora, mas com uma indicação metodológica narrativa, é demarcado a partir da descoberta de que orientar-se pela cidade narrativa do corpo não significa muito. No entanto, “perder-se nessa cidade narrativa, como alguém se perde numa floresta, requer instrução”¹⁹.

E a instrução e a aposta estavam lançadas, num tatear de pretextos²⁰ de arte, que apontassem uma dialética à Saúde Mental, em que pudessem produzir aberturas para a construção de processos coletivos, envolvidos numa perspectiva metodológica narrativa.

19 Paralelo feito com o primeiro fragmento de Benjamin (1995), denominado *Tiergarten*, na obra *Infância em Berlim por volta de 1900*, livro dedicado ao filho do pensador.

20 O termo *pretexto* parece preciso, pois nessas práticas em saúde mental, se posiciona numa cotidianidade para a quebra de uma hegemonia no modo de operacionalizar a prática de cuidados, inaugurando uma relevância legítima de se ancorar em instrumentais além dos clássicos e convencionais modos clínicos de se produzir práticas. Desse modo, é *pretexto* porque a contribuição de concepção de arte e do modo de fazer não visa, de antemão, formar artista e / ou destacar artista - trabalhador, mas apontar a contribuição de um arcabouço teórica de ética de cuidado advindo da arte. Numa perspectiva interdisciplinar com outros saberes, culturas, poderes e atrelado aos princípios do SUS – Sistema Único de Saúde, através da integralidade, equidade e universalidade.

A perspectiva metodológica apontada estava voltada para a produção de recontos e de ações nos quais os afetos da história de vida, a subjetividade²¹ e o coletivo pudessem ganhar espaço efetivo e potencializar um conhecimento intercambiável de experiências, oposto à simples informação.

1.2 COMPOSIÇÃO NARRATIVA E EXPERIÊNCIA: elementos esquecidos em Saúde?

A etimologia da palavra narrativa vem de duas formas latinas: *gnarus* (que sabe, que conhece) e *narro* (contar, expor, fazer conhecer), ambas ligadas à raiz *gnâ* (saber), do sânscrito (WHITE, 1989).

Para Benjamin (1985), a ideia de narrativa pode ser explicitada nos ensaios: “Experiência e pobreza” (1933) e “O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov” (1936). A narrativa está, indissociavelmente, relacionada com grande parte de seu construto filosófico e tem uma relevância basilar para a reflexão e crítica traçada por ele sobre a modernidade²².

21 O conceito de subjetividade é misturado por excelência, já que não descreve uma essência ou uma natureza, mas diz respeito a um processo de produção de si que se realiza com componentes heterogêneos, matérias distintas ou vetores de existencialização diversos. Estamos aqui falando não apenas das relações familiares, dos acontecimentos da infância ou dos componentes biológicos, mas também das relações com a cidade, com a política, com os meios de comunicação, com as novas tecnologias etc. (PASSOS, 2002 p. 1). Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto12.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

22 Sobre como Benjamin concebe a modernidade, o artigo de D’Angelo, intitulado: “A modernidade pelo olhar de Walter Benjamin” (2006, p. 55-75) é bastante oportuno, pois sinaliza a relevância do fragmento para o pensador, numa crítica à modernidade e à história oficial, a partir da obra poética de Baudelaire. Na citação de D’Angelo: “O fragmento é visto, neste caso, como miniatura do mundo e representação do espírito

Benjamin inicia o texto do ensaio “Experiência e pobreza”, de 1933, com uma parábola, interpelando a uma reflexão em torno da experiência pela utilização de uma narrativa. Essa parábola é uma estratégia com, no mínimo, dois sentidos: 1. apresenta em ato uma narrativa, favorecendo a compreensão de suas características e funções e 2. favorece a contrapor o conceito de experiência (*erfahrung*) ao de vivência (*erlebniße*).

A primeira (*erfahrung*) é marcada pela tradição e pela memória comuns, garantidas na existência de uma coletividade, relacionadas a um trabalho e a um tempo partilhados, numa prática e numa linguagem comuns.

A segunda (*erlebniße*) já é marcada pelo processo individualista, advindo com a modernidade e com as terríveis catástrofes humanas, ocasionando a pobreza de experiências comunicáveis, quais sejam:

Nunca houve experiências mais radicalmente desmoralizadas que a experiência estratégica pela guerra de trincheiras, a experiência econômica pela inflação, a experiência do corpo pela fome, a experiência moral pelos governantes (BENJAMIN, 1985, p. 115).

Como a narrativa é considerada nas práticas em Saúde? Em que sentido? Com que intenção e usos? Como se entende a narrativa numa ética de cuidados em saúde? Para aprofundar um maior esclarecimento sobre a narrativa, Benjamin (1985)

de uma época. Em uma das transfigurações do poeta – o trapaceiro – observamos o mesmo interesse da criança pelo residual, pela sobra e pelo que foi jogado fora. Adotando um procedimento idêntico ao catar resíduos no lixo da história oficial” (p. 75).

distingue, em 1936, narrativa e informação: “A narrativa (...) é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o ‘puro em si’ da coisa narrada como uma informação ou relatório” (BENJAMIN, 1985, p. 205).

A informação, diferentemente, é outra forma de comunicação que “aspira a uma verificação imediata. Assim, ela precisa ser compreensível em si e para si” (BENJAMIN, 1985, p. 203). Ela é plausível e impõe uma verificação de fatos e acontecimentos. Segundo Benjamin:

Os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que acontece está a serviço da narrativa, e quase tudo está a serviço da informação. Metade da arte narrativa está em evitar explicações (1985, p. 203).

Se a arte narrativa não está interessada em transmitir o “puro em si”, o que transmite? A resposta pode ser flagrada na implicação direta entre a narrativa e a experiência, oferecida por Benjamin, no ensaio “O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov”. Ele define: “narrativa é a faculdade de intercambiar experiências” (1985, p. 198).

Mas, como intercambiar experiências nas práticas de saúde, se há uma tendência cada vez maior de seguir protocolos, manuais e padronizações com posições clínicas tendendo, exclusivamente, à prática organicista e generalista? Sem considerar, de fato, rearranjos sociais e subjetivos, culturais e singulares? Acrescente-se que também se perdeu a capacidade sensível

de distinguir experiência e informação, assumindo a informação pura como sinônimo de conhecimento e de aprendizagem, como aponta Bondía:

Além disso, seguramente todos já ouvimos que vivemos numa ‘sociedade de informação’. E já nos demos conta de que esta estranha expressão funciona às vezes como sinônima de ‘sociedade do conhecimento’ ou até mesmo de ‘sociedade de aprendizagem’ (2003, p. 22).

Se a informação não for precisa em si, em práticas de saúde, haverá um equívoco e não será sinônimo de conhecimento e de aprendizagem. Como explicar os dilemas operacionais de manejo apresentados nos serviços, em seus cotidianos, principalmente em situações de crise dos parceiros acompanhados e na proliferação crônica da miséria social, refletida no corpo físico e no subjetivo? Por processos de privação e de violência?

Se a informação é plausível e repleta de explicações em si, parece também redutora da construção de vínculos mais humanos e coletivos, ou melhor, humanizadores. Ela aponta, por assim dizer, uma indiferenciação que se manifesta na precisão e na verdade, que alimenta uma concepção histórica de um utilitarismo material de mercado, produzindo a hegemonia combatida em numa posição crítica em saúde. Esta é alimentada, ainda, em malhas sutis e perversas nos discursos pretensamente heterogêneos, manifestados de modo discursivo e não discursivo.

O declínio da narrativa é apontado pela ascensão da informação, na condição de comunicação pretensamente absoluta de garantia de humanidade, uma humanidade materialista de consumo e redutora de existências coletivas, sem posição absoluta

de verdade e de um utilitarismo mercadológico.

Ao contrário, “a narrativa (...) não se esgota. Conserva a força reunida em seu âmage e é capaz de, após muito tempo, se desdobrar” (BENJAMIN, 1995, p. 276). Além disso, a narrativa já havia sido destacado por Benjamin (1985) por carregar um significado histórico e social. Ela é inscrita num plano artesanal e coagulada com a história²³ da humanidade e com a linguagem²⁴, realiza movimentos dinâmicos e potenciais da existência estética e de uma ética de cuidado em saúde.

Desse modo, a matéria do narrador é a vida humana, estabelecida com esta uma relação rudimentar, artesanal, por isto, frágil e forte, mas sábia. No entanto, a sabedoria de dar conselhos²⁵ (no sentido de conselho verdadeiro – *Rat*) implica

23 A ideia de história em Benjamin (1985, p. 222-232) é concebida como aberta e inacabada. Uma espécie de anti-história, algo por vir. Pode apresentar traços do materialismo histórico e do messianismo, conforme a peculiaridade do modo do interpretar do pensador e concebê-la. Ver o artigo de Benjamin (1985): Sobre o conceito de história. “É importante explicitar que a história benjaminiana não aponta para nenhum télos fora dela, mas se constitui a partir de seu próprio material. (Otte, 2001, p. 409)”.

24 Para Benjamin (1916, p. 196), “a linguagem não é apenas comunicação do comunicável, mas, simultaneamente, símbolo do não-comunicável”. Assim, a linguagem vai ganhar uma peculiaridade e destaque, pois, no ato narrativo entre narrador e ouvinte, no esteio de Benjamin (1992, p. 229), o narrador “usa a linguagem para estabelecer uma relação viva com ele próprio ou com os seus semelhantes, a linguagem já não é um instrumento, não é um meio; é uma revelação da nossa essência mais íntima e do laço psicológico que nos liga a nós próprios e aos nossos semelhantes”. Sobre linguagem e experiência, ver artigo de D’Angelo (2006, p. 11): Experiência e linguagem, em que a autora assinala: “O interesse de Benjamin pelas questões mais gerais da linguagem e da comunicação humana também está intimamente ligado ao problema da experiência”.

25 O sentido da palavra *conselho* oferecido por Benjamin (1985; 1995) deve ser entendido com suas especificidades, já que o próprio provérbio popular adverte: *Se conselho fosse bom não se dava, se vendia*. Para o pensador, o conselho não versa sobre um materialismo histórico, preso ao utilitarismo das forças produtivas. Para o filósofo, “aconselhar é menos responder a uma pergunta que fazer uma sugestão sobre a continuidade de uma história que está sendo contada. Para obter essa sugestão, é necessário primeiro saber narrar a história (sem contar que um homem só é receptivo a um conselho na medida em que verbaliza a sua situação). O conselho tecido na substância viva da existência tem um nome: sabedoria” (BENJAMIN, 1985, p. 200). Assim, o

na potência de saber na experiência (*Erfahrung*) de toda uma vida, de uma vida de todos. Assim, o conselho repercute no âmbito coletivo, numa correlação indissociável entre o eu-pessoal e o eu-impessoal.

1. SEGUNDA COMPOSIÇÃO NARRATIVA:

O arraiá de pipas

Francisco participava do Grupo Narrativo²⁶: uma perspectiva de clínica social. As narrativas contadas traziam uma infinidade de linhas culturais, desde a peculiaridade dos falares, das *performances* do corpo e da cadência e do silêncio da voz, repletos de forças e intensidades, no ato das narrativas reveladas.

Eram linhas produzidas pelos modos de vida e pela visão

conselho passa a significar a continuação de uma história que se tece à medida em que é contada e carrega consigo uma sabedoria que perpassa o tempo. Entretanto, Benjamin reconhece que as forças produtivas têm enfraquecido a condição de possibilidade do conselho, isto porque as experiências estão deixando de ser comunicáveis. Mesmo com o desaparecimento e o enfraquecimento das experiências comunicáveis, ainda assim, o narrador é uma espécie de cultivador da experiência. Para Benjamin (1985, p. 221): “o narrador figura entre os mestres e os sábios. Ele sabe dar conselhos: não para alguns casos, mas para muitos casos, como sábio. Pois pode recorrer ao acervo de toda uma vida (uma vida que não inclui apenas a própria experiência, mas em grande parte a experiência alheia. O narrador assimila à sua substância mais íntima aquilo que sabe por ouvir dizer). Seu dom é poder contar sua vida; sua dignidade é contá-la inteira”. Além dos trechos explicitados acima, salta aos olhos um fragmento de Benjamin (1995, p. 245): Não dissuadir. Este pode auxiliar o leitor para a compreensão do termo *conselho*. “Apesar (do conselho) ter sempre em si, as vezes de forma latente, uma dimensão utilitária, não se fecha numa natureza explicativa absoluta”.

26 Caracterizado por ser um grupo fechado, composto por cinco participantes, com encontros semanais, facilitado por dois trabalhadores do CAPS AD. O relato da experiência do grupo foi apresentado no V Congresso Norte-Nordeste de Psicologia Social, em 2007, intitulado: *Grupo Narrativo: nos fios da psicoterapia e da arte literária*. Sobre a clínica social, ver artigo de VILHENA (2002), intitulado: Clínica do social – da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade.

de mundo, num contexto social caracterizado por subgrupos, num imbricamento de aproximação e distanciamento, repleto de pluralidade. As composições narrativas do grupo despertavam emoções, povoavam e provocavam afetos, num circuito cada vez mais amplo de reconhecimento de si, do outro e do mundo, pois se despregavam de um fluxo exclusivamente pessoal e ganhavam uma dimensão impessoal e coletiva.

As narrativas eram desdobradas em outras, a partir de temas recorrentes, apontando, em suas frestas, laços sociais e a invenção de uma ética de modos de cuidado em saúde, enfraquecidos e esquecidos. Elas não traziam um caminho reto e seguro, mas aportavam ora como viajantes ora como artesãos, com o caráter rudimentar de uma prática em Saúde, mesclada entre a arte e a vida.

A arte era produzida, concebida e manifestada em práticas dialógicas, afastando-se dos princípios de especialização e originalidade do artista e da genialidade reconhecida e compensatória em que se instaura, simplesmente, um monólogo narcisista entre o objeto de arte e o artista (OLIVEIRA, 2009).

Nesse cenário, o artista é uma figura diluída entre os demais, ele “funciona como mediador e estimulador para que outros – em geral não artistas – que se apropriam dos canais da arte para sua própria expressão” (OLIVEIRA, 2009, p. 317). A arte posta fazia emergir experiências estéticas, fundindo objeto de arte e sujeito, numa incidência caleidoscópica de imagens, despertando olhares, sons e cheiros diversos. Junto a isto, ações que poderiam vir e, se viessem, seriam acolhidas e incorporadas numa rede de composições narrativas que ultrapassavam a materialização pessoal dos participantes.

Foi num conjunto de narrativas pronunciadas, com sabor e saber de fruta acre, mescladas com sofrimento, surpresa e mistério²⁷ que o grupo apresentou centelhas de um universo popular tão familiar e mundial: a arte de fabricar e empinar papagaio. Ao brinquedo/ arte/dispositivo, são muitas as denominações dadas por todo o Brasil: arraia, raia, quadrado, curica, cângula, jamanta, pepeta, casqueta, chambeta, pipa, morcego, lebreque, bebeu, coruja, tapioca, barril, bolacha, estilão, pião, pandorga, cafifa e maranhão. Na diversidade, continha-se o mesmo fio invisível: a potência encantatória de manifestar experimentações a partir da ação manufaturada e da sabedoria popular, por meio da narrativa e/ou de sua produção artesanal.

Uma proposta, de um dos parceiros²⁸ do grupo, foi lançada como um verdadeiro conselho, para garantir a continuidade da história: “Bora fazer um festival de pipas!”. O conselho foi devidamente ouvido e aceito. Um experimento²⁹, realizado no dia 22 de agosto de 2007, guiado pelos imensos rabos de arrias levados pelo vento, nas ruas próximas das imediações do CAPS AD, convidaram expectadores/artistas para o festival.

A iluminação do chão de terra batida, num grande des-

27 Tanto a palavra “mistério”, quanto “beleza” e “sublime” têm uma importância conceitual para a estética. Para ampliar esses conceitos, ver os artigos de Kangussu (1999), denominados: Inexprimível: a herança do “sublime” na filosofia de Walter Benjamin (p. 147-156) e *Twilight zone*: o lugar da beleza em Kant e Benjamin (p. 157-168).

28 Palavra utilizada para fazer referência às pessoas acompanhadas pelo CAPS AD. Para este tipo de serviço, se considera a palavra mais adequada que *usuários* e/ou *pacientes*. A primeira remete ao estigma produzido no senso comum de usuários de drogas, e a segunda remete a uma concepção hospitalocêntrica.

29 Sobre a distinção entre *experiência* e *experimento*, indica-se o artigo de Bondía (2003): Notas sobre a experiência e o saber da experiência. Disponível em: <http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE19/RBDE19_04_JORGE_LARROSA_BONDIA.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2012.

campado, entre o colégio e o posto de saúde³⁰ aguardavam, no silêncio do cotidiano, as pipas multicoloridas. Estas, também, levadas por outras mãos, adeptos conquistados no percurso da trilha. Gritos improvisados, cartazes pregados ao lado de fora do Posto de Saúde, o tapete gigante do grupo “Ioiô de histórias: narradores dos direitos humanos” marcavam lugar no terreno inexplorado, potencialmente repletos de narrativas no território.

Estudantes, trabalhadores(as) do Posto de Saúde, professores(as) e passantes de várias idades foram se aproximando e procurando entender o que era, o que os convocava para um espetáculo para além dos espaços clássicos de arte, da venda de objetos artísticos.

Narrativas populares, mãos firmes e vacilantes empinavam as arraias que, pouco a pouco, conquistavam a imensidão misteriosa do céu, tão sublime quanto o recontar trivial da reconstituição estética do humano. Por meio do encontro sem tempo cronológico, manifestado pela implicação dos acontecimentos.

O que se contar depois daquele momento? O que rememorar depois daquele experimento? O que objetivar, concluir e desbotar da frieza racionalista de uma ética de cuidados em saúde? Talvez, uma centelha sobre a beleza filosófica poética da produção de saúde coletiva. Talvez, o que Kangussu escreve sobre a beleza: “A verdade da beleza é o limite que escapa às aproximações conceituais, às artimanhas da linguagem, permanecendo, contudo, refletida como impossibilidade de fechamento do discurso, nas tentativas de expressá-la” (1999 a ou b?, p. 163).

30 O Posto de Saúde se chama Pedro Celestino e a Escola Pública Municipal, Jacinto Botelho. Estão situados no bairro Mondubim, próximos ao CAPS AD, inserido no território da Secretaria Regional V, na cidade de Fortaleza.

Talvez, uma centelha poética de outra ética de cuidados em saúde, com cores, tons, emoções e intensidade. Talvez, o que Barros (2003) produz de belo:

Uso a palavra para compor meus silêncios.

Não gosto das palavras

Fatigadas de informar.

Dou mais respeito

Às que vivem de barriga no chão

Tipo água pedra sapo.

Entendo bem o sotaque das águas.

Dou respeito às coisas desimportantes

E aos seres desimportantes.

Prezo insetos mais que aviões.

Prezo a velocidade

das tartarugas mais que a dos mísseis.

Tenho em mim esse atraso de nascença.

Eu fui aparelhado

Para gostar de passarinhos.

Tenho abundância de ser feliz por isso.

Meu quintal é maior do que o mundo.

Sou um apanhador de desperdícios:

Amo os restos

Como as boas moscas.

Queria que a minha voz tivesse um formato de canto.

Porque eu não sou da informática:

Eu sou da invencionática.

Só uso a palavra para compor meus silêncios.

As narrativas e experiências, criadas no calor dos momentos de convivência livre, ressignificam histórias de vida e oferecem pretextos, álbis, possibilidades de invenção de explicações, sensibilidades, passados, presentes, futuros.

Referências

AGAMBEN, G. **Infância e história**: destruição da experiência e origem da história. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2005.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. **A invenção do nordeste e outras artes**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BARROS, M. **Memórias inventadas**: a infância. São Paulo: Planeta, 2003.

BECKER, H. S. Marginais e desviantes. In: **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977a. p. 53-67.

BECKER, H. S. De que lado estamos? In: **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977b. p. 122-136.

BENJAMIN, W. Experiência e pobreza. In: **Magia, técnica, arte e política**. Obras Escolhidas. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1996. v. 1. p. 114-119.

BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. **Magia, técnica, arte e política**. Obras escolhidas. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1996. v. 1. p. 197-221.

BENJAMIN, W. Sobre o conceito de história. In: _____. **Magia, técnica, arte e política. Obras Escolhidas**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1996. v. 1, p. 222-232.

BENJAMIN, W. Infância em Berlim por volta de 1900. In: _____. **Rua de mão única**. Obras escolhidas. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2000a. v. II. p. 71-142.

BENJAMIN, W. Imagens do pensamento. In: _____. **Rua de mão única**. Obras escolhidas. 5 ed. São Paulo: Brasiliense, 2000b. v. II, p. v143-278.

BENJAMIN, W. Questões introdutórias de crítica do conhecimento. In: _____. **Origem do drama barroco alemão**. São Paulo: Brasiliense, 1984. p. 49-79.

BENJAMIN, W. Sobre a linguagem em geral e sobre a linguagem humana. In: _____. **Sobre arte, técnica, linguagem e política**. Lisboa: Relógio D'Água, 1992. p. 177-196.

BENJAMIN, W. Problemas da sociologia da linguagem. In: _____. **Sobre arte, técnica, linguagem e política**. Lisboa: Relógio D'Água, 1992. p. 197-229.

BIRMAN, J. O sujeito na leitura: comentários psicanalíticos sobre a experiência da recepção. In: **Por uma estilística da existência**. São Paulo: 34, 1996. p. 53-68.

BONDÍIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

CAMPOS, P. M. Para Maria da Graça. In: **Para gostar de ler**. Vol. 4: Crônicas. São Paulo: Ática, 1979. p. 73-76.

D'ANGELO, M. Experiência e linguagem. In: **Arte, política e educação em Walter Benjamin**. São Paulo: Loyola, 2006. p. 11-21.

D'ANGELO, M. A modernidade pelo olhar de Walter Benjamin. In: **Arte, política e educação em Walter Benjamin**. São Paulo: Loyola, 2006. p. 55-75.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: 34, 1992.

GAGNEBIN, J. M. **História e narração em Walter Benjamin**. Campinas: FAPESP; Perspectiva; Ed. Unicamp, 1994.

GAGNEBIN, J. M. Infância e pensamento. In: **Sete aulas sobre linguagem, memória e história**. Rio de Janeiro: Imago, 1997. p. 169-183.

KANGUSSU, I. Walter Benjamin e Kant I: inexprimível: a herança do “sublime” na filosofia de Walter Benjamin. In: **Leituras de Walter Benjamin**. São Paulo: FAPESP; Annablume, 1999a. p. 147-156.

KANGUSSU, I. Walter Benjamin e Kant II: *twilight zone*: o lugar da beleza em Kant e Benjamin. In: **Leituras de Walter Benjamin**. São Paulo: FAPESP; Annablume, 1999b. p. 157-168.

KOHAN, W. O. **Infância. Entre educação e filosofia**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

KOHAN, W. O. **Infância, estrangeiridade e ignorância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

MEINERZ, A. Concepção de experiência em Walter Benjamin. Dissertação de mestrado em Filosofia. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15305>. Acesso em: 20 fev. 2012. Porto Alegre: UFRS, 2008.

OLIVEIRA, L. S. A perplexidade do autor diante da beleza do mundo. In: **Walter Benjamin: arte e experiência**. Niterói, RJ: EdUFF, 2009. p. 304-322.

OTTE, G. Vestígios de um materialismo estético em Walter Benjamin. In: **Mimesis expressão**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001. p. 402-411.

PASSOS, E. **A relação entre cognição e artifício no contemporâneo**: os limites do humano. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/textos/texto12.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

RODRIGUES, C.; TEDESCO, S. Por uma perspectiva ética das práticas de cuidado no contemporâneo. In: **Ética e subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 74-95.

SCHÉRER, R. **Infantis**: Charles Fourier e a infância para além das crianças. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SELIGMANN-SILVA, M. **Ler o livro do mundo**: Walter Benjamin: romantismo e crítica literária. São Paulo: Iluminuras Ltda.

SOARES, L. E. Prefácio. In: **Cocaína: literatura e outros companheiros de ilusão**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006. p. 13-16.

VILHENA, J. Da cidade onde vivemos a uma clínica do território. Lugar e produção de subjetividade. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. XV, n. 163, p. 48-54, 2002.

WHITE, H. **The content of the form**: narrative discourse and historical representation. Baltimore/London: The University of Chicago Press, 1989.

CAPÍTULO 22

A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE: DESAFIOS DA NOTIFICAÇÃO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Geisy Lanne Muniz Luna

Ana Carina Stelko-Pereira

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como violência o uso intencional da força física, do poder, materializado ou sob forma de ameaça contra si próprio, contra outrem, quer seja grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2006). Trata-se de um fenômeno que mantém comunicação com todas as áreas do conhecimento humano por seu caráter transversal e, transpondo o setor jurídico, foi inserida em discussões relacionadas ao setor Saúde em virtude das graves repercussões na saúde individual, coletiva e nos elevados custos para os sistemas de saúde (LUCENA *et al.*, 2012; SILVA, 2011).

Sendo assim, é bem verdade que, em sua origem e suas manifestações, a violência é um fenômeno sócio-histórico e acompanha a experiência da humanidade. Portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde pública (MINAYO; SOUZA, 2006; MINAYO, 2005); no entanto, se transforma em problema para a área porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor.

Nesse contexto, a violência contra crianças e adolescentes tem despertado a atenção global, sendo considerado um problema grave, pois suas consequências afetam os diversos segmentos das sociedades e traz graves problemas para a saúde de quem as vivencia (MARTINS; JORGE, 2010). Este tipo de violência caracteriza-se como uma relação de poder em que estão presentes e se confrontam atores/forças com pesos/poderes desiguais.

Além de ser recorrente situações de maus-tratos infantis, as causas externas de mortalidade de crianças adolescentes, que englobam eventos violentos (dentre eles os acidentes), crescem de maneira acentuada (WAISELFISZ, 2012).

Retomando a polissemia do vocábulo, o termo “maus-tratos” é bastante difundido para se referir à violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, no âmbito institucional mais amplo ou pela sociedade (BRASIL, 2002). Os maus-tratos podem envolver abusos físicos, sexuais e psicológicos ou abandono e negligência.

Nesse ínterim, estudo realizado por Brillhante (2009) em um bairro de Fortaleza revelou alta prevalência de violência física contra criança no ambiente familiar, correspondendo a 81,8% e destas situações 23,6% foram graves, resultados superiores aos achados de Bordin *et al.*, (2009) e Leite *et al.*, (2008). As mães/responsáveis participaram em 79,6% das agressões e os pais/responsáveis em 34,2%. Juntamente com os acidentes, a violência representa a primeira causa de obituário de crianças e jovens, de 05 a 19 anos, no Brasil (ABRAPIA, 2007).

Este perfil brasileiro recorrente e ascendente de morbimortalidade por causas externas ocasiona maior preocupação para a gestão de saúde quanto ao cumprimento das leis, portarias e decretos. Até mesmo porque as estimativas indicam que o número de crianças que sofrem maus-tratos deve ser pelo menos três vezes maior do que a quantidade de casos notificados (CEARÁ, 2003).

As crianças, naturalmente, são seres “frágeis” que necessitam de proteção, sendo vulneráveis a todas as formas de agressão. Estas comprometem a estruturação da personalidade infantil e pode favorecer futuras condutas que possam se tornar socialmente inaceitáveis.

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE E SEUS FATORES DE RISCO

A literatura aponta uma série de questões que reforçam as condições predisponentes às relações violentas dirigidas a crianças e adolescentes no Brasil e no mundo destacando-se, de maneira geral, especialmente o desemprego; condições de pobreza ou empobrecimento; valores culturais; conflitos conjugais entre pais das vítimas, considerando a ausência de um dos genitores na convivência com o indivíduo no violentado (pai/mãe separados); problemas psicológicos e afetivos, principalmente alienação ou precária auto-estimada mãe; alcoolismo; disciplina rígida e falta de serviços básicos, como creches, escolas e habitação (BAGLEY, MALLICK, 2000; SHAFFER, YATES, EGELAND, 2009; BÉRGAMO, BAZON, 2012).

Percebe-se que quanto mais fatores de risco uma família apresenta, maior a probabilidade de a criança, por exemplo, vir a sofrer algum tipo de violência. Brown e colaboradores (1998), referindo-se a este ponto, expressam que, se a taxa de abuso de crianças for de 3% na ausência de fatores de risco, esta sobe para 24%, quando quatro ou mais fatores de risco estão presentes.

Bringiotti (2000) expressa que, para que a violência ocorra se torna necessária a presença de fatores de risco específicos à violência e vulnerabilidade, podendo-se, portanto, compreender por que em muitos casos os fatores de risco estão presentes e a violência não ocorre. Verifica-se que famílias vulneráveis podem ser protegidas por políticas sociais adequadas, prevenindo a violência.

Pesquisa realizada por Paula *et al.*, (2008) revelou que adolescentes expostos a violência intrafamiliar e urbana mostraram ter duas vezes mais problemas de saúde mental, e que os adolescentes expostos a violência familiar mostraram-se três vezes mais propensos a apresentar problemas do que os expostos à violência urbana, indicando a importância das relações familiares para a saúde mental do indivíduo.

Brilhante (2009) revelou outros fatores de riscos à violência contra a criança: problemas de saúde mental da mãe, violência física do tipo grave na infância vivenciada pela mãe/responsável e violência conjugal nos últimos doze meses. Violência familiar é percebida, portanto, como resultado de características individuais, contextuais e ambientais que, se presentes, aumentamos riscos.

Quadro I. Fatores de risco relacionado à família:

Fatores de risco relacionado à família
Distribuição desigual de autoridade e poder;
Papéis de gênero, sociais ou sexuais, idade, etc etc., atribuídos a seus membros;
Famílias cujas relações são centradas em papéis e funções rigidamente definidos;
Comprometimento psicológico/psiquiátrico dos indivíduos;
Dependência econômica/emocional e baixa auto-estima da parte de algum(ns) de seus membros, levando à impotência e/ou fracasso em lidar com a situação de violência;
Famílias em que não há nenhuma diferenciação de papéis, levando ao apagamento de limites entre seus membros;
Famílias com nível de tensão;
Famílias com estrutura de funcionamento fechada, onde não há abertura para contatos externos, levando a padrões repetitivos de conduta;
Famílias com estrutura de funcionamento fechada, onde não há abertura para contatos externos, levando a padrões repetitivos de conduta;
Famílias que se encontram em situação de crise, perdas (separação do casal, desemprego, morte, migração e outros);
Baixo nível de desenvolvimento da autonomia dos membros da família;
Presença de um modelo familiar violento na história de origem das pessoas envolvidas (maus-tratos, abuso na infância e abandono);
Maior incidência de abuso de drogas;
Comprometimento psicológico/psiquiátrico dos indivíduos;
Número elevado de filhos, filhos não desejados, mães adolescentes sem suporte psicossocial, falta de apoio familiar e de recursos;
História de violência familiar na família e ruptura familiar;
Falta de experiência e ignorância para cuidar dos filhos, sem conhecimento de suas necessidades afetivas;
Isolamento social, antecedentes psiquiátricos e toxicomanias.

FONTE: BRASIL, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001.

Quadro II. Fatores de risco relacionado à criança:

Fatores de risco relacionado à criança
Crianças nascidas com mal-formações congênitas ou doenças crônicas (retardo mental, anormalidades físicas, hiperatividade);
Crianças com falta de vínculo parental nos primeiros anos de vida;
Crianças separadas da mãe ao nascer por doença ou prematuridade;
Sexo masculino para violência física;
Ter mais de dois anos de idade para violência física.

FONTE: BRASIL, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001; BRILHANTE, 2009.

Nesta perspectiva, no Brasil, no ano de 2001, foi oficializada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) por meio da Portaria Ministerial MS/GM, nº 737 de 16/05/2001, com o objetivo de reduzir os índices de adoecimento e morte por acidentes e violências (BRASIL, 2001a).

No Brasil, reconhecendo a necessidade de garantir a proteção à infância e à adolescência, em 1988, a Constituição Federal (art. 227) assegurou os direitos desse grupo. Este reconhecimento foi consoante com a Assembléia Geral das Nações Unidas que em 1989 aprova a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, um tratado que tem a proposta de garantir proteção às crianças e aos adolescentes de todo o mundo. Circunscritos neste contexto, diferentes países começaram a definir os serviços que, daí em diante, foram os responsáveis pela intervenção específica no problema — serviços médicos, sociais, psicológicos e jurídicos (CALHEIROS, MONTEIRO, 2000).

No ano de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) regulamentou a Constituição e passou a ter força de lei, adotando a doutrina da proteção integral e exigindo prioridade absoluta por parte da família, da sociedade e do Estado, às necessidades infanto juvenis (BRASIL, 1990). Recentemente foi aprovada a Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, denominada de Lei Menino Bernardo, que altera a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (ECA), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 2014).

A Lei buscou interferir na aceitação social da violência dirigida a crianças e adolescentes já que muitas vezes agressores justificam seus atos como uma maneira de educar e percebem a violência como inevitável. A disciplina através da humilhação e do assédio físico, moral e sexual é frequentemente percebida como natural, especialmente quando não provoca lesões físicas visíveis. Apesar de haver uma ausência de um quadro jurídico mundial explícito para proibição de castigos corporais (UNICEF, 2006), o Brasil com esta nova lei avançou na defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes.

A legislação brasileira referente à proteção de crianças e adolescentes é uma das mais avançadas do mundo (CARVALHO *et al.*, 2008). Para caracterizar a preocupação do Estado brasileiro em relação ao tema, segundo o ECA, toda suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes deverá ser obrigatoriamente notificada aos órgãos de proteção e essa comunicação cabe a qualquer cidadão que é testemunha ou tome conhecimento do fato e tenha provas de violações dos direitos de crianças e adolescentes (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002).

A definição mais abrangente de notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente diz que se trata de uma informação emitida pelo setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover os cuidados voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos (BRASIL, 2002). O ato de notificar visa cessar atitudes e comportamentos violentos no plano familiar ou por parte de qualquer agressor.

Mais especificamente em relação aos profissionais de saúde, a legislação sobre a violência no Brasil tem como referência o modelo americano, quanto à obrigatoriedade de notificar, à necessidade de encaminhamento da notificação ao órgão designado em lei e à punição para o profissional que não notificar. Neste sentido, o ECA tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos (art. 13), prevendo pena para profissionais e responsáveis por estabelecimentos de saúde e educação que não comunicarem aos órgãos de proteção casos de seu conhecimento (art. 245) (BRASIL, 1990). Adicionalmente, no ano de 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), configurado em dois aspectos: VIVA Contínuo – relativo à vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas; e VIVA Sentinela – relativo à vigilância de violências e acidentes e emergências hospitalares; como recurso para avaliar de forma mais ampla o impacto da violência no país (BRASIL, 2011a).

Ademais, no ano de 2011, reconhecendo a necessidade de elaboração de medidas efetivas de enfrentamento, a Secretaria de Vigilância à Saúde do Ministério da Saúde, lança a

Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a violência doméstica, sexual e/ou outras violências como o evento de notificação compulsória (BRASIL, 2011b).

Outra importante mudança no sistema de notificação envolve o Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SÍPIA Web), que é um instrumento de apoio municipal em direitos da criança e do adolescente, acessado pela internet, que facilita aos municípios a aplicação do ECA. O Sípia Web dá ao gestor municipal a oportunidade de qualificar a elaboração, a execução, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas do direito da criança e do adolescente no nível local (PORDEUS *et al.*, 2011).

Torna-se necessário, portanto, a inclusão do fenômeno no sistema de informação da Atenção Básica e uma maior integração entre os sistemas de informação. Em uma rede de apoio articulada, o Conselho Tutelar, órgão responsável por receber a notificação, tem o poder de levar a situação ao conhecimento de autoridades judiciárias e ao Ministério Público (BRASIL, 2002).

Os profissionais de saúde desempenham papel fundamental na desconstrução desta rede, pois atua na identificação, tratamento e encaminhamento de casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes. Além disso, contribuem com o planejamento e a implementação de ações públicas nos diversos níveis de atenção (ANDRADE *et al.*, 2011). Ao registrarem a ocorrência de maus-tratos, estes reconhecem as demandas especiais e urgentes da vítima, e chamam o Poder Público à sua responsabilidade (BRASIL, 2002). Com efeito, o principal escopo desse ato é dar apoio e proteção à criança e ao adolescente e sua família.

Espera-se que as crianças detectadas pelos profissionais de saúde como vivendo em situação de risco para a violência tenham um acompanhamento redobrado pela equipe de saúde, de modo a realizar discussões constantes sobre o caso, realização de projeto terapêutico singular, envolvimento de instituições de proteção à criança existentes no território e acompanhamento domiciliar mais sistemático da Equipe de Saúde da Família.

Verifica-se que os casos que chegam aos hospitais/urgência são mais graves, e que comumente já havia situações de violência de menor impacto por algum tempo. Portanto, a ESF como porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado, deverá realizar de forma permanente ações de promoção e prevenção e tratamento nos territórios, e ou nas unidades de saúde, seja por meio de atendimento individual, coletivo, visitas domiciliárias, e outros.

Nesse sentido, existe uma grande potencialidade na ESF quanto à prevenção desse fenômeno, podendo detectar precocemente essa situação de violência que vivenciam diariamente crianças e adolescentes, que são de sua responsabilidade sanitária.

Ressalta-se a importância da visita domiciliar, pois permite, além da realização de ações em saúde, a prevenção de complicações da doença crônica, contribui como estratégia que favorece a criação do vínculo entre família e equipe de saúde e possibilita detectar fatores de risco para violência intrafamiliar que podem afetar os grupos vulneráveis.

Portanto, essa atividade é de fundamental importância para o enfrentamento dos maus-tratos infantis. Vale ressaltar também a importância do Agente Comunitário de Saúde na

prevenção desse fenômeno, sendo necessário que as equipes dialoguem frequentemente sobre essa temática nos momentos de encontros e que seja transversalizado a discussão desse problema em todos os processos de educação permanente, bem como no atendimento integral.

Por conseguinte, é necessário um diálogo permanente de toda a rede de apoio e proteção com os serviços de saúde, referência e contra referência dessa criança e ou adolescente e de sua família nas Unidades de Saúde da Família mais próximo do domicílio, desenvolvimento de ações intersetoriais. Esse procedimento proporciona maior acompanhamento e melhor monitoramento, uma vez que, após alta hospitalar ou atendimento especializado, deverá ser dada continuidade a esse atendimento no território.

Apesar da grande importância, efetivar a notificação por profissional da saúde é um desafio. Segundo a Célula de Vigilância Epidemiológica do Município de Fortaleza, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2014, foram notificados 1.821 casos, dos quais 81% nos três últimos anos. Os hospitais e as UPA's respondem por 81,7% (55,1% e 26,6%, respectivamente). As UAPS notificaram 7,9% e o Centro de Referência da Mulher 9,4%. A estratificação por sexo e faixa etária evidencia que as mulheres representam 69,9% das notificações, e os homens 29,5%. A faixa etária predominante é a de adolescentes e adultos jovens (58,8%), seguindo-se as crianças, com 27,3%, dos quais 11,5 são menores de 01 ano. A notificação em idosos representou 6,2%. No que concerne à tipologia 31,2% corresponde à violência física, 24,6% negligência, 19,7% psicológica/moral e 15,6% de violência sexual (PMF, 2015). Embora pareça um número elevado de notifi-

cações ao longo de sete anos, sem dúvida este não reflete a realidade, uma vez que certamente por ano ocorreram mais do que em média 260 casos suspeitos de maus-tratos.

Alguns fatores que interferem na notificação de maus-tratos pelos profissionais de saúde são: conhecimento insuficiente sobre a identificação dos maus-tratos e os procedimentos de notificação; desarticulação e deficiência da rede de assistência à violência; implicações éticas; influências culturais; experiências prévias; desconfiança nos serviços de proteção à criança; ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar; falta de insumos e de estratégias e gestão incipiente no enfrentamento à violência (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; BARBOSA, 2010; SILVA, 2011; PINTO, 2012; MOREIRA *et al*, 2013); medo de retaliações, dificuldade ou constrangimentos de preencher a ficha, sobrecarga no cotidiano do serviço e dificuldade em lidar com os casos (LIMA; DESLANDES, 2011; BRASIL, 2001b).

Outras dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde em relação a esse procedimento envolvem: escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais ao notificar e deficiência na estrutura dos serviços de saúde (ALMEIDA *et al*, 2012). De modo mais específico em relação aos médicos pediatras, o estudo de Bannwart e Brino (2011) indicou que as dificuldades enfrentadas para notificar estão relacionadas à falta de educação permanente, descrença e dúvidas sobre a atuação dos órgãos competentes, receio de possíveis consequências jurídicas e de causar maiores traumas ou desconforto na família e/ou criança.

Quanto à descrença nos órgãos de proteção, cabe ressaltar que a desconfiança muitas vezes é legítima. Por exemplo, embora no município de Fortaleza tenha seis Conselhos Tutelares, um em cada Secretaria Regional de Saúde, percebe-se uma deficiência no que se refere a investimento do poder público. Fortaleza atualmente é a 5ª capital do país, com uma população de 2.452.185 habitantes, necessitaria de um maior número de Conselhos Tutelares, havendo, portanto, uma sobrecarga de trabalho, escassez de infra-estrutura como transporte, recursos humanos, materiais e outros.

Diante destas dificuldades, verifica-se que as informações relativas às notificações são muito fragmentadas, não representando a realidade do País, Distrito Federal, Estado ou Município, mas apenas dados parciais das instituições que atuam nessa área, prejudicando, inclusive, levantamentos estatísticos no plano nacional.

Para o Laboratório de Estudos de Criança (LACRI), no plano internacional, o Brasil integra o contingente de países com grandes deficiências em estatísticas oficiais sobre casos notificados de violência doméstica contra crianças e adolescentes, assim como não se realizam estudos sistemáticos sobre a incidência e prevalência do fenômeno. Essa escassez de dados empíricos pode explicar a veiculação, em publicações internacionais, de informações questionáveis, como a que considera ser a violência doméstica sexual a mais notificada no País (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2008).

Portanto, a subnotificação da violência ainda é uma realidade no Brasil: estima-se que, para cada caso notificado, deixam de ser identificados de dez a 20 (PASCOLAT *et al.*,

2001).Adicionalmente, verifica-se ainda questão os serviços públicos os que mais notificam, deixando ainda mais de notificar situações de maus tratos que envolvem classes favorecidas sócio-economicamente (BRILHANTE, 2009).

Enquanto no Brasil, a subnotificação persiste, apesar de o ECA já ter em 1990 instituído a notificação obrigatória, nos Estados Unidos, a notificação da violência acontece há mais de 30 anos e os profissionais de saúde e de outras áreas da assistência social são os principais responsáveis legais por notificar (LIMA; DESLANDES, 2011).O prazo para notificação é estabelecido até 48 horas para iniciar a investigação sobre a veracidade da notificação, por *meio* das agências de proteção, com o prazo máximo de seis meses para a conclusão. São aplicadas punições, civis ou criminais, para os cidadãos que deixam de notificar uma situação de violência (ALMEIDA *et al*, 2012; VILLELA *et al*, 2011).

Apesar da legislação que impõe a obrigatoriedade da notificação, da portaria 104 do Ministério da Saúde e do sistema SÍPIA, ainda verifica-se uma inexistência de um sistema nacional que integre os dados das várias áreas envolvidas na proteção das pessoas em situação de violência, sendo este o principal entrave para que o Brasil combata as violações dos direitos dessas pessoas. A intersetorialidade das ações e a formação de redes para o atendimento das vítimas da violência constituem-se como indispensáveis para a condução de ações de prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Embora essas dificuldades estejam presentes nos serviços de saúde, avanços são revelados no cotidiano das equipes no concernente essa preocupação dos profissionais. No município de Fortaleza a partir do ano de 2006, foram desenvolvidas di-

ferentes ações e atividades em relação a prevenção e tratamento da violência intrafamiliar no município, como a implantação/ implementação das comissões de maus tratos, educação permanente para os profissionais de saúde e de todas as redes de atenção, em especial da Estratégia Saúde da Família, com trabalhos articulados no território de atuação das equipes com a Rede de Apoio e Proteção para o enfrentamento do problema. Entretanto, percebe-se que existe uma grande fragilidade na implementação das ações, uma vez que nem sempre ocorre uma continuidade ou uma ressignificação do trabalho desenvolvido de forma efetiva de uma gestão para outra.

Por fim, é importante alterar esta realidade de subnotificação, pois a carência de informações precisas do problema interfere na disponibilização de recursos para implementação das políticas públicas e no desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e tratamento necessários para promover o aprimoramento e evolução de técnicas para o enfrentamento desse problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os esforços para a mudança da situação da subnotificação de violência devem ser de cunho social para a implementação das políticas de enfrentamento da violência contra a criança e adolescente. Nesse sentido, assume uma natureza cidadã e deve ser corresponsabilidade da sociedade civil e organizada. Entendendo ainda que esta sociedade se encontre representada pelo Poder Público, pela gestão e pelos profissionais.

O trabalho na área da violência contra criança e o adolescente requer intervenção interdisciplinar e a ação torna-se mais eficaz quando promovida por um conjunto de instituições atuando de modo coordenado – “trabalho em rede”. Nesse sentido, a notificação proporciona visibilidade dos limites do serviço de saúde, o problema ali detectado e convoca parcerias cuja ação tem-se mostrado imprescindível na área.

A notificação da violência contra criança inaugura, também, um processo no interior do qual se desenrolam procedimentos de investigação sobre a vida em família, com vistas a subsidiar, se necessário, uma futura decisão jurídica. Para além dos reflexos na vida familiar, a notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, e ainda permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família.

Torna-se necessário, portanto, a articulação intra e inter-setorial, de forma eficaz, com monitoramento permanente da sociedade civil junto às políticas públicas. É inaceitável que a sociedade ainda conviva com esse fenômeno, não se envolva e não cobre dos governos ações efetivas e emergenciais para mudança da cruel realidade vivenciada por crianças e adolescentes. Ressalta-se ainda a necessidade de inclusão desse fenômeno nos currículos de graduação e pós-graduação, bem como educação permanente para os profissionais de saúde, no intuito de ressignificar suas práticas e contribua na transformação dessa realidade tão perversa que muito de nossas crianças e adolescentes enfrentam em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA, Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. Disponível em: <http://www.bullying.com.br>. Acesso jun. 2007.

ALMEIDA, A.H.V. *et al.* A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arq Odontol**, v.48, n.2, p.102-115, 2012.

ANDRADE, E. M. *et al.* A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Sociedade**, v. 14, n.1, p. 147-155, 2011.

BAGLEY, C.; MALLICK, K. Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal cohort of 290 adolescent women. **Child Maltreat**, v. 5, p. 218-226, 2000.

BANNWART, T.H.; BRINO, R.F. As dificuldades enfrentadas na identificação e notificação de casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 2, p. 138-145. 2011.

BARBOSA, I. L. C. **Estratégia Saúde da Família e a notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza**. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva, 2010.

BÉRGAMO, L. P. D.; BAZON, M. R. Abuso físico infantil: avaliando fatores de risco psicológicos em cuidadores notificados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 2, p. 256-264, 2012.

BORDIN, I.A.S. *et al.* Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. **Bull. World Health Organization**, v. 87, n. 5, p. 336-344, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília; 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001 publicada no DOU n.º 96 seção 1E, de 18 de maio de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1968**. Dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 25 out. 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, DF, 2002. (Caderno de Atenção Básica, n. 8).

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: MS; 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília: MS; 2013.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Brasília, 2014.

BRILHANTE, A.P.C. **Prevalência e Fatores Associados à Violência Intrafamiliar contra Criança em uma Área Atendida Pela Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

BRINGIOTTI, M. Inês. **La escuela ante los niños maltratados**. 1. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2000.

BROWN, J. e cols. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17 - year prospective study of officially recorded and self- reported child abuse and neglect. **Child Abuse Neglect**, v. 22, n. 11, p.1065-1078, 1998.

CALHEIROS, M.; MONTEIRO, M. B. Mau trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras, n. 34, p. 145-176, dez. 2000.

CARVALHO, Q. C. M. *et al.* Violência contra criança e adolescente: reflexão sobre políticas públicas. **Rev. RENE**, v. 9, n. 2, p. 157-164, 2008.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas de Saúde. Não-violência: um desafio constante guia de implantação das comissões de maus tratos contra criança e adolescente. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2003.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica. **Notificação de violência**. Fortaleza, 2015.

LEITE, A. J. M. *et al.* **Violência doméstica e saúde mental materna** - relação com a desnutrição de crianças no nordeste do Brasil. In: resumos do I simpósio internacional de violência e saúde mental. O impacto da violência na saúde mental da população brasileira. São Paulo, 2008. p. 14.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 819-832, 2011.

LUCENA, K.D.T. *et al.* Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, jun. 2012.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 2, pp. 481-91, 2010.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 3, p. 423-428, 2010.

MINAYO, M.C.S.. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.. (Orgs.) *Impactos da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.. Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da morbimortalidade por Acidentes de trânsito: municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba. Relatório Final da Pesquisa. Rio de Janeiro: Claves, 2006.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, p. 223-230, 2013.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on violence against children**. Genebra: World Health Organization, 2006.

PASCCOLAT, G. *et al.* Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **J. Pediatr.**, v. 77, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2001.

PAULA, C. S. *et al.* Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Rev. Saúde Pública [online]**, v.42, n.3, p.524-528, 2008.

PINTO, J. R. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes em cinco regiões de saúde do Ceará.** [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva, 2012.

PORDEUS, A. M. J. *et al.* Notificação de direitos violados segundo o sistema de informação para a infância e adolescência (SIPIA) no nordeste brasileiro. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 24, n. 4, p. 313-321, 2011.

SHAFFER, A.; YATES, T.M.; EGELAND, R. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: developmental processes in a prospective study. **Child Abuse Negl**, v. 33, p. 36-44, 2009.

SILVA, C. J. P. *et al.* A violência urbana contra crianças e adolescentes em Belo Horizonte: uma história contada através dos traumas maxilofaciais. **Physis**, v.21, n.3, p. 1103-1120, 2011a.

SILVA, I.Z.F. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Macrorregião de Saúde de Sobral.** [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva, 2011b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência.** Rio de Janeiro: 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

UNICEF, FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Rights of the child: Report of the independent expert for the**

United Nations. 2006. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/relatorio_estudo_assembleia_geral.pdf> Acesso em 15 de ago. 2015.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Laboratório de Estudos da Criança. **Quadro de Violência doméstica notificada.** 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br/ip/laboratórios/Lacri/>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

VILLELA W. V. *et al.* Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc.**, v.20, n.1, p.113-123, 2011.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012:** crianças e adolescentes do Brasil. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. FLACSO Brasil, 2012.

AUTORES COLABORADORES

Alexandre Semeraro de Alcântara Nogueira

Psicólogo. Mestre em Filosofia pela UFC. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR.

Ana Carolina Rocha Peixoto

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde Coletiva pela UECE.

Ana Carina Stelko-Pereira

Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Doutorado.

Ana Luiza de Rezende Ferreira Mendes

Nutricionista. Mestre em Ciências Fisiológicas pela UECE. Nutricionista do Hospital São José de Doenças Infecciosas e Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará/FIC.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Andrea Caprara

Médico. Doutor em Antropologia pela Universidade de Montreal. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Antônio Augusto Ferreira Carioca

Nutricionista. Doutorando em Nutrição e Saúde Pública da USP.

Ayana Florêncio de Menezes

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Membro do Grupo de Pesquisa Nutrindo da UECE.

Bruna Yhang da Costa Silva

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Docente do Curso de Graduação em Nutrição do IFCE – Campus Limoeiro do Norte. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE.

Camila Brasileiro de Araújo Silva

Graduanda em Educação Física pela UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem.

Carlos Garcia Filho

Médico. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Cíntia Lira Borges

Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Docente da Faculdade Maurício de Nassau. Membro Associado à Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard

Farmacêutica. Doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE.

Clarice dos Santos Mota

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Vice Coordenadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas

Consuelo Helena Aires de Freitas

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Pós-doutoranda pela UFF. Professora adjunta da UECE.

Cyntia Monteiro Vasconcelos

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Dafne Lopes Salles

Enfermeira graduada pela UECE. Membro do grupo de pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem.

Daianne Cristina Rocha

Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Daniele Braz da Silva Lima

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR.

Fabrcio Silva Costa

Médico. Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela USP. Professor Sênior do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade de Melbourne.

Fernando dos Santos Rocha Filho

Médico. Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR.

Fernando Sergio Pereira de Souza

Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Docente efetivo do Departamento de Enfermagem da UFPI.

Francisco Trindade Silva

Educador Físico. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Geisy Lanne Muniz Luna

Docente da UNIFOR. Discente do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Nutricionista. Doutora em Farmacologia pela UFC. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Pesquisadora CNPq.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNI-

FOR. Mestre em Saúde Pública. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE.

Ilvana Lima Verde Gomes

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da UECE. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza.

Indara Cavalcante Bezerra

Farmacêutica. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Membro efetivo do Grupo de Pesquisa em Saúde, Família e Enfermagem.

Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago

Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela UECE. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE.

Jair Gomes Linard

Educador Físico. Mestrando em Saúde Coletiva pela UECE.

Joana Mary Soares Nobre

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Docente do Curso de Fisioterapia da FIC.

José Jackson Coelho Sampaio

Médico Psiquiatra. Doutor em Medicina Preventiva pela USP. Professor Titular em Saúde Pública da UECE.

José Wellington de Oliveira Lima

Médico. Doutor em Science Tropical Public Health pela Universidade de Harvard. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Júlio Augusto Gurgel Alves

Médico Ginecologista e Obstetra. Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Ginecologista e Obstetra da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC.

Krysne Kelly de França Oliveira

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE.

Leandro Araújo Carvalho

Educador Físico. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Leny Alves Bomfim Trad

Professora Associada IV do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Coordenadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA): Contextos, Trajetórias e Políticas Públicas.

Lívia Lopes Custódio

Psicóloga. Mestranda do Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado a Saúde da Criança e do Adolescente.

Lúcia Conde de Oliveira

Assistente Social. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Docente do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia

Assistente Social. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Mestre em Administração pela UFC.

Luilma Albuquerque Gurgel

Fisioterapeuta. Mestre e Doutora em Farmacologia pela UFC. Professora Adjunta da UECE.

Luiz Gonzaga Porto Pinheiro

Médico. Mestre em Cirurgia pela UFF. Doutor em Cirurgia pela UFPE. Professor Titular da Faculdade de Medicina da UFC. Líder do Grupo de Pesquisa Grupo de Educação e Estudos Oncológicos. Presidente da Sociedade Cearense de Cancerologia.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Médico. Economista. Mestre e Doutor em Saúde Pública pela USP. Pós-doutorado em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona. Professor Titular da UECE.

Márcia Andréia Barros Moura Fé

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Professora Assistente do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Ceará.

Maria do Socorro Litaiff Rodrigues Dantas

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Pesquisadora do CNPQ.

Maria Helena Lima Sousa

Economista. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR.

Maria Lidiany Tributino de Sousa

Psicóloga. Mestre em Saúde da Família pela UFC – Campus Sobral. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Maria Olganê Dantas Sabry

Nutricionista. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR. Professora adjunta da UECE.

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Pesquisadora 1B CNPQ.

Maria Sônia Lima Nogueira

Assistente Social. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela UECE. Assistente social da Secretaria Municipal de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e docente da Faculdade Maurício de Nassau.

Milena Lima de Paula

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR.

Rafaela Pessoa Santana

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Discente de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE.

Raimunda Magalhães da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Titular da UNIFOR. Bolsista de produtividade em pesquisa 1C CNPq.

Raquel Sampaio Florêncio

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE.

Samuel Miranda Mattos

Graduando em Educação Física pela UECE.

Sarah Vieira Figueiredo

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UECE. Mestre em Saúde Coletiva pela UECE. Enfermeira Assistencial do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara. Integrante do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado a Saúde da Criança e do Adolescente.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC e Pós-doutorado em Saúde Pública pela USP. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE. Pesquisadora do CNPq.

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta da UECE.