

Ilvana Lima Verde Gomes
Joana Mary Soares Nobre
Leandro Araújo Carvalho
(organizadores)

POLÍTICA, GESTÃO E SAÚDE NO CONTEXTO DA COLETIVIDADE: Concepção dos alunos e professores de Saúde Coletiva



Universidade Estadual do Ceará

Reitor

José Jackson Coelho Sampaio

Vice-Reitor

Hidelbrando dos Santos Soares

Editora da UECE

Erasmus Miessa Ruiz

Conselho Editorial

Antonio Luciano Pontes
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes
Emanuel Angelo da Rocha Fragoso
Francisco Horácio da Silva Frota
Francisco Josênio Camelo Parente
Gisafran Nazareno Mota Jucá
José Ferreira Nunes
Lucili Grangeiro Cortez
Luiz Cruz Lima
Manfredo Ramos
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Marcony Silva Cunha
Maria do Socorro Ferreira Osterne
Maria Salete Bessa Jorge
Silvia Maria Nóbrega Terrien

Conselho Consultivo

Antonio Torres Montenegro (UFPE)
Eliane P.Zamith Brito (FGV)
Homero Santiago (USP)
Ieda ária Alves (USP)
Manoel Domingos Neto (UFF)
Maria Lírida Callou de Araújo Mendonça (UNIFOR)
Maria do Socorro Silva Aragão (UFC)
Pierre Salama (Universidade de Paris)
Romeu Gomes (Fiocruz)
Túlio Batista Franco (UFF)

Ilvana Lima Verde Gomes
Joana Mary Soares Nobre
Leandro Araújo Carvalho
Organizadores

**POLÍTICA, GESTÃO E SAÚDE NO
CONTEXTO DA COLETIVIDADE:
Concepção dos alunos e professores de Saúde Coletiva**

1^a
Fortaleza
2014



**POLÍTICA, GESTÃO E SAÚDE NO CONTEXTO DA COLETIVIDADE:
Concepção dos alunos e professores de Saúde Coletiva**

© 2014 *Copyright by* Ilvana Lima Verde Gomes, Joana Mary Soares Nobre e Leandro Araújo Carvalho

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. FAX: (85) 3101-9893
Internet: www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Revisão

Vianney Campos de Mesquita

Projeto Gráfico e Capa

Juscelino Guilherme

Bibliotecária

Francisco Leandro Castro Lopes CRB 3/1103x

P769 Política, gestão e saúde no contexto da coletividade: concepção dos alunos e professores de saúde coletiva / Ilvana Lima Verde Gomes, Joana Mary Soares Nobre, Leandro Araújo Carvalho, (Orgs.). - Fortaleza: EdUECE, 2014.

432 p. : il.

ISBN: 978-85-7826-250-1

1. Saúde coletiva. 2. Saúde pública – Ceará. 3. Dengue. I. Gomes, Ilvana Lima Verde. II. Nobre, Joana Mary Soares. III. Carvalho, Leandro Araújo.

CDD: 614

AUTORES/ORGANIZADORES

Ilvana Lima Verde Gomes

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) -Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Joana Mary Soares Nobre

Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso de Fisioterapia e Coordenadora do Programa de Responsabilidade Social do Centro Universitário Estácio do Ceará. Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Leandro Araújo Carvalho

Profissional de Educação Física. Mestre em Saúde Coletiva Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

AUTORES/COLABORADORES

Adriana Catarina de Souza Oliveira

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública/Universidad de Murcia; Mestra em Gestao da Qualidade dos Servicios de Saude/Universidad de Murcia. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Postgrado em Investigación em Ciencias Socio Sanitarias/Universidad Católica de Murcia/España.

Adriana Ponte Carneiro de Matos

Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Amanda Ferreira Pereira

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Ana Camila Moura Rodrigues

Enfermeira. Discente do Curso de Especialização em Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente- Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ana Carolina Rocha Peixoto

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ana Cléa Veras Camurça Vieira

Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Mestra em Educação em Saúde - Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Discente (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla Universidade de Fortaleza (UNIFOR) / Universidade Estadual do Ceará (UECE) / Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ana Maria Zuwick

Médica psiquiatra. Discente (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla Universidade de Fortaleza (UNIFOR) / Universidade Estadual do Ceará (UECE) / Universidade Federal do Ceará (UFC).

Andrea Caprara

Médico. Doutor em Antropologia - Universidade de Montreal. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Andrea Gomes Linard

Doutora em Enfermagem. Pró-Reitora de Graduação da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Bolsista do Programa BPI/FUNCAP.

Antônio Augusto Ferreira Carioca

Nutricionista. Discente do Programa de Pós-Graduação - Mestrado Nutrição em Saúde Pública - Universidade de São Paulo.

Berenice Temoteo da Silva

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Saúde Coletiva (Doutorado) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Cícera Beatriz Baratta Pinheiro

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Claudia sobral de Oliveira Uchoa

Fonoaudióloga, Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta

Fisioterapeuta. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Pós-Gradua-

ção em Saúde Coletiva (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Daianne Cristina Rocha

Nutricionista. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Edina Silva Costa

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Elaine Neves de Freitas

Fisioterapeuta. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Elzo Pereira Pinto Junior

Fisioterapeuta. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Emilia Kelma Alves Marques

Fonoaudióloga. Mestra em Linguística e Literatura PUC – MG. Secretária da Saúde do Estado do Ceará (HGF).

Ermanna Peixoto Lima

Aluna do Curso de Enfermagem/UNILAB. Bolsista IC do Programa BPI/FUNCAP.

Francisco José Maia Pinto

Estatístico. Pós-Doutor em Saúde Coletiva - Universidade de São Paulo (USP). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Geisy Lanne Muniz Luna

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Gutemberg dos Santos Chaves

Discente do Curso de Enfermagem/UNILAB. Bolsista IC do Programa Jovens Talentos para Ciência/CAPES.

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Nutricionista. Doutora em Farmacologia, Centro de Ciências da Saúde. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Enfermeira. Discente (Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla Universidade de Fortaleza (UNIFOR) / Universidade Estadual do Ceará (UECE) / Universidade Federal do Ceará (UFC). Mestra em Saúde Pública. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Ilvana Lima Verde Gomes

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente do Programa de Pós-gradua-

ção em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Jardenia Chaves Domenegueti

Profissional de Educação Física. Discente do Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do curso de graduação em Educação Física da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Joana Mary Soares Nobre

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará. Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

José Wellington de Oliveira Lima

Médico. Doutor em Science Tropical Public Health Universidade de Harvard, Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado e Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Juliana Alencar Moreira Borges

Mestra em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Experiência em Vigilância Epidemiológica, investigação de óbitos, análise, atenção básica.

Juliana Lucena de Miranda Cavalcante

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Juliana Pessoa Costa

Terapeuta Ocupacional. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Krysne Kelly de França Oliveira

Terapeuta ocupacional. Especialista em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Laryssa Veras Andrade

Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Leandro Araújo Carvalho

Profissional de Educação Física. Mestre em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Leilson Lira Lima

Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos e Enfermagem (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Letícia Lima Aguiar

Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Curso de

Especialização em Enfermagem em Nefrologia - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Lídia Samara de Castro Sanders

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Lillian de Queiroz Costa

Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Lucia Conde de Oliveira

Assistente Social. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente do Curso de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem - Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Docente do Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)/Universidade Estadual do Ceará (UECE)/Universidade Federal do Ceará (UFC).

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Médico. Pós-Doutor em Economia da Saúde - Universidade de Barcelona. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Enfermeira. Mestra em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Discente do Programa Pós Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado) em Associação Ampla Universidade de Fortaleza (Unifor) / Universidade Estadual do Ceará (UECE) / Universidade Federal do Ceará (UFC) .

Maria Celestina S. de Oliveira

Medica. Mestra em Saúde pública – Universidade Estadual do Ceara (UECE). Residente do Hospital Geral Cesar Cals e Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

Maria Gleiciane Lima Rocha

Discente do Curso de Enfermagem/UNILAB. Bolsista IC do Programa BPI/FUNCAP.

Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio

Fisioterapeuta. Discente do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Doutora em Enfermagem - Universidade de São Paulo. Docente/ Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla Universidade de Fortaleza (UNIFOR) / Universidade Estadual do Ceará (UECE) / Universidade Federal do Ceará (UFC).

Marilene Calderaro da Silva Munguba

Terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Pós-Doutora em Terapia Ocupacional Social pelo Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Milena Lima de Paula

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em Associação Ampla (Doutorado) Universidade de Fortaleza (UNIFOR) / Universidade Estadual do Ceará (UECE) / Universidade Federal do Ceará (UFC).

Rândson Soares de Souza

Enfermeiro. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Raquel Sampaio Florêncio

Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Roberta Meneses de Oliveira

Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Curso

de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Rosiléa Alves de Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Selma Nunes Diniz

Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Soraia Pinheiro Machado Arruda

Doutora em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Maranhão. Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Talita da Silva Nogueira

Discente do Curso de Enfermagem/UNILAB, Bolsista IC/CNPq.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira e Advogada. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Wilson Junior de Araújo Carvalho

Fonoaudiólogo. Pós-Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos da Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	19
Prefácio	21
Introdução.....	23

PARTE I - POLÍTICA E GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Capítulo 1- Integralidade da assistência na saúde da mulher: compreensão de enfermeiros do maciço de Baturité	31
<i>Andrea Gomes Linard / Ermanna Peixoto Lima / Maria Gleiciane Lima Rocha / Talita da Silva Nogueira / Gutemberg dos Santos Chaves</i>	

Capítulo 2- A (in) visibilidade de dados sobre violência contra criança e adolescente com deficiência ante as diretrizes que norteiam a proteção integral	48
<i>Ana Cléa Veras Camurça Vieira / Geisy Lanne Muniz Luna / Marilene Calde- raro da Silva Munguba / Luiza Jane Eyre de Souza Vieira</i>	

Capítulo 3- Análise da produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva de Fortaleza.....	67
<i>Claudia Sobral de Oliveira Uchoa / Ilvana Lima Verde Gomes / Emília Kelma Alves Marques / Wilson Junior de Araújo Carvalho / Leilson Lira de Lima / Maria Salete Bessa Jorge</i>	

Capítulo 4- Obtenção do consentimento informado e permanência do paciente em uma pesquisa clínica: contribuição da relação profissional paciente	90
<i>Edina Silva Costa / Andrea Caprara / Amanda Pereira Ferreira / Cyntia Mon- teiro Vasconcelos Motta / Selma Antunes Nunes Diniz / Juliana Alencar Mo- reira Borges</i>	

PARTE 2- DENGUE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PRÁTICAS E SUAS INTERFACES

Capítulo 5- Implantação da ecossáude no controle da dengue: implicações da participação social110
Joana Mary Soares Nobre / Andrea Caprara / Ana Carolina Rocha Peixoto / Ilvana Lima Verde Gomes / Rosiléa Alves de Souza

Capítulo 6- Participação social e equidade de gênero no controle da dengue: um processo de implantação da ecossáude130
Joana Mary Soares Nobre / Andrea Caprara / Krysne Kelly de França Oliveira / Ana Carolina Rocha Peixoto

Capítulo 7- Práticas de prevenção da dengue sob o olhar das famílias, dos profissionais de saúde e dos atores envolvidos no programa de controle do vetor151
Edina Silva Costa / Andrea Caprara / Amanda Pereira Ferreira / Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta / Selma Antunes Nunes Diniz / Juliana Alencar Moreira Borges

Capítulo 8- Significados e dimensões do controle do dengue: concepções de uma comunidade participativa no Município de Fortaleza-CE171
Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta / Krysne Kelly de França Oliveira / Elaine Neves de Freitas / Edina Silva Costa / Andrea Caprara

Capítulo 9- O discurso do sujeito coletivo sobre saúde, direito à saúde e participação194
Berenice Temoteo da Silva / Lúcia Conde de Oliveira / Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio

PARTE 3- DIVERSIDADES EPISTEMOLÓGICAS TEMÁTICAS

Capítulo 10- Envelhecimento Populacional: dos aspectos históricos do envelhecimento ao perfil demográfico de idosos do Ceará.....217
Juliana Lucena de Miranda Cavalcante / Lillian de Queiroz Costa / Elzo Pereira Pinto Junior / Edina Silva Costa / Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Capítulo 11- Subsídios para Pesquisas sobre a Obesidade: a influência da infecção pelo *Helicobacter pylori* sobre o estado nutricional....236
Helena Alves de Carvalho Sampaio / Daianne Cristina Rocha / Cícera Beatriz Baratta Pinheiro / Antônio Augusto Ferreira Carioca / Soraia Pinheiro Machado Arruda / José Wellington de Oliveira Lima

Capítulo 12 - Caracterização sociodemográfica e de atividade física em escolares adultos jovens253
Laryssa Veras Andrade / Thereza Maria Magalhães Moreira / Raquel Sampaio Florêncio / Leandro Araújo Carvalho

Capítulo 13 - Mortalidade infantil: análise de fatores de risco em uma capital do Nordeste brasileiro270
Lídia Samara de Castro Sanders / Jardenia Chaves Domeneguetti / Francisco José Maia Pinto

Capítulo 14- Humanização do parto: estudo etnográfico em uma maternidade pública de Fortaleza293
Andrea Caprara / Maria Celestina S. de Oliveira

Capítulos 15 - Avaliação das necessidades de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva pediátrica.....315
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão / Ana Camila Moura Rodrigues / Roberta Meneses de Oliveira / Adriana Catarina de Souza Oliveira / Letícia Lima Aguiar / Marcelo Gurgel Carlos da Silva

PARTE 4- SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE

Capítulo 16- Familiares que acompanham usuários de *crack* para o cuidado em Centro de Atenção psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD)341

Milena de Lima de Paula / Maria Salete Bessa Jorge

Capítulo 17- Comportamento de crianças e práticas educativas parentais na contemporaneidade com um "remedinho" é mais fácil?367

Ana Maria Zurick / Maria Salete Bessa Jorge

Capítulo 18 – Itinerário terapêutico de família de pessoas com transtorno mental em crise; fluxos e redes de compromissos389

Juliana Pessoa Costa / Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos / Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho / Maria Salete Bessa Jorge

Capítulo 19 - Planejamento de ações desinstitucionalizantes com vistas à consolidação do acesso à rede assistencial de saúde mental409

Rândson Soares de Sousa / Maria Salete Bessa Jorge

AGRADECIMENTOS

A Deus por sua infinita bondade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (CCS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) por nos dar esta oportunidade e incentivo.

A Universidade Estadual do Ceará (UECE) pelo apoio e importância no nosso meio.

Aos Docentes, discentes, profissionais de saúde, participantes das pesquisas e convidados externos que trouxeram preciosas contribuições e disponibilizaram suas expertises com amor para agregar valores na elaboração de cada capítulo que compõe essa obra, além do prefácio e posfácio, e da introdução.

Aos familiares que nos apoiaram, em toda a trajetória de nossas vidas, em busca de crescimento e maturidade no universo da pesquisa, e nos presentearam com o alicerce fundamental para prosseguir aspirando à concretização de nossos sonhos.

A elaboração de um livro implica em muitas tarefas e, envolve diversas pessoas, tanto as que irão escrever seus capítulos como os que são convidados para fazer prefácio, introdução e posfácio, organizadores, a editora, o diagramador, pareceristas, e, tantos outros não menos importantes. A todas essas pessoas que colaboraram conosco neste sonho de publicar um livro o nosso agradecimento.

PREFÁCIO

O livro “POLÍTICA, GESTÃO E SAÚDE NO CONTEXTO DA COLETIVIDADE concepção dos alunos e professores de Saúde Coletiva” traz uma contribuição relevante para o campo da saúde coletiva, pois são recortes de dissertações produzidas no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, programa esse que ao longo dos anos vem contribuindo na formação de profissionais tanto do nosso Estado como de outros Estados brasileiros.

A parceria de professores e alunos na construção das dissertações e nos recortes para os capítulos fortaleceu a visão que encontrou-se na saúde coletiva: a multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, já que houve participação de enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, odontólogos, unidos na construção de saberes e práticas.

Os capítulos deste livro podem servir de fonte de pesquisa para gestores, profissionais e estudantes para a elaboração de projetos ou para embasamento teórico relacionados ao Sistema Único de Saúde e a formação de pessoal.

O livro em questão possibilitará de forma significativa a área de saúde coletiva. Apresenta um conjunto de dezenove capítulos, dividido em quatro, as quais se denominam em partes: Parte I - Política e Gestão em Serviços de Saúde; Parte 2- Dengue, Participação Social, Práticas e suas Interfaces; Parte 3- Diversidades Epistemológicas Temáticas e Parte 4- Saúde Mental e Subjetividade baseados em dissertações e teses do Programa de Pós-Graduações em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará.

O livro tem como mérito estreitar a parceria entre alunos docentes do PPSAC com a finalidade de promoção da escrita acadêmica.

Enfim, deseja-se a todos uma boa leitura e que haja crescimento teórico-metodológico, possibilitando um agir para pesquisa e sua interlocução com a prática e mudanças no processo de trabalho, em que a pesquisa seja a mola propulsora.

Ilvana Lima Verde Gomes

Joana Mary Soares Nobre

Leandro Araújo carvalho

1 INTRODUÇÃO

É com grande alegria que atendo ao convite do Mestrado de Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Ceará, para escrever a apresentação dessa obra organizada por Ilvana Gomes, Joana Nobre e Leandro Carvalho, que abrange as concepções de alunos e professores de Saúde Coletiva sobre um conjunto de temáticas muito relevantes neste campo.

Começo ressaltando o papel deste esforço editorial em contribuir para o fortalecimento de uma cultura da publicação acadêmica no país, já que urge cada vez mais que a Universidade se coloque perante a sociedade, sem ficar voltada em si mesma ou limitada tão-somente a sua função formadora, mas sendo também espaço de disseminação do conhecimento produzido entre seus muros. Trata-se de importante iniciativa de publicização dos trabalhos elaborados, que contribui para reforçar a necessária descentralização e deslocamento na produção de conhecimento nos cursos de pós-graduação no país do eixo sul/sudeste.

Consoante com a visão da Saúde Coletiva enquanto campo de saberes e práticas sobre o processo saúde/doença em suas dimensões materiais e simbólicas, bem como das respostas sociais organizadas para seu enfrentamento, os trabalhos destacam-se pela dimensão interdisciplinar abrangente, pela diversidade de temáticas abordadas e abordagens metodológicas utilizadas, e pelo comprometimento com as realidades de atenção à saúde.

Igualmente digno de menção é o forte enfoque loco-regional das investigações realizadas, ao mesmo tempo em que se abordam temáticas absolutamente pertinentes em todo contexto nacional. Essa característica eleva as possibilidades de

que muito dos conhecimentos advindos das pesquisas possam ser apropriados pelos sistemas de saúde locais, contribuindo na melhoria e aperfeiçoamento dos processos de cuidado, gestão e avaliação dos serviços do SUS no estado do Ceará.

Sem pretender antecipar o itinerário do leitor, cabe trazer aqui uma breve visão geral da diversidade de temas presentes nos dezenove trabalhos incluídos, que se organizam em torno de quatro eixos centrais: Política e Gestão em Serviços de Saúde; Dengue, Participação Social, Práticas e suas Interfaces; Diversidades Epistemológicas Temáticas, e Saúde Mental e Subjetividade.

O primeiro eixo organizador — Política e Gestão em Serviços de Saúde — se encontra representado por quatro produtos. Os autores do manuscrito “Integralidade da assistência na saúde da mulher: compreensão de enfermeiros do Maciço de Baturité” buscaram conhecer os significados desse conceito tão polissêmico nas ações de combate ao câncer cérvico-uterino, desenvolvidas, em unidades básicas de saúde de dez municípios dessa região cearense, e permitindo contribuir na intensificação e reorientação das medidas direcionadas a uma condição que persiste como grave problema de saúde em nosso meio. Os resultados do estudo “Análise da produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço terciário de saúde auditiva de Fortaleza” sinalizam para um conjunto de elementos que podem subsidiar um atendimento integral de maior qualidade àqueles que necessitam dessa tecnologia de ponta para o tratamento da surdez, ainda de acesso restrito em várias de nossas localidades. Fica claro a partir das discussões trazidas no trabalho “A (in) visibilidade de dados sobre violência contra criança e adolescente com deficiência diante das diretrizes que norteiam a proteção in-

tegral”, o elevado grau de desconhecimento desse problema, em consequência da subnotificação dos casos e do despreparo profissional para lidar com a situação nos serviços de saúde, que deveriam realizar seu diagnóstico presuntivo e tomar as providências iniciais para garantir sua proteção. Finalmente, a pesquisa “Obtenção do consentimento informado e permanência do paciente em uma pesquisa clínica: contribuição da relação profissional paciente”, mostrou que, embora a adesão inicial ao projeto de estudo estivesse relacionada à busca por cuidados especializados, a boa qualidade da relação entre usuários e profissionais revela-se fundamental para a colaboração e permanência dos indivíduos na investigação clínica.

O segundo eixo — Dengue, Participação Social, Práticas e suas Interfaces — congrega um conjunto de produções vinculadas ao estudo multicêntrico “Pesquisa ecobiossocial sobre Dengue e Doença de Chagas na América Latina e no Caribe”, desenvolvido pela Universidade Estadual do Ceará e financiado com recursos da UNICEF e do Banco Mundial. No trabalho “Implantação da Ecosaúde no controle da dengue: implicações da participação social”, os autores verificam que a participação de diversos atores sociais está aquém de seu potencial e sinalizam para um conjunto de limitantes a serem sobrepujados para a efetiva mudança das condições subjacentes ao controle da doença. A importância dessa participação e a análise de aspectos mais específicos relacionados ao gênero para a concretização da abordagem integrada no domínio da enfermidade é tratada na investigação “Participação social e equidade de gênero no controle da dengue: um processo de implantação da ecossaúde”. O texto “Práticas de prevenção da dengue sob o olhar das famílias, dos profissionais de saúde e dos atores envolvidos no programa de controle do vetor”

retrata a complexidade de inserções, percepções e envolvimento dos diversos atores, que devem ser levadas em conta na integração de esforços que efetivamente atinjam os fatores ecobiossociais envolvidos na manutenção do vetor e nas ações de combate, prevenção e controle da doença. O estudo de caso apresentado em “Significados e dimensões do controle do dengue: concepções de uma comunidade participativa no município de Fortaleza-CE”, desenvolvido em um bairro com organização comunitária sólida, lideranças comunitárias e centro comunitário de referência, mas que, mesmo assim, convive com alta incidência da doença. Seus resultados reiteram as complexas relações existentes entre saúde, ambiente e vetor, que dificultam os esforços de participação e necessitam de integração interdisciplinar que reconheça os saberes locais, a fim de construir uma autonomia comunitária, que contribua na superação dos problemas. Finalmente, o texto apresentado no “Discurso do sujeito coletivo sobre saúde, direito à saúde e participação” é oriundo de uma dissertação de mestrado que investigou as concepções de dezoito conselheiros representantes de usuários e trabalhadores sobre saúde, direito à saúde e participação no Conselho Municipal de Saúde de Crato. Fica evidente o quanto ainda é necessário avançar no compartilhamento do poder de decisão nos processos de concretização do direito à saúde e como a articulação dos conselheiros e seus representados pode se configurar em importante ferramenta de luta nesse sentido.

Na sequência, as seis produções do terceiro eixo — Diversidades Epistemológicas Temáticas — cobrem uma pluralidade de temas, abordados por diversas óticas metodológicas no campo da produção de conhecimentos. “Mortalidade infantil: análise de fatores de risco em uma capital do Nordeste

brasileiro” mostra a importância de um conjunto de fatores associados com a atenção à saúde da gestante e dos recém-nascidos contribuintes nesses eventos, agregando elementos para que os progressos no controle do indicador em Fortaleza sigam avançando no sentido de se aproximar do recomendado pelos organismos internacionais. Como também é importante mirar o futuro que já está batendo às portas e que se encontra representado no progressivo envelhecimento populacional brasileiro, a caracterização do perfil demográfico dos idosos cearenses no período de 2000 a 2011, presente no texto: “Envelhecimento populacional: dos aspectos históricos do envelhecimento ao perfil demográfico de idosos do Ceará”, pode auxiliar no desenvolvimento e direcionamento das políticas públicas voltadas para esta parcela da população no estado. O desenvolvimento de políticas promotoras de saúde bem sucedidas necessita levar em conta as especificidades locais de clientela específicas, e o trabalho “Caracterização sociodemográfica e de atividade física em escolares adultos jovens” explora esses aspectos em pesquisa realizada em Maracanaú, município de médio porte localizado na região metropolitana de Fortaleza e premiado nacionalmente na área de atenção à saúde do adolescente e adulto jovem. O texto “Subsidiando pesquisas para a obesidade: a influência da infecção pelo *Helicobacter pylori* sobre o estado nutricional” apresenta os resultados de um estudo transversal, de abordagem quantitativa e comparativa, que se dedicou a investigar os efeitos da presença deste agente infeccioso sobre o estado nutricional de pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Os autores do trabalho “Humanização do parto: um estudo etnográfico em uma maternidade pública de Fortaleza” identificam que o modelo de atendimento à gestante ainda se caracteriza pelo

caráter fundamentalmente técnico e sem considerar as subjetividades das pacientes, reforçando que a reconstrução das práticas de saúde mais humanizadas durante o pré-natal ou parto são ainda uma realidade ser perseguida em nossos serviços. Fechando este eixo, a pesquisa “Avaliação das necessidades de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva pediátrica” utilizou-se do instrumento Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados em Terapia Intensiva para examinar as principais categorias de necessidades e o grau em que estas eram satisfeitas nos acompanhantes de um hospital público de referência de Fortaleza, destacando a importância de demandas de conhecimento/informação e acesso ao pacientes infantis.

Em sua parte última, o livro apresenta um conjunto de reflexões sobre Saúde Mental e Subjetividade. O capítulo “Familiares que acompanham usuários de crack para o cuidado em Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas” buscou analisar, a partir de entrevistas com trabalhadores de saúde, familiares e usuários adultos em tratamento, como a família é incluída nas ações desenvolvidas por estes centros. Apesar do reconhecimento profissional da importância desse grupo de suporte no cuidado e ressocialização dos usuários de drogas, as dinâmicas familiares particulares ainda são pouco consideradas na realização de intervenções, devendo adquirir forma mais personalizada, para garantir um atendimento mais humanizado e integral, que possa efetivamente contribuir para mudanças mais duradouras. “Comportamento de crianças e práticas educativas parentais na contemporaneidade: com um ‘remedinho’ é mais fácil?” traz um conjunto de reflexões sobre a frequência crescente com que problemas de comportamento envolvidos e/ou resultantes de condições como dificuldades

no aprendizado mal conduzidas, desagregação familiar, violências intra e extrafamiliares, precárias condições econômicas e de saúde, vem sendo medicalizados na sociedade contemporânea, e como esta medicalização nos serviços de saúde mental pode contribuir para a patologização dos indivíduos. Na perspectiva de ampliar os campos de atuação dos projetos terapêuticos a partir de uma visão integral e contextualizada do ser humano, os autores do capítulo “Itinerários e redes sociais de apoio das famílias de pessoas em crise psiquiátrica: redes e fluxos em busca do cuidado em saúde” discutem as estratégias, fluxos, serviços acessados e redes sociais de apoio utilizadas pelos familiares de indivíduos com transtorno mental, em situação de crise, atendidos em unidades de atenção à saúde mental do Município de Maracanaú, localizado na região metropolitana da capital cearense. Fechando este eixo e o livro, o manuscrito “Planejamento de ações (des)institucionalizantes com vista à consolidação do acesso à rede assistencial de saúde mental” identificou um leque de problemas que necessitam da elaboração e implantação de estratégias que minimizem fragilidades do processo de organização da RASM e intensifiquem sua interconexão com as demais redes assistenciais de Fortaleza.

Espera-se que os leitores apreciem a leitura, escutando e reagindo com reflexões e ações que nos permitam avançar na construção de melhores condições de vida para nossa população e melhores serviços de saúde para todos.

Uma boa leitura!

Profa. Dra. Rosângela Caetano

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ / JMS)

PARTE 1

POLÍTICA E GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 1

INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA SAÚDE DA MULHER: COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS DO MACIÇO DE BATURITÉ

Andrea Gomes Linard

Ermanna Peixoto Lima

Maria Gleiciane Lima Rocha

Talita da Silva Nogueira

Gutemberg dos Santos Chaves

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira promulgada em 1988 estabelece as diretrizes para a Organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e destaca a integralidade, significando tratar-se de atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O termo integralidade está descrito na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080 e 8.142/90) como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1998).

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, tem como proposta a reorganização dos serviços da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a substituição do modelo tradicional (KANTORSKI et. al., 2009).

Com os avanços obtidos, a denominação Programa cede lugar à adoção do conceito Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando seu papel estratégico na mudança do modelo as-

sistencial no País. Essa discussão traz à pauta também a necessidade de investimentos não só na quantidade, mas também na qualidade das Equipes de Saúde da Família em atuação, enviando esforços para que o objetivo, antes somente de ampliação da estratégia, hoje seja de sua consolidação.

Sendo assim, o crescimento e a progressiva ampliação da cobertura da ESF trazem a necessidade de reflexão sobre sua ideia, operacionalização e sustentabilidade, o que reflete também na qualidade de seu desenvolvimento e da atenção à saúde prestada pelas equipes (BRASIL, 2005).

A ESF veio para constituir perspectiva no concernente à atenção primária, substituindo o modelo biomédico por novas práticas assistenciais, rompendo com práticas clínicas convencionais de saúde, ensejando maior interação e respeito entre profissional e usuário.

Em virtude das características predominantes nas atuais práticas de saúde, e suas consequências, para a população dependente dos serviços públicos de saúde, parece relevante a união de esforços para a constituir de uma assistência que incorpore os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e ofereça um modelo de cuidado integral, humanizado e comprometido em garantir o direito à saúde e em atender as necessidades socialmente determinadas, as quais muitas vezes são imperceptíveis em detrimento do problema biológico que demanda o serviço (BEHEREGARAY; GERHARDT, 2010).

O termo integralidade pode ser compreendido sob várias dimensões que permeiam o atendimento à população, preconizado pela Constituição de 1988. Tais dimensões direcionam a organização, expansão e qualificação das ações e serviços de saúde do SUS, com a oferta de um elenco ampliado de serviços, como: imunizações até os serviços de reabilitação física

e mental, além das ações de promoção da saúde, em caráter intersetorial.

A integralidade traduz-se em realizar atenção, integrando ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos vários níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade, e não apenas a um recorte de problemas. A integralidade exige que a Atenção Básica reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, prolonga-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, e requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multidisciplinar (MACHADO et al., 2007).

A implementação da integralidade da assistência, talvez seja, nos dias de hoje, o maior desafio da saúde no Brasil, ocorrente em razão da atual conjuntura, que ainda revela um sistema estruturado para atender, prioritariamente, os pacientes com a doença já instalada, com foco de atenção no agravo.

Com efeito, apesar dos avanços obtidos com o SUS, seus princípios orientadores ainda não são uma completa realidade no cotidiano dos serviços de saúde. Dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do Sistema Único de Saúde e de suas práticas. As mudanças no sistema com relação à integralidade não se exprimem tão evidentes. Elas acontecem de forma sutil, mas ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade que se almeja (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Nas políticas de saúde as ações preventivas e assistenciais têm impactos distintos: as atividades assistenciais respondem às necessidades de saúde dos usuários e as ações preventivas modificam o quadro social de uma doença, modificando a demanda futura para os serviços assistenciais. No que se refere à gestão em saúde, é preciso democratizar o processo de trabalho na organização dos serviços, horizontalizando saberes, promovendo as atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde numa perspectiva de integralidade em que a valorização da atenção e do cuidado desponta como dimensão básica para a política de saúde, que se desenvolve ativamente no cotidiano dos serviços (PINHEIRO; LUZ, 2003).

O profissional que busca incorporar a integralidade em seu atendimento, amplia suas percepções, oferecendo uma assistência voltada para as reais necessidades do cliente e, conseqüentemente, supri suas demandas de maneira mais específica e individualizada, respeitando o direito universal e integral à saúde.

É válido salientar, entretanto, que a integralidade é o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS. No início da década de 1990, a preocupação com a integralidade limitava-se a alguns centros acadêmicos e experiências municipais, pois a ênfase política da época se concentrava em questões de financiamento e descentralização. Somente com a expansão e reorientação do PSF, foi possível enfatizar propostas, como territorialização, vigilância em saúde, acolhimento e vínculo, retomando a discussão da integralidade, expressa pela Reforma Sanitária (PAIM, 2009).

Assim, a integralidade na Saúde da Mulher no que tange às ações de combate ao câncer cérvico-uterino configura es-

paço de práticas, saberes e discussões que, dia a dia, procura avançar na tentativa de reduzir o perfil de mortalidade do referido agravo a saúde.

No Brasil, cérvico-uterino é o tipo de câncer mais comum em algumas áreas menos desenvolvidas. Sua ocorrência se concentra principalmente em mulheres acima dos 35 anos. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura.

Como estratégia de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino, a realização do exame citopatológico de Papanicolau é reconhecido mundialmente como estratégia segura, eficiente, indolor, de baixo custo e eficaz, podendo ser colhido por via de infraestrutura simples, e sua aplicação modificou efetivamente as taxas de incidência e mortalidade (SECRETARIA DE SAÚDE, 2002).

As ações de prevenção ao câncer cérvico-uterino são desenvolvidas na contextura da Estratégia Saúde da Família (ESF) mediante consulta médica e de enfermagem, que realiza ações de rastreamento junto à população feminina. Na lógica do trabalho por área adscrita, a ESF se propõe ter equipes responsáveis por famílias, de forma que seja possível estabelecer o vínculo profissional-usuário e estimular a adesão à prevenção ginecológica.

Apesar de a neoplasia em foco ser facilmente diagnosticada, a cifra alberga estimativas preocupantes. Para o ano de 2014, no Brasil, são esperados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (23,57/ 100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (22,19/ 100 mil) e Nordeste (18,79/ 100 mil), é o segundo mais frequente.

Na região Sudeste (10,15/100 mil), o quarto e, na região Sul (15,87 /100 mil), o quinto mais frequente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Estas elevadas cifras não se justificam, pois a prevenção do câncer cérvico-uterino é eficaz se implementada adequadamente na ESF. A elevada incidência da referida neoplasia pode estar ligada à ausência de uma política voltada para a educação em saúde, bem como à baixa qualidade dos serviços de saúde. Por esse motivo, é digno de uma atenção especial dos gestores em saúde, dos profissionais e da sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o principal fator de risco para a doença é a infecção pelo vírus Papiloma Humano - HPV. Todas as mulheres que iniciaram a atividade sexual são potencialmente susceptíveis ao desenvolvimento da doença. As más condições de higiene, alimentação, tabagismo, início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros e o uso de contraceptivos orais, entretanto, também favorecem o surgimento desse câncer. Tornando-se mais evidente na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir o pico, geralmente na faixa de 45 a 49 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requer a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação.

Assim, uma mudança nesse perfil depende de ações articuladas voltadas para a saúde, envolvendo ações profissionais, políticas públicas, infraestrutura das unidades de saúde e participação da comunidade. Tais ações vêm ao encontro do Pac-

to pela Vida 2010-2011, que traça como um dos seus objetivos ampliar a oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero, visando a alcançar uma cobertura de 80% da população-alvo.

Portanto, o câncer cérvico-uterino deve ser tratado como um contexto de atenção à saúde relevante no Brasil, uma vez que demanda ações voltadas para a integralidade de uma assistência à saúde ainda em elaboração no Sistema Único de Saúde.

A equipe da ESF pode contribuir para o controle da doença por meio das ações de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce, realizadas nos serviços, bem assim com a realização de ações educativas com a participação da comunidade, no sentido de ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco, o desenvolvimento da doença e a importância da realização periódica do exame preventivo, com objetivo de se alcançar resultados satisfatórios para a redução das taxas de morbimortalidade.

A complexidade de se trabalhar ante qualquer fenômeno social constituído com base em conjunto de determinantes, condicionantes e fatores sociais e biológicos, exprime uma necessidade de compreensão mais ampla e qualificada sobre o assunto. Nessa perspectiva, emerge a necessidade de estudos que possam contribuir para a compreensão da integralidade da assistência muito mais além do simples ato de realizar um atendimento ambulatorial.

Em tais circunstâncias, a realidade contemporânea traz novos desafios no modo como certos temas são habitualmente abordados, especialmente no campo da saúde. A dimensão e a relevância social e política agregadas pelo campo da saúde desde a reforma sanitária e constituição do Sistema Único de

Saúde (SUS) tencionam para a saúde a ideia de que esta pode contribuir significativamente para a realidade vivida por nossa sociedade no que tange ao bem-estar da coletividade e de como a ausência deste bem-estar influencia nas dinâmicas de funcionamento.

A produção de conhecimento na área da Saúde da Mulher possibilitará: a melhoria do serviço de saúde no que concerne à organização do rastreamento do câncer cervical e à qualificação dos profissionais; o fortalecimento da integração ensino-serviço; e o impacto positivo na diminuição do câncer de colo do útero, contribuindo para melhor qualidade de vida da população.

No conjunto de profissionais que integram a ESF, o enfermeiro desempenha relevante papel na execução de ações que permeiam as esferas gerenciais, clínica e educativas. No exercício de suas funções, além de competência técnica, responsabilidade e compromisso ético, é necessário ao enfermeiro compreender e discutir de que forma a filosofia de alguns princípios doutrinários do SUS acontecem na área da saúde feminina.

Outros estudos corroboram essa posição ressaltando a importância de se discutir a concepção do enfermeiro sobre a municipalização por se entender que o enfermeiro é um agente da equipe multidisciplinar em saúde, estando diretamente envolvido com a consolidação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Dessa maneira, as peculiaridades dessa política de saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), receberam influências da municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, por meio da ESF. O câncer cérvico-uterino ainda constitui um sério problema de saúde pública no País, apesar da existência de programas, da necessidade de

uma simples tecnologia, baixo custo para a prevenção e diagnóstico precoce do exame citopatológico, percebe-se a gravidade do cenário epidemiológico.

Ante tais fatos, surgiu o questionamento: qual a concepção dos enfermeiros a respeito de integralidade na assistência no âmbito da Saúde da Mulher? Como esta integralidade acontece nas ações de combate ao câncer cervico-uterino? Para responder a tais indagações, realizou-se uma investigação a respeito, com os objetivos descritos na sequência.

Conhecer os significados sobre integralidade concebidos pelos enfermeiros.

Identificar a correlação feita pelos profissionais entre integralidade da assistência e ações de combate ao câncer cervico-uterino.

Verificar como os serviços de saúde na atenção primária estão organizados de modo a privilegiar a integralidade da assistência.

METODOLOGIA

O estudo é descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, pois possibilitou uma investigação detalhada e que melhor harmoniza aos objetivos propostos. A pesquisa exploratória permite maior familiaridade com o problema e o aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições. Enquanto isso, a pesquisa descritiva tem por objetivo expor e buscar as explicações de um fenômeno (GIL, 1999).

Compuseram o universo da pesquisa todos os enfermeiros lotados nas unidades básicas de saúde dos Municípios do Maciço de Baturité, vinculadas à Estratégia Saúde da Família e que aceitaram participar do estudo.

O número de sujeitos envolvidos foi estipulado com base no critério de saturação e repetição, ferramenta esta muito utilizada na pesquisa qualitativa onde o fechamento amostral se processa pela suspensão de novos participantes quando os dados obtidos passam a redundância e repetição. Na abordagem qualitativa, as amostras são propositais e buscam singularidade, aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado (GIL, 1999).

A região sob exame foi eleita para lócus da pesquisa pelo fato de que, neste espaço geográfico, funciona a UNILAB, instituição a que o projeto está vinculado. Esta autarquia federal, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei 12.289, sancionada pelo Presidente da República em 20 de julho de 2010, alberga a responsabilidade de desenvolver ensino, pesquisa e extensão em consonância com as necessidades de saúde e educação da região do Maciço de Baturité.

A coleta de dados aconteceu durante os meses de março a novembro do ano de 2013. Para a coleta, utilizou-se um roteiro de entrevista que abordou questões a respeito ao atendimento na atenção primária no contexto da integralidade da assistência na Saúde da Mulher, organização dos serviços, oferta de ações para atender as demandas inerentes ao combate do câncer de colo uterino e referência/contrareferência. As entrevistas aconteceram na Unidade Básica de Saúde, após o expediente de atendimento dos enfermeiros, em uma sala reservada na unidade para essa atividade.

A entrevista semiestruturada foi utilizada como recurso, por permitir certa liberdade, ao entrevistado, de discorrer, apesar da utilização de tópicos que o pesquisador define a priori. Este recurso é capaz de orientar uma “conversa com

finalidade”, devendo ser facilitador de abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2004).

As informações foram organizadas com suporte nas transcrições das entrevistas e leituras sucessivas das falas, onde as ideias centrais, ou seja, aquelas mais evidentes, que descreveram de forma sintética e precisa o sentido das falas, foram identificadas e registradas. As transcrições foram organizadas conforme Técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004). As categorias posteriormente identificadas foram discutidas com embasamento da literatura.

Com o intuito de obedecer às diretrizes que regulamentam os estudos envolvendo seres humanos, para as participantes desta pesquisa, foi exibido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com dados referentes ao caráter voluntário do estudo e possibilidade de desistência a qualquer momento. Com o intuito de garantir o anonimato, as falas foram identificadas pelo código enf, seguido do número de ordem. O estudo na fase de projeto de pesquisa foi enviado para o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza e aprovado segundo o Parecer nº203/08.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 47 profissionais graduados em Enfermagem, sendo 45 do sexo feminino e dois do masculino. Os profissionais estavam lotadas nos Municípios de Acarape, Aratuba, Aracoiaba, Baturité, Barreira, Itapiúna, Capistrano, Ocara, Palmácia e Redenção. Os enfermeiros encontravam-se na faixa etária de 21 a 63 anos, com predominância do intervalo de 21 a 35. O tempo médio de graduação foi de oito anos, o tempo de atuação profissional da atenção primária oscilou

de 2 a 30 anos. A maioria possui algum tipo de especialização. As especializações realizadas foram nas seguintes áreas: Saúde Pública, Unidade de Terapia Intensiva, Gestão em Saúde, Enfermagem do Trabalho, Obstetrícia, Urgência e Emergência, Saúde da Família, Saúde Indígena, Saúde do Idoso, Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde.

A seguir se exibiu as categorias emergidas assinadas na análise das entrevistas:

Significados atribuídos ao termo integralidade

Para os entrevistados, o significado de integralidade consiste em garantir ao usuário uma assistência integral que associe a prevenção e o tratamento, considerando a pessoa na totalidade, num contexto que englobe suas necessidades.

Atender a paciente de uma forma integral, tratar todos os aspectos de doença daquela mulher, tratar hipertensão e diabetes, tratar de uma forma integral (enf 01).

É um cuidado de assistência prestado aos indivíduos de modo que ele seja assistido em todos os aspectos, onde não tratado somente a doença, deve ser tratado de um modo geral, não só a doença (enf 02).

É a assistência de forma integral, em todos os níveis de atenção à saúde (enf 03).

É atender desde a prevenção até o diagnóstico, aliás, até o final do tratamento (enf 04).

Observar o paciente como um todo, anotar todo o estado clínico dele e se necessário encaminhar a outro profissional. Isso acontece, por exemplo, uma gestante de risco (enf 05).

Atender a todos em todos os níveis de atenção (enf 06).

A integralidade é um atendimento globalizado, um atendimento que tenha várias nuances, não só no tratamento, mas também na prevenção, integral no sentido de atender a todas as necessidades das pacientes (enf 06).

A perspectiva da integralidade aparece no relato dos profissionais associada ao direito universal do usuário de ser atendido em suas necessidades de saúde.

A integralidade é uma ferramenta que nos permite entender a magnitude da saúde-doença e visualizar como sua amplitude extrapola o campo biológico. Dessa forma, ações mais efetivas só serão possíveis com profissionais que alarguem seus conceitos e atuem equipes multiprofissionais (MACHADO et al, 2007).

A garantia de um atendimento integral ultrapassa uma assistência à saúde hierarquizada e regionalizada, abrange o individual e o coletivo e requer um compromisso constante com o aprendizado e a atuação multiprofissional (CECIM; FEUERWERKER, 2004).

Esse princípio conduz seu bojo uma discussão crítica e propositiva da dissociação das práticas de saúde de cunho preventivo e as práticas assistenciais. Articular essas práticas de saúde significa propor uma reestruturação na forma de conceber os serviços de saúde, compreendendo o atendimento numa óptica longitudinal de ações.

Compreensão da integralidade da assistência nas ações de combate ao câncer cérvico-uterino.

No entendimento dos profissionais, as ações de combate ao câncer são percebidas nas perspectivas descritas a seguir:

Eu entendo a integralidade como uma continuidade da assistência, se eu faço a coleta e consigo tratar, ou se não, tenho condições para tratá-la então encaminho para o ginecologista para buscar uma solução (enf 07).

Conforme o resultado da prevenção, ela já vai orientada de alguma forma, se apresenta NIC III, por exemplo, eu explico que ela precisa de maiores cuidados, então ela é referenciada com os exames (enf 08).

Através das orientações, palestras, conscientização das mulheres em relação às doenças que podem haver, contaminação pelo HPV e a partir disso a mulher se conscientizar e através da conscientização e cuidados realizar avaliações rotineiras (enf 09).

Fazer a coleta direitinho, realizar entrevista, pesquisar sobre a família e se preciso, encaminhar para realizar exames (enf 10).

Eu entendo a integralidade como uma continuidade da assistência, se eu faço a coleta e consigo tratar, ou se não, tenho condições para tratá-la então encaminho para o ginecologista para buscar uma solução (enf 11).

Com certeza se identificada uma lesão, nós podemos dar continuidade ao tratamento encaminhando para um serviço especializado e daí dependendo do que ocorrer ter esse retorno, seria interessante (enf 12).

A integralidade da assistência é entendida, em termos de lei, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos

para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (GIOVANELLA, 2008).

Ações como levantar o histórico da paciente, realizar a coleta citológica, identificar a lesão, quando possível, implementar um tratamento e encaminhar a paciente para um serviço especializado ilustram a compreensão dos profissionais frente à integralidade da assistência.

O trabalho na atenção primária deverá ter uma abordagem interdisciplinar que conjugue, além das ações, os esforços de uma equipe multiprofissional voltados para a ação preventiva ante os fatores de risco para o câncer cérvico-uterino. Para tal adoção dos princípios da Educação em Saúde numa perspectiva problematizadora, que desperte no outro o interesse pelo cuidado, é condição fundamental para iniciar uma relação dialógica entre profissionais e paciente.

A organização dos serviços de saúde no atual modelo do Sistema de Saúde busca privilegiar espaços nos quais se possa concretizar uma prática clínica com foco na integralidade, entretanto a concretude dessa premissa estará relacionada aos determinantes sociais que influenciaram a população assistida e os profissionais.

CONCLUSÕES

À integralidade são atribuídos diversos sentidos, entre os quais se destacam aqueles relacionados ao atendimento integral, vislumbrando o ser humano em contexto holístico nos três níveis de atenção.

A ação do enfermeiro na Saúde da Mulher deve abranger a manutenção, promoção e recuperação da saúde com origem na relação estabelecida com a paciente que busca o serviço de

saúde, mediante estratégias educativas envolvendo a identificação de suas necessidades de saúde.

Reconhecer a relevância da perspectiva da integralidade na assistência à Saúde da Mulher implica o envolvimento do enfermeiro, que deve se fazer presente não apenas em situação de doença, mas também em todo o horizonte de atendimento proposto pelo Sistema de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal Brasileira. Brasília; 1988.

KANTORSKI LP, JARDIM VMR, PEREIRA DB, COIMBRA VCC, OLIVEIRA MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 dez; 30(4):594-601.

BRASIL. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BEHEREGARAY, L.R.; GERHARDT, T.E.L. A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. Saúde Soc., São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010.

MACHADO MFA et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 335-42.

LINARD, AG, CASTRO, MM de, CRUZ, AKL da. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, set. 2011.

PINHEIRO R, LUZ MT. Práticas eficazes x Modelos ideais: Ação e pensamento na construção da integralidade. Construção da integralidade: cotidiano, práticas e saberes em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003.

PAIM, JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, 148p.

SECRETARIA DE SAÚDE. Saúde Reprodutiva e Sexual: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Cadernos de atenção básica – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, 2006.

GIL, AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MINAYO, MC. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004.

MACHADO MFAS, MONTEIRO EMLM, QUEIROZ DTT, VIEIRA NFC, BARROSO MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. Ciên Saúde Colet. 2007; 12(2): 335-42.

CECIM RB, FEUERWERKER LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004; 20(5): 1400-10.

GIOVANELLA L (Org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CAPÍTULO 2

A (IN) VISIBILIDADE DE DADOS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA DIANTE DAS DIRETRIZES QUE NORTEIAM A PROTEÇÃO INTEGRAL

Ana Cléa Veras Camurça Vieira

Geisy Lane Muniz Luna⁴³

Marilene Calderaro Munguba

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

INTRODUÇÃO

A violência evidencia-se como fenômeno multicausal e complexo e correlacionando-se com determinantes sociais e econômicos, principalmente desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social. Aflui aos aspectos comportamentais e culturais, resultando em uma interação de fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. Nesse ínterim, o *Informe Mundial sobre la violencia y la salud* publicado pela Organização Mundial da Saúde (2002) define violência como:

O uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (KRUG, et al, 2002).

Sendo assim, percebe-se que os índices mais elevados de comportamentos violentos em algumas comunidades não podem ser explicados por um fator, isoladamente. Compreender, entretanto, a maneira como esses fatores estão vinculados à violência é um dos passos importantes no enfoque da saúde pública para a prevenção do fenômeno. Em face da realidade, é relevante conhecer como se articulam as manifestações da violência, haja vista o fato dessas situações se modificarem de acordo com o contexto histórico social (FROTA, et al 2011).

Em razão dessa complexidade, a violência direcionada a crianças e adolescentes é muito presente. Esta é uma realidade que constrange e inquieta a sociedade civil e os órgãos governantes. Waiselfisz (2011) acentua ser nessa faixa etária que duas em cada três mortes se originam numa violência, seja ela homicídio, suicídio ou acidente de transporte. Além disso, com essa faixa etária é difícil distinguir os casos de acidentes – que podem acontecer de forma casual e desprezível – dos de violência, por conta da dificuldade em estabelecer o caráter de intencionalidade. Os acidentes, também, podem, em muitos casos, ser considerados como modalidade de violência já que estes podem resultar de omissões das ações humanas.

Sanchez e Minayo (2004) refletem acerca da magnitude do tema, sua repercussão para a saúde da população brasileira, e indaga se o indicador de mortalidade não deveria ser associado a outro que retratasse o significado e a dinâmica das múltiplas violências, considerando o contexto sociocultural e a qualidade de vida de crianças e adolescentes.

Essas afirmações retratam a cruel realidade em que estão inseridos as crianças e adolescentes brasileiros, contudo estima-se que, muito mais preocupante, são os dados referentes à violência cometida contra crianças e adolescentes com defi-

ciência, haja vista a subnotificação desses casos e o despreparo profissional para lidar com esse fato.

Contextualizando o leitor, o modelo da deficiência foi aprovado por lei de 1975, “de orientação em favor das pessoas deficientes”. Na realidade, o relatório Bloch-Lainé, de 1967, já o propunha, razão pela qual pode ser considerado um texto de transição entre o modelo de inadaptação e o de deficiência; paradoxalmente, a lei de 1975 abstém-se de qualquer definição. Segundo os relatores de então, exprimir o conceito parecia-lhes totalmente impossível, haja vista as divergências de abordagens científicas sobre a maneira de tratar o assunto e que, do ponto de vista deles, era necessário dar maior abertura possível sobre o futuro para evitar possíveis exclusões dos beneficiários da lei. A deficiência transforma-se em novo “sistema de referências da ação pública”, suscetível de ser aplicado a todas as idades: “a deficiência é a lei” (PLAISANCE, 2005).

RETRATOS DA DEFICIÊNCIA

Dados do Censo de 2010 publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou a existência ou não de algum tipo de deficiência permanente por autodeclaração. Os resultados apontaram que 45.606.048 brasileiros (23,9% da população total), têm algum tipo de deficiência visual, auditiva, motora e mental ou intelectual (IBGE, 2010).

Trazendo essa análise para o âmbito regional observa-se que 27,7% da população residente no Ceará correspondendo a um total de 2 340 150 cearenses, apresentam algum tipo de deficiência, percentual acima do registrado nacionalmente (23,9%) e da Região Nordeste (26,6%) (IPECE, 2012).

Os dados do Censo mostraram que a deficiência chega a

pessoas em qualquer idade. Algumas nascem com ela, outras a adquirem ao longo da vida. O contingente populacional tem pelo menos uma das deficiências investigadas pelo Censo de 2010, revelados que sua prevalência é bastante alta na população brasileira de 198,7 milhões (IBGE, 2010):

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) mediante a institucionalização do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mensura o progresso de uma nação a partir da análise de três dimensões: renda, saúde e educação. De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano o (IDH) global de 2012, entre 186 países, elege a Noruega como o país que apresentou melhor IDH com 0,955, incluso no bloco de países com o índice muito alto. O Brasil registrou a 85ª posição, com o índice de 0,730, atrás do Chile, Argentina, Uruguai, Cuba, Panamá, Venezuela, Peru (PNUD, 2013).

A importância desses dados está no fato que os países com índice de desenvolvimento humano baixo (*IDH*), 9,9% da população têm uma *deficiência*; nos países com índice de desenvolvimento humano médio, a porcentagem cai para 3,7%; e em países de desenvolvimento humano elevado estima-se que 1% as pessoas com deficiência (PNUD, 2013).

A análise realizada pelo Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) sobre a infância em Fortaleza, com os dados socioeconômicos divulgados no Censo 2010, mostra que 7,5% da população de zero a 14 anos em Fortaleza possuem algum tipo de deficiência visual (SILVA; SILVA, 2013).

A proporção de crianças com problemas de visão aumenta, significativamente, a partir dos seis anos de idade, período coincidente com o início do ciclo escolar, para um número significativo de crianças. É preconizado nas políticas públicas o acompanhamento dessas crianças nas creches e escolas. Em termos de deficiência auditiva, a proporção cai para 2%, enquanto para a deficiência de locomoção e mental, essa proporção registra 1,3% e 0,8%, respectivamente. Chama-se atenção para o total de 63.978 crianças com algum tipo de deficiência que necessita de atenção especial das políticas públicas (SILVA; SILVA, 2013).

Em pesquisa realizada no mês de abril de 2014 nas bases de dados para indicadores de saúde gerais e específicos para a infância e adolescência (DATASUS, SIPIA, TABNET-SMS), não foram evidenciadas informações específicas sobre criança com deficiência associada às situações de violência, ou mesmo no grande grupo denominado de causas externas, considerando, ainda, a população 63.978 crianças com deficiência.

A inexistência de dados que possam proporcionar a vigilância em saúde da população com deficiência demonstra o quanto essa realidade ainda está invisível, apesar de avanços na trajetória de realizações de eventos internacionais e nacionais, políticas, planos e dispositivos legais que norteiam a atenção integral à pessoa com deficiência, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010) e as diretrizes que integram as ações do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, conhecido como Viver sem Limite (BRASIL, 2013).

Esse fato remete a certas inquietações: em razão desse contingente populacional, como se deu a trajetória das políticas públicas que tencionavam proteger e cuidar? Quais lacunas

ainda permanecem para que seja possível ter maior aproximação dessa realidade?

Por mais básicas que sejam as informações, estas apontam para potenciais estudos, que, por sua vez, podem se aprofundar na análise das condições de vida e saúde da criança com deficiência vítima de violência. Estudos mostram a importância da infância para a formação do capital humano da pessoa. Os efeitos de longo prazo do investimento na formação do capital humano na infância e adolescência vão desde o aumento dos níveis educacionais, maiores salários e melhores ocupações no mercado de trabalho, até melhores condições de saúde e satisfação com a vida (SILVA; SILVA, 2013).

GARANTIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Iniciou-se, no Brasil, na década de 1980, intenso movimento, com vistas a garantir os direitos das crianças. Com a mudança no modelo de saúde vigente, que buscava uma assistência mais integral criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984 (BRASIL, 1984).

Esta política de atenção envolvia ações de acompanhamento do crescimento infantil, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas, controle das doenças diarreicas e das prevenidas por imunizações. Malgrado priorizar a assistência à criança na rede básica de saúde, também foram implementadas estratégias com vistas a humanizar o pré-natal e o parto, dando mais espaço para a participação da família no cuidado ao bebê, no âmbito hospitalar (BRASIL, 1984).

Em relação às conquistas jurídicas sobre os maus tratos, em 12 de outubro de 1927, o Decreto-Lei 17.943, instituiu o primeiro Código de Menores no Brasil, como medida para sistematizar a ação de tutela e coerção, e por isso o Estado passou a adotá-lo. Com esse decreto, o Brasil começou a implantar o sistema público de atenção às crianças e aos jovens em circunstâncias especialmente difíceis (CURY, 1987).

A Doutrina de Situação Irregular, descrita desde 1927, juridicamente citada como Código de Menores, como caráter “menorista”, apesar da reformulação em 1979, manteve-se ideologicamente para intervir com a infância pobre e estigmatizada. As bases conceituais sustentavam a exclusão e o controle social da pobreza, e a prevenção detinha a institucionalização, conforme o momento político da época no País. Esse movimento, sem dúvida, marca a transição paradigmática entre o Direito do Menor para o Direito da Criança e do Adolescente (CUSTÓDIO, 2008; ROSEMBERG; MARIANO, 2010).

Nos últimos anos do regime militar no Brasil de 1974 a 1984, havia grande crise econômica, recessão, e o início do movimento democrático, com participação social. Nessa década de 1970 a 80, muitas conquistas foram possíveis na história da saúde pública brasileira. Era a luta pela reforma sanitária. Não se pode esquecer o surgimento dos movimentos sociais, que denunciavam a ineficiência das estruturas de saúde e previdenciárias, dentre eles o movimento das pessoas com deficiência (AGUIAR, 2011).

Atualmente, está em vigência no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que, revolucionando em termos doutrinários e legislativos, rompeu com a doutrinada situação irregular e adotou o entendimento da proteção integral (BRASIL, 2012a).

A compreensão sobre a doutrina de proteção integral, advém de marcos legais como a Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), no cenário brasileiro, que faz parte do ordenamento jurídico, como marco definitivo somente com a Constituição Federal de 1988.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, 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 (BRASIL, 1988).

Nas disposições preliminares, o ECA afirma que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punidona forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (OLIVEIRA, 1995). A leitura dessa disposição pode encher de perplexidade. Deve-se perguntar se uma legislação tão avançada não seria uma contradição a mais num País já tão cheio de contradições (LUNA et al., 2010).

É evidente que o dia adia demonstra a grande distância que vai do que a lei dispõe para a realidade. Basta ler os jornais para encontrar, cotidianamente, o relato da displicência com que são tratadas questões de cunho social envolvendo os jovens (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Nesse período, os estudos sobre deficiência no Brasil foram impulsionados, principalmente, em 1981, que ficou conhecido como Ano Internacional da Pessoa Deficiente, A

Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou em 1982, o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, proclamando o período de 1983 a 1992, como “Década das Nações Unidas para as Pessoas com Deficiência” (ONU,1982). Assim, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) traz ênfase no valor da vida humana, no respeito à liberdade e na dignidade:

Art. 1 Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Art. 3 Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Art. 7 Todos são iguais perante a lei e tem direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação (PIOVESAN, 2012. p. 40).

No âmbito histórico, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define o Sistema Único de Saúde (SUS) como responsável por garantir “o direito a proteção à vida e à saúde” das crianças e adolescentes com deficiência e traz em seus artigos 11 e 14, o seguinte:

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Parágrafo 1º: A criança e o adolescente portadores de deficiência

receberão atendimento especializado. Como também revela em seu capítulo referente ao Direito à Educação, Cultura, Esporte e Lazer as responsabilidades dos estados para com as crianças e adolescente com deficiência.

Art. 54. É dever de o Estado assegurar à criança e ao adolescente ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria; atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (BRASIL, 2012b, p. 42-43).

O ECA ainda afirma, na Convenção sobre Direitos da Criança, Parte I, artigos 23, que os Estados reconhecem que a criança portadora de deficiências físicas ou mentais deverá desfrutar de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autonomia e facilitem sua participação ativa na comunidade (BRASIL, 2010).

Apesar de uma legislação que trata da proteção integral das crianças e adolescentes, incluindo as portadoras de deficiência, iniciam-se no Brasil investigações realizadas pelas comissões parlamentares inquérito (CPIs) que datam, respectivamente, de 1991 e 1993, decorrentes do extermínio de meninos e meninas de rua, e sobre a prostituição infanto-juvenil, e inserem-se na agenda da saúde. Conforme estudo realizado por Landini (2006), essas questões refletiram diretamente, em termos legais, o reconhecimento e a necessidade de que a criança deve ser protegida de todas as formas de violência, e a legislação vai incorporando artigos e dispositivos que diferenciam cada vez mais a violência sofrida por crianças e adolescentes.

Com origem nesse documento, muitas ações iniciam-se no Brasil. Ressalta-se a da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça com caráter intersetorial e, portanto, contando com a contribuição do Ministério da Saúde e de profissionais da área, ao formularem o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil (BRASIL, 2002).

Posteriormente, a Portaria Nº 936/GM, de 19 de maio de 2004, cria a Rede Nacional de Prevenção da Violência, para sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual, o estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual, a implementação da ficha de notificação de violência interpessoal, o incentivo ao desenvolvimento de planos estaduais e municipais de prevenção da violência, o monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos planos estaduais e municipais de prevenção da violência, mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações e a implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências (BRASIL, 2004).

As temáticas relacionadas à proteção e saúde das crianças e adolescentes são transversais, interdependentes e inseparáveis, perpassam o campo social; e essa questão será um grande desafio para se alcançar. Nesse ínterim, no ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu Oito Objetivos do Milênio chamados no Brasil de Oito Jeitos de Mudar o Mundo – que devem ser atingidos por todos os países até 2015. Entre estes pode-se citar três relacionados à defesa dos direitos da criança

e do adolescente: (1) acabar com a fome e a miséria; (2) educação básica de qualidade para todos e (3) reduzir a mortalidade infantil (ONU, 2000).

Ante tal complexidade, houve a preocupação em padronizar o levantamento das estatísticas a respeito das pessoas com deficiência no Brasil, em 2005, no Rio de Janeiro, junto ao Grupo de Washington sobre Estatísticas das Pessoas com Deficiência (*Washington Groupon Disability Statistics - GW*), contando com o apoio da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), a Organização Mundial da Saúde (OMS), representantes dos institutos nacionais de estatística de cerca de 40 países e outras organizações internacionais iniciaram levantamentos de índices de pessoas com deficiência na população brasileira (IBGE, 2010).

Em 2006, o Ministério da Saúde reformulou os eixos de ação atinentes à promoção da saúde e à atenção integral às pessoas em situação de violência, contíguos das diretrizes e ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), à Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/2006) e às diretrizes para organização de redes de atenção integral às urgências (Portaria nº 1.020/2009), condescendidas com as três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2010).

Formulou, ainda, um documento intitulado “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde” com a finalidade de sensibilizar os agentes envolvidos nessa contínua integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Trata-se de uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção integral, ou integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que proporciona a produção de cuidados desde a atenção primária até o mais complexo nível da atenção, exigindo ainda interação dos demais sistemas de garantias de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes (BRASIL, 2010).

A Linha de Cuidado de atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência tem início no primeiro contato, independentemente do nível de atenção à saúde. Na Atenção Primária, estão as unidades básicas de saúde da família, a equipe de saúde da família e os agentes comunitários de saúde. Em média e alta complexidade, encontram-se os serviços de atenção especializada, os hospitais, os centros de atenção psicossocial e conta com a integração de uma Rede Intersetorial onde se encontram, também, os conselhos tutelares e demais serviços (BRASIL, 2010).

Pode-se destacar que, nas situações de violência contra crianças, adolescentes, idosos e mulheres, a legislação prevê a notificação compulsória em qualquer suspeita ou caso confirmado de violência, mas ainda não é possível encontrar legislações específicas sobre a proteção da criança e adolescente com deficiência em situação de violência.

Essa realidade nos move a algumas ponderações: o Poder Público, representado pela gestão nos três níveis de governo, há que enfrentar a fragilidade dos indicadores de saúde da população brasileira, considerando a má utilização ou não utilização dos sistemas de informações em saúde e áreas convergentes.

Outro ponto impulsiona a refletir sobre o desafio expresso aos órgãos de proteção quanto ao alcance de crianças e adolescentes com deficiência atendendo o preconizado nas políticas

públicas de saúde e proteção integral. Por último, porém não menos importante, diz-se sobre a imperiosa reorientação da formação acadêmica e a efetivação de políticas de educação permanente, de modo longitudinal à prática profissional.

Observa-se que os profissionais necessitam de esclarecimento da noção legal de maus-tratos/violência e da concepção de deficiência. Dessa forma, algumas diversidades de ação poderiam transformar a universidade num foro para discussão e apoio ao fortalecimento de estratégias, possibilitando, assim, que este profissional, ao entrar no mercado de trabalho, esteja habilitado e sensível aos desafios do cotidiano. Cuidar de criança e adolescente com deficiência e exposto a situação de violência requer sensibilidade, conhecimento e atitude.

Estas dimensões devem ser coerentes com as demandas sociais que aportam ao setor saúde, bem como ao contexto intersetorial. Por outro lado, não é possível omitir os esforços que o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) empreendem com reformulações de matrizes curriculares que privilegiem a agenda de saúde e as transformações sociais e econômicas do País, atentando para as especificidades regionais e locais, sem, contudo, excluir as potencialidades e os limites da globalização.

REFLEXÕES INCONCLUSIVAS

À vista desse panorama complexo, enfrentar a violência com fundamento em uma perspectiva inclusiva requer compromisso político das nações, governantes sensíveis às iniquidades sociais e uma sociedade solidária e altruísta, que esteja disposta a rever e ressignificar padrões culturais e comportamentais. Este tripé, articulado, impulsiona as instituições for-

madoras à ampliação de suas perspectivas para reconstituições coletivas e sociais, mediante a educação transformadora e a formação científica, técnica, ética e estética.

Acredita-se que, percorrendo essa linha idealizada, de modo natural, fluirão concepções e ações interdisciplinares, brotará o respeito pelo outro, emergirão empatias e desejos de alcançar uma sociedade igualitária, inclusiva, em que os diferentes sejam potencializados em suas singularidades. Desse modo, o conjunto de instituições atuará de modo coordenado, em busca da garantia de acesso a uma rede de serviços de proteção beneficiada no arcabouço político brasileiro: assistência social, cultura, educação, justiça, saúde, seguridade social, trabalho, transporte, dentre outros segmentos.

O estudo pondera a necessidade de serem desenvolvidas diretrizes para crianças e adolescentes com deficiência e expostas às situações de violência, além de recomendar o aprofundamento de estudos específicos nessa parcela da população, o que pode fomentar discussões e reorientações das políticas.

As armas de que se dispõe para lutar são consciência e conhecimento. Nas políticas públicas vigentes, é preciso tornar visível o que aparenta estar invisível; ou seja, a proteção às crianças e aos adolescentes com deficiência e expostos à violência, e enfrentar as formas mais insidiosas de preconceito, discriminação, estigma e exclusão.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N. SUS: Sistema Único de Saúde - Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Deficiência. Viver sem Limite. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Brasília: SDH-PR/SNPD, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estatuto da criança e adolescente. 7. ed. atualizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Cartilha do Censo 2010. Pessoas com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Brasília (DF): PAISC, 1984.

CURY, A.M. Temas de direito do menor: coordenação das curadorias de menores do Ministério Público do estado de São Paulo. São Paulo: Ministério da Saúde, 1987.

CUSTÓDIO, A.V. Teoria da Proteção Integral: pressuposto para a compreensão do direito da criança e do adolescente. Revista do Direito, n. 29, p. 22-43, 2008.

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Reflexão sobre políticas e estratégias na saúde da criança. Rev. Enfermagem em Foco, v. 1, n. 3, p. 129-132, 2010.

GONÇALVES, H.S; FERREIRA. A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Cad Saúde Pública, v.18, n.1, p. 315-319, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Educação e deslocamentos: resultados da amostra. Rio de Janeiro.

IPECE. Panorama das Pessoas Portadoras de Alguma Deficiência no Ceará, n. 23, Fevereiro, Fortaleza, 2012. Relatório. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/enfoque-economico/EnfoqueEconomicoN2327022012.pdf>>. Acesso: 12 fev. 2014.

KRUG, E.G. et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

LUNA, G.L. M. et al. Notificação de maus tratos contra a criança e adolescente: o discurso oficial e a práxis. Revista Enfermagem UERJ, v.18, n.1, p.148-152, 2010.

OLIVEIRA, J. (org). Estatuto da criança e adolescente: Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf> >. Acesso em: 30 nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa das nações unidas para o desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2013. A Ascensão do Sul: progresso humano num mundo diversificado. Relatório. Nova York, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Aprovada pela 68ª Assembleia Geral das Nações Unidas. Trata da execução do Programa

de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e da Década das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas. Resolução n. 37/53 de 3 de dezembro de 1982.

PIOVESAN, F. Convenção da ONU sobre os direitos humanos das pessoas com deficiência: inovações, alcance e impacto. In: LEITE, G.S. et al. Manual dos direitos da pessoa com deficiência. São Paulo: Saraiva, 2012. p. 33-51.

PLAISANCE, E. Denominações da infância: do anormal ao deficiente. Educ. Soc., Campinas, v. 26, n. 91, ago. 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh-2013.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

ROSEMBERG, F. MARIANO, C.L.S. A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e do adolescente. Cadernos de Pesquisa, v. 40, n. 141, p. 693-728, set./de z. 2010.

SANCHEZ, R.N.; MINAYO, M.C.S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: LIMA, C.A. (coord.). Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 13-16.

SILVA, V.H.O.; SILVA, V.H.C. (Orgs.). Infância em Fortaleza: aspectos socioeconômicos a partir do censo 2010. Informe n. 61, junho, 2013. Edição Especial. Fortaleza: IPECE, 2013.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil. São Paulo: MS, 2011.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS CRIANÇAS SUBMETIDAS A IMPLANTE COCLEAR EM UM SERVIÇO TERCIÁRIO DE SAÚDE AUDITIVA DE FORTALEZA

Claudia Sobral de Oliveira Uchoa

Ivana Lima Verde Gomes

Emilia Kelma Alves Marques

Wilson Junior de Araujo Carvalho

Leilson Lira Lima

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A surdez, há muitos anos, desperta interesse dos pesquisadores. Do ponto de vista do ouvinte, ouvir é um privilégio que condiciona o desenvolvimento de uma criança em todos os seus aspectos. Uma criança com uma surdez severa ou profunda pode ter prejuízos irreparáveis na aquisição de linguagem e, como consequência, sequelas em todos os seus aspectos comunicativos, cognitivos, afetivos e sociais, dentre outros.

Caracteriza-se como problema sensorial não visível, que acarreta dificuldades na recepção, percepção e reconhecimento de sons, ocorrendo em distintos graus, do mais leve ao mais profundo. Observa-se que o aspecto mais sensível nas deficiências auditivas é a ausência da linguagem oral e essa ausência é realçada numa sociedade que se comunica, principalmente, pela linguagem oral (SILVA; PEREIRA; ZANOLLI, 2007). O déficit auditivo pode limitar também a comunicação efetiva e

a interação social, afetando negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde ao estado cognitivo e emocional (AGRAWAL; PLATZ; NIPARKO, 2008).

De acordo com as estimativas da World Health Organization (2012), cerca de 360 milhões de pessoas no Mundo possuem algum tipo de perda auditiva, ou seja, 10% da população, sendo 32 milhões de crianças. No Brasil, são 15 milhões de pessoas convivendo com o problema. Desses, 350 mil tem deficiência auditiva severa. Estima-se que, no Brasil, de três a quatro crianças em 1000 nascem surdas, aumentando para dois a quatro em cada 100 recém-nascidos, quando provenientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN (USP, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante a universalidade do acesso, equidade, integralidade e o controle social¹ sobre as políticas de saúde auditiva como princípios que estão em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS (CFFa, 2011).

Para minimizar o dano da deficiência auditiva na população surgiu, então, a Política Nacional de Saúde Auditiva, regulamentada pelo Ministério da Saúde, Portaria GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, e veio como mais um direito garantido por lei aos que necessitam de um serviço especializado (CFFa, 2011).

1 Universalidade, equidade, integralidade e controle social são princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde que norteiam o sistema jurídico em relação ao SUS. A universalidade está disposta no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, onde diz que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Os outros princípios, integralidade (confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”), a equidade (o Estado deve tratar desigualmente os desiguais, concentrando seus esforços e investimentos em zonas territoriais com piores índices e déficits na prestação do serviço público) e controle social (prevê a “participação da comunidade” nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e no controle da execução destes) estão dispostos no artigo 198.

Entende-se que o objetivo norteador dessa política foi, então, estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que estabeleça linhas de cuidados integrados no atendimento das principais causas da deficiência auditiva, e determinar diretrizes para credenciamento de serviços de atenção básica, média e alta complexidade no atendimento da pessoa com deficiência auditiva. Essa normatização está na Portaria SAS/MS n.º 587, de 07/10/2004, que definiu a distribuição da rede estadual para ações na atenção básica, na média e alta complexidade (BRASIL, 2004).

No que diz respeito ao implante coclear, sua efetivação se deu pela Portaria GM/MS n.º 1278, de 20 de outubro de 1999, antes mesmo da regulamentação da portaria da Política Nacional de Saúde Auditiva. Atualmente, é uma alta tecnologia para o tratamento da surdez, e, como tecnologia de saúde, aponta como o recurso que proporciona melhores resultados aos que dela se utilizam (BRASIL, 1999).

O implante coclear como possibilidade de superação de dificuldades no desenvolvimento linguístico de adultos e crianças surdas, veio dar outra esperança ao paciente, pelo fato de lhe proporcionar a sensação auditiva e não apenas a sua amplificação (MORET; BEVILACQUA; COSTA, 2007).

Por ser, contudo, um tratamento de alto custo, a atenção terciária que envolve o Programa de Implante Coclear não é ainda um serviço universalmente constituído. Ele é um programa que afunila a grande demanda de usuários necessitados dessa tecnologia avançada. Infelizmente, os serviços que possuem o Programa de Implante Coclear ainda não têm acesso integral para todos os que necessitam.

A prática integral de assistência ao usuário requer um modelo de projetos coletivos, integrados aos cuidados de saúde,

em que trabalhadores, gestores e usuários devem ser responsáveis no fazer saúde, cotidianamente (ASSIS; NASCIMENTO; FRANCO; et al, 2010). O cuidado resulta de trabalho coletivo que envolve relações de trocas, comunicações e inúmeros atos associados uns aos outros e que, entre si, formam o processo produtivo da assistência (ALMEIDA; FERREIRA; FRANCO; et al, 2010).

A análise da organização do cuidado é um elemento importante para produção do cuidado e avaliação dos serviços de saúde que nos permite olhar a organização das práticas assistenciais em saúde, no cotidiano do trabalho de uma equipe que [...] é capaz de levar os profissionais a refletirem sobre o cuidado que realizam e a relação que mantêm com o usuário, possibilitando o exercício da autoanálise (ALMEIDA; FERREIRA; FRANCO; et al, 2010).

Ante a carência de pesquisas sobre esse enfoque, e, por ser o implante coclear um serviço novo que cresce a cada dia, com a ampliação, pelo Ministério da Saúde, de novos serviços habilitados, observa-se a necessidade de investigação do delineamento das práticas da produção do cuidado ao usuário de um serviço terciário para subsidiar um atendimento integral de mais qualidade para um maior número possível de pessoas com perda auditiva.

Destaca-se, também, a importância do conhecimento das formas de acesso dos usuários das redes de atenção à saúde auditiva, pois, mesmo sendo essa rede de serviço organizada em um complexo sistema de regulação, com fluxo único, é importante conhecer o caminho que um portador de deficiência auditiva percorre, identificando sua trajetória até o serviço terciário. Muitas vezes, essa regulação não é realizada de forma

hierarquizada, de acordo com que o preconizam as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como objeto do estudo, a produção do cuidado de um serviço terciário de saúde auditiva traz alguns questionamentos: como ocorrem o acesso, o acolhimento e o vínculo das crianças submetidas à cirurgia de implante coclear? Como é a visão dos profissionais e familiares quanto ao processo do cuidado? Como se dá a participação destes no tratamento e recuperação da sua saúde? O modo de cuidado ofertado pelos profissionais promove a responsabilização a estes usuários?

O objetivo deste estudo é, então, analisar a produção do cuidado às crianças submetidas a implante coclear em um serviço de saúde auditiva terciário de Fortaleza, mediante a identificação das formas de acesso dos usuários a esse serviço terciário de atenção à saúde auditiva e a descrição do fluxo assistencial e das relações entre crianças submetidas ao implante coclear, suas famílias e os trabalhadores de saúde, no cuidado com base na integralidade.

O conhecimento do acesso dos usuários do Programa de Implante Coclear, e as linhas de cuidado aos usuários dessa rede, poderão subsidiar a promoção da reordenação das ações e serviços para esse público.

REFERENCIAL TEÓRICO

Em 1999, com a publicação da portaria que aprovou os critérios de indicação e contraíndicação de implante coclear e as normas para cadastramento de centros/núcleos para realização de implante coclear, foi dado um grande salto para a criação de uma política nacional que atendesse a necessidades de usuários com perda auditiva.

A necessidade de instituição da política emergiu, principalmente, após constatação, pelo Ministério da Saúde, do desequilíbrio entre o número de procedimentos referentes ao diagnóstico e a concessão do aparelho de amplificação sonora individual (AASI), em comparação com a produção ambulatorial dos procedimentos de acompanhamento e reabilitação auditiva, como também pelo empenho de profissionais da área da saúde (ARAÚJO, 2011).

A Política Nacional de Saúde Auditiva, implantada pela Portaria Ministerial GM nº 2073, veio então com o objetivo de proporcionar uma superação de dificuldades para questões inerentes a problemas auditivos, com o objetivo maior de proteger, recuperar a saúde e garantir a qualidade de vida e autonomia das pessoas com deficiência auditiva (BRASIL, 2004).

Em contrapartida, alguns defendem a posição de que a Libras é a língua natural das comunidades surdas e que as línguas de sinais não são simplesmente mímicas e gestos soltos, utilizados pelos surdos para facilitar a comunicação. Constituem línguas com estruturas gramaticais próprias, compostas pelos níveis linguísticos: o fonológico, o morfológico, o sintático e o semântico. A mesma utiliza-se de sinais em substituição à língua que todos conheçam em nas comunicações: a **língua de sons** ou **oral** (LIBRAS, 2012).

É necessário, portanto, que a família esteja ciente e decidida sobre a escolha da língua (sinais ou oral) que seja mais adequada para a criança, para que possa estar motivada e capaz de colaborar no seu desenvolvimento.

Atualmente, 143 unidades de serviços de saúde auditiva estão habilitadas em todo o País para oferecer atendimento ao deficiente auditivo na atenção básica, média e na alta complexidade. Os Estados do Amazonas, Acre e Roraima, porém ain-

da não possuem tais serviços. De acordo com o levantamento da produção 2010 dos Serviços de Saúde Auditiva habilitados (DATASUS), foram realizados cerca de um milhão e duzentos mil procedimentos da área de saúde auditiva (CFFa, 2011).

No Estado do Ceará, estão credenciadas oito unidades de serviços de saúde auditiva. Dentre estas, cinco localizam-se no município de Fortaleza, uma em Juazeiro do Norte, uma em Sobral e uma em Cascavel (USP, 2012).

Para assegurar atenção integral, os serviços de saúde devem estar configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento. O desenho lógico da rede prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os vários equipamentos de saúde). A organização e o funcionamento adequados dos sistemas de referência e contrarreferência são, portanto, requisitos fundamentais para o alcance da integralidade (CFFa, 2011).

Os serviços de saúde auditiva no Brasil abrangem os quatro níveis de atenção à saúde e cada um com suas responsabilidades definidas pela Portaria de saúde auditiva, e devem-se articular, mediante um sistema de regulação organizado.

Sabe-se hoje que a cirurgia de implante coclear é o que há de mais moderno no tratamento da surdez, tanto de adultos como de crianças surdas. O implante coclear, ou mais popularmente conhecido como ouvido biônico, é um aparelho eletrônico de alta complexidade tecnológica, que nos últimos anos para restaurar a função da audição nos pacientes portadores de surdez profunda que não se beneficiam do uso de próteses auditivas convencionais (OUVIDO BIÔNICO, 2012).

Trata-se de um equipamento eletrônico computadorizado, que substitui totalmente o ouvido de pessoas que têm

surdez total ou quase total. Assim, o implante é que estimula diretamente o nervo auditivo por meio de eletrodos situados dentro da cóclea e o nervo leva estes sinais para o cérebro. É um aparelho muito sofisticado que foi uma das maiores conquistas da Engenharia ligada à Medicina. Já existe há alguns anos e hoje cerca de 150.000 pessoas no Mundo já o estão usando. No Brasil, cerca de 2000 pessoas já utilizam este aparelho (OUVIDO BIÔNICO, 2012).

No Estado do Ceará, foram realizadas cerca de 100 cirurgias, no Hospital Geral de Fortaleza, único serviço público no Ceará cadastrado para tal procedimento.

O implante coclear, como alternativa de tratamento para crianças deficientes auditivas pré-linguísticas, apresenta inúmeras peculiaridades. Não se trata apenas de um procedimento cirúrgico no qual a criança pode ser conduzida, exclusivamente, por seu dispositivo eletrônico. Constitui-se, na verdade, de um processo multifatorial que ocorre em três fases distintas: na avaliação pré-cirúrgica, no ato cirúrgico e no acompanhamento (MORET; BEVILACQUA; COSTA, 2007).

Os usuários com deficiência auditiva têm que cumprir alguns critérios primordiais, definidos na Portaria do Ministério da Saúde que regulamenta as condições de um candidato estar apto a receber um implante coclear. Por isso, poucos são os que são privilegiados e recebem pelo SUS toda a assistência que envolve esse Programa (TEIXEIRA, 2009). Para se chegar a esse nível de alta complexidade, o usuário deve ser referenciado pelos outros níveis de atenção (Conselho Federal de Fonoaudiologia, 2011).

Para que esse novo modelo assistencial em saúde, em que a atenção ao usuário é o foco, é necessário uma mudança no processo de trabalho. Essa deverá ser fundamentada na pro-

dução do cuidado, na perspectiva da autonomia do sujeito, norteadas pelo Princípio da Integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos entre usuário/profissional/equipe de saúde (RODRIGUES; ARAÚJO, 2003).

Franco e Mehry (2003) consideram, então, a integralidade como um potente dispositivo para desencadear processos de transformação das práticas de saúde, permitindo um redirecionamento do modelo de atenção à saúde.

Nesse âmbito, Assis, Nascimento e Franco et al, (2010) assinalam que o profissional de saúde teria que repensar as práticas desenvolvidas em seu cotidiano e rever os valores e conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção social da saúde, para favorecer a elaboração de uma consciência sanitária. Esses autores compreendem a responsabilização da equipe com o usuário para torná-lo autônomo e acompanhar seu processo terapêutico, concebendo a pessoa como sujeito social, capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e ser coparticipante no cuidado a ele oferecido.

É preciso, portanto, compreender a produção do cuidado como cenário de relações, como trabalho vivo em ato, consumido no momento em que é produzido, no qual encontros e desencontros são visíveis ou invisíveis em meio ao poder entre sujeitos e territórios (FRANCO; MEHRY, 2003).

É preciso, no entanto (des)constituir a prática centrada no médico e nos saberes pautados nos núcleos especializados, sendo necessário incorporar aos saberes ampliados à dimensão cuidadora de cada trabalhador de saúde, a valorização do outro, a preocupação com o cuidado e o respeito com a visão de mundo de cada um, considerando o outro como cúmplice

de estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos usuários.

METODOLOGIA

Este é um ensaio de natureza qualitativa, por ser pertinente à investigação das dimensões subjetivas que envolvem as práticas de saúde. Nessa perspectiva, a abordagem qualitativa vem ao encontro do objeto de estudo desta pesquisa, uma vez que há uma preocupação com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos processos de trabalho que envolvem o cuidado e a assistência aos usuários de um serviço de saúde.

O estudo foi realizado no Hospital Geral de Fortaleza, que foi credenciado pelo Ministério da Saúde em 15/09/2009 mediante a Portaria MS nº 440/2009 para a realização de cirurgias de implante coclear. O local do estudo foi o Setor de Prótese Auditiva, coordenado pelo Setor de Fonoaudiologia, localizado no Ambulatório de Prótese Auditiva que divide com a Otorrinolaringologia o Ambulatório número nove do 1º andar da Unidade Régis Jucá.

O Programa de Implante Coclear é composto de uma equipe compreendendo fonoaudiólogos responsáveis pela avaliação dos candidatos a cirurgia de implante coclear, atelemetria de respostas neurais (procedimento realizado no ato cirúrgico), ativação do implante e mapeamentos de programação periódica, e reabilitação; psicóloga, cirurgiões otorrinolaringologistas e assistente social.

Obedece a uma portaria do Ministério da Saúde que orienta quanto aos critérios a serem cumpridos para escolha dos candidatos a receberem o dispositivo do implante coclear.

As pessoas pertencentes à pesquisa foram divididas em dois grupos: 15 familiares das crianças operadas pelo programa e cinco profissionais de saúde atuantes no Programa de Implante Coclear do Hospital Geral de Fortaleza.

As entrevistas foram realizadas apenas com o primeiro grupo aproveitando o momento em que a criança estava em atendimento, quando utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, aplicada com o objetivo de coletar informações relativas ao acesso da criança ao serviço de implante coclear e ao atendimento recebido. As questões norteadoras orientaram o relato dos entrevistados e não houve limitação do tempo para a sua aplicação.

Foram entrevistados 17 componentes familiares responsáveis pelas crianças (sendo 16 mães e uma irmã), dentre as quais duas foram descartadas, pois não contribuíram para o objetivo da pesquisa. A realização da coleta das informações com os usuários foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2013.

As entrevistas realizadas com os participantes foram transcritas para melhor utilização. A análise dos dados foi baseada nas regras da análise de conteúdo proposta por Flick (2009) que obedece aos seguintes passos: síntese da análise de conteúdo, por meio da omissão de enunciados; análise explicativa de conteúdo, com o esclarecimento de trechos difusos, ambíguos ou contraditórios; por fim, a análise estruturadora de conteúdo, por meio da estruturação no nível formal relativo ao conteúdo.

O material em análise é avaliado contrastivamente, com as leituras reflexivas, na tentativa de reduzir o material, com base em núcleos de sentidos que, posteriormente, são agrupados por semelhanças. Esta análise compreende criticamente o

sentido manifesto ou oculto das comunicações, o significado das mensagens com um olhar atento aos objetivos da pesquisa (MOZZATO; GEZYBOVSKI, 2011).

Após a transcrição das entrevistas, realizou-se levantamento e organização do material coletado. Observando os objetivos propostos pela pesquisa, fez-se a primeira leitura do material empírico, abstraindo os núcleos de sentido orientados pelas temáticas discutidas. Nessa perspectiva, buscou-se fazer os recortes de grupos de temas semelhantes, reduzindo o material a categorias.

Para o grupo dos profissionais de saúde, foi realizada uma oficina, como técnica de coleta de dados, agendada previamente. Todos os participantes do setor de implante coclear do Hospital foram convidados pessoalmente a participar da oficina. Neste momento foi explicado o objetivo da pesquisa e solicitada a sua presença no dia marcado. Foi utilizado um roteiro com algumas questões norteadoras para iniciar o debate entre os profissionais, o qual foi gravado, mediante o consentimento deles, com o intuito de facilitar a posterior análise dos dados.

O grupo foi conduzido por duas moderadoras, que questionavam os profissionais a relatarem os fluxos de atendimento do serviço, seus protocolos de atendimento e as dificuldades encontradas para sua realização. Contou com o auxílio de duas colaboradoras para o registro de imagens fotográficas, de vídeo e gravação de áudio a fim de auxiliar na coleta de informações importantes durante a realização da oficina e posterior exame dos indicadores.

Durante a oficina, foi elaborado, com base na ferramenta proposta por Mehry e Franco (2003) o Fluxograma Analisador, que é um instrumento de autoanálise e de autogestão do processo de trabalho em saúde. O uso dessa ferramenta se deu

coletivamente, no espaço do serviço, mapeando o desenvolvimento dos processos no cotidiano, tendo como foco central o usuário.

O Fluxograma Analisador permite um olhar agudo sobre os fluxos no momento da produção da assistência à saúde, e a detecção de seus problemas. A interação do grupo levou à compreensão dos processos que envolvem sua atividade, bem como sua implicação com uma dada realidade, o que lhe dá a possibilidade de intervir para provocar processos de mudança nos espaços onde atua (FRANCO, 2003).

Para a análise dos processos de trabalho, foi considerado o Fluxograma Analisador proposto por Mehry, elaborado pelos profissionais durante a oficina.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) como entidade proponente e do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) como unidade coparticipante. Foi aprovado de acordo com os respectivos pareceres nº 274.583 e nº 301.269. O início da coleta de dados se deu após a sua aprovação. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e posteriormente assinado por todos os participantes, de acordo com o que rege a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que todos os familiares entrevistados se dispuseram muito bem a participar da pesquisa. Ao primeiro contato com um dos pesquisadores aceitaram prontamente contribuir, ou seja, não se houve recusa de nenhum familiar. Quanto aos profissionais, também se pode dizer o mesmo. Para a realização da oficina a fim de elaborar o Fluxograma

Analisador, os profissionais participaram com muita presteza e objetividade.

Na análise das entrevistas com os membros familiares, emergiram duas temáticas e suas respectivas categorias: Temática - Caminho desde a descoberta da surdez até o Serviço de Implante Coclear, e as categorias: a. Descoberta da surdez; b. Busca pelos serviços de saúde; e, c. Acesso ao serviço de implante coclear do HGF. A segunda temática beneficiou a Produção do Cuidado à criança submetida à cirurgia de implante coclear com as categorias: a. O cuidado pela equipe de saúde; fluxos de atendimento no serviço de implante coclear; b. Cuidado pela família: participação, envolvimento e responsabilização; e, c. Percepções diante dos resultados do tratamento- expectativas e realidade.

Observou-se, com essas entrevistas, que a descoberta da surdez acontece na maioria dos casos, em idade tardia, muitas vezes por uma atenção básica fragilizada, que não detecta essas dificuldades. As mães percebiam que seus filhos podiam ter alguma dificuldade, mas, como a surdez se pronuncia como uma dificuldade silenciosa, o diagnóstico se tornou mais difícil.

Costa (2000) reafirma que as suspeitas dos pais acerca de uma possível surdez não ocorrem logo nos primeiros meses, pois o desenvolvimento de uma criança que nasce surda se processa normalmente, tal como na criança ouvinte. Assim, as suspeitas de surdez ficam adormecidas, uma vez que as crianças surdas, como as ouvintes têm comportamentos adaptados às interações estabelecidas por elas com os adultos mais próximos e, deste modo, só por volta de um ano de idade é que são notadas as diferenças e as dificuldades de comunicação.

Uma forma de detectar precocemente a surdez de uma criança é a realização do “Teste da orelhinha” ou Triagem

Auditiva Neonatal nos primeiros dias de vida. Após a sua realização, é possível iniciar o diagnóstico e o tratamento das alterações auditivas, precocemente. O Conselho Federal de Fonoaudiologia e outras entidades brasileiras recomendam que o exame seja realizado na maternidade, antes da alta hospitalar.

Após a descoberta precoce da surdez, o profissional de saúde tem papel fundamental na orientação familiar quanto a todas as possibilidades para essa criança. A decisão da família afetará todo o seu futuro, quanto à escolha de um tratamento mais adequado. E uma das estratégias mais acertadas pelos profissionais é propiciar aos familiares todas as informações necessárias quanto à surdez.

Da análise geral de todas as entrevistas, parece ressaltar um aspecto que domina e caracteriza o comportamento desses pais. É a preocupação com a comunicação, como se comunicar com a criança e como esta pode se comunicar com eles e os outros. É o que motiva a procura por um atendimento especializado para as suas necessidades. O que percebeu-se, porém, foi uma longa caminhada. Alguns familiares peregrinam, muitas vezes, desorientados, sem saber como procurar por esses serviços e frequentemente ainda sem diagnóstico.

Outra situação que observa-se é quando a família é desacreditada na sua suspeita, atrasando o diagnóstico e o início do tratamento. A insatisfação em relação ao apoio dos profissionais médicos para o diagnóstico é grande, por estes não acreditarem nas suspeitas dos pais, afirmando que a criança ouve. Por outro lado, também se tem o caso de pais que não acreditam no diagnóstico da surdez, contrariando a opinião médica. Os pais, então, procuram outros profissionais que confirmem as suas esperanças, atrasando, assim, a intervenção precoce necessária à criança (RODRIGUES; PIRES; 2002).

Algumas relataram que, ao receberem a notícia, logo procuraram pelo tratamento de seus filhos, porém há dificuldades e demora até chegar a um serviço, com maior resolubilidade, considerando que se trata de serviços que deveriam estar conectados para resolver os problemas de saúde. É visível a falta de cobertura da assistência na rede básica, fazendo com que alguns usuários busquem de imediato o atendimento numa unidade especializada, sem que houvesse um diálogo dos profissionais com as outras instâncias do cuidado, de modo a facilitar a integração dos serviços.

Nesta busca pelos serviços de saúde, os usuários procuram opções para conseguir chegar até o serviço de que tanto necessitam. Segundo os profissionais da equipe de implante coclear, essa situação acontece com frequência. Quando são solicitados exames para avaliação do paciente, muitos familiares se utilizam de planos de saúde para a sua realização, com o intuito resolver mais rapidamente. Encontrou-se também uma grande demanda de usuários que chegam até o serviço terciário por meio de uma procura espontânea.

Contraopondo-se essa realidade, também teve relatos de usuários que não conseguiram chegar facilmente até os serviços de saúde auditiva. Um fator determinante dessa dificuldade é a distância entre os usuários e os serviços especializados, já que estes se concentram nos grandes centros urbanos.

A Rede de Saúde Pública precisa integrar os seus serviços para facilitar os casos em que alguns pacientes têm que percorrer muitos quilômetros para fazer um tratamento. A maioria dos municípios oferece esse serviço de transporte de seus usuários, mas às vezes não conseguem vaga na data marcada, pela grande demanda de pacientes que dele se utilizam. A dis-

tância entre esses serviços especializados e os usuários compromete seu atendimento.

É imprescindível que os serviços de saúde estejam organizados em uma rede de atenção para referenciar seus usuários, sendo observada a classificação de risco, a vulnerabilidade desse usuário e a garantia da continuidade do cuidado.

Observou-se que todos os usuários que chegam até o serviço de implante coclear relatam a indicação ou encaminhamento por um profissional ou ainda outra forma de acesso. Não se conseguiu, ainda, encontrar algum que tenha sido encaminhado pela Central de Regulação. Isso denota que o acesso regulado ao serviço terciário de saúde auditiva, no Ceará, por um sistema informatizado, ainda não está efetivamente funcionando.

Na análise da oficina realizada com os profissionais de saúde, foram descritos os fluxos de atendimentos do serviço, apresentando, também, alguns ruídos que interferem na continuidade do cuidado a esses usuários. Analisando o fluxograma formulado pelos profissionais, pode-se verificar como o atendimento do serviço de implante coclear do HGF ocorre.

A elaboração do Fluxograma Analisador funcionou como importante dispositivo para trazer um olhar sobre as relações entre os trabalhadores, os usuários e o serviço. Com a compreensão dessas relações, conclui-se que os profissionais de saúde são responsáveis pelos seus usuários, e isso traz uma significância muito grande no concernente à Produção do Cuidado. Também ante as diversas entrevistas realizadas, pôde-se compreender, de forma geral, que os usuários percebem o acolhimento e, conseqüentemente, o cuidado aos seus filhos.

Pôde-se entender, então, que a integralidade pode ser alcançada como os diversos dispositivos, como o acesso ao ser-

viço de saúde, o vínculo entre os profissionais e os usuários e a responsabilização e a resolubilidade no estabelecimento das linhas de cuidado em todos os serviços da rede de atenção à saúde. E a articulação nas relações entre profissionais de saúde e usuários pode ser vista como possibilidade de abertura para uma comunicação, permitindo melhor compreensão dos seus problemas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde do estudo demonstraram profunda vinculação com as famílias e os usuários. Estes se preocupam desde o acolhimento até a continuidade do cuidado, quando procuram organizar os retornos, de acordo com as condições da família. As práticas acolhedoras e os laços afetivos entre os sujeitos possuem uma abordagem que privilegia a continuidade do cuidado e um vínculo com a responsabilização, assegurando, assim, ações direcionadas para a resolução dos seus problemas.

As famílias das crianças submetidas à cirurgia de implante coclear são participativas e envolvidas com o tratamento do filho. São cientes de que é parte integrante do processo, e que o desenvolvimento da linguagem é produto das relações interpessoais estabelecidas por esse envolvimento. Procuram encarar as dificuldades, buscando a compreensão dos problemas, com a criação de vínculos com a equipe de saúde e a necessidade de readequação de comportamentos perante a criança.

Essa confiança que os pais têm nos profissionais, é fator decisivo para o sucesso do tratamento da criança. Outros fatores que contribuem para o sucesso do implante coclear são: a idade em que a criança recebe o implante coclear, o tempo

de privação sonora, as características individuais da criança, o acompanhamento cirúrgico rigoroso e o envolvimento da família.

Sendo assim, o implante coclear, por si, não garante o sucesso da habilitação. Depende, além de todos os fatores intrínsecos à reabilitação auditiva, de uma família que invista e acredite no seu desenvolvimento. Família e paciente precisam estar suficientemente motivados para usar o implante e se submeterem às adaptações que terão que fazer no seu cotidiano.

Os pais demonstraram ter muitas expectativas a respeito dos benefícios que o implante coclear poderá propiciar na vida de seus filhos. O benefício que mais esperam está relacionado à melhoria da comunicação, já que é nesse aspecto que os pais encontram dificuldade no convívio com seus filhos. Melhorar a comunicação significa, para a maioria deles, que o filho possa ouvir e, conseqüentemente, falar.

Quanto às questões relacionadas ao conhecimento e compreensão das famílias sobre o tratamento e todas as suas peculiaridades, apreende-se que elas são bem orientadas. Sabem descrever com detalhes todas as fases do tratamento, bem como as fases ainda a serem vivenciadas e a necessidade de uma reabilitação fonoaudiológica sistemática.

Compreendem que o implante coclear pode trazer melhor qualidade de vida aos seus filhos e que irá facilitar algumas situações, como o estudo, o trabalho, a comunicação e socialização e, principalmente, a possibilidade de melhor se desenvolverem e, no futuro, cuidarem da própria vida.

Ao depararem a possibilidade de realizar a cirurgia de implante coclear para solucionar a surdez de um filho, os pais depositam essa expectativa de tal forma, que veem o procedi-

mento como um sonho realizado, e essa expectativa pode ser alta e permeada por mitos e fantasias. Alguns familiares acreditam que o implante coclear é a “cura”, a única possibilidade de ouvir e falar. Essa expectativa, no entanto, deve ser encarada e desmistificada pela equipe multidisciplinar, trazendo para a realidade a condição de cada criança.

A expectativa pelo implante coclear pode produzir nas famílias muitas dúvidas, medos e inseguranças referentes à cirurgia, considerando que envolve riscos e benefícios. Percebeu-se, entretanto, que os familiares do estudo se acham seguros de sua decisão e que fizeram a melhor escolha pelos seus filhos.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, Y.; PLATZ, E. A.; NIPARKO, J. K. Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults. *ArchInternMed*, v. 168, n. 14, p. 1522-1530, 2008.

ALMEIDA, J. F.; FERREIRA, V. S. C.; FRANCO, T. B. et al. Fluxograma descritor como analisador do cuidado ao hipertenso no PSF. Disponível em <http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos/fluxograma_descritor_como_analisador_do_cuidado_ao_hipertenso.pdf>. Acesso em 25 maio 2007.

ARAÚJO, T. M. Pronto atendimento a usuários de dispositivos de amplificação sonora. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 16, n. 4, Dec. 2011.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FRANCO, T. B. et al. Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1278, de 20 de outubro de 1999 - Aprova os critérios de indicação e contra-indicação de Implante Coclear e as normas para cadastramento de Centros/ Núcleos para realização de Implante Coclear. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt127820101999.html>. Acesso em: 20.05.2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm? Acesso em: 20.05.2012.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14/11/2013. 2012b.

Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa. Guia de Orientação para Fonoaudiólogos: sobre implantação e desenvolvimento da saúde auditiva na atenção primária. 2011. Disponível em: http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/cartilha_fonoaudiologosalterada.pdf. Acesso em: 20.05.2012.

COSTA, A. V. Atitudes dos pais de adolescentes surdos face à integração sócio-afetiva dos seus filhos (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2000.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E, MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O Uso de Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da Unicamp (Campinas-SP). In: O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. MERHY, E. E. São Paulo: Hucitec, 2006, p 135-60.

LIBRAS. LINGUA BRASILEIRA DE SINAIS. 2012. O que é Libras? Disponível em: <http://www.libras.com.br/libras/o-que-e-libras>. Acesso em: 18.10.2013.

MORET, A. L. M.; BEVILACQUA, M. C.; COSTA, O. A. Implante coclear: audição e linguagem de crianças deficientes auditivas pré-linguais. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 19, n. 3, p. 295-304, jul.-set., 2007.

MOZZATO, A. R.; D. GEZYBOVSKI. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: Potencial e Desafios. RAC, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

OUVIDO BIÔNICO. Onde fazer. Disponível em: <http://ouvido-bionico.org/onde-fazer-implante-coclear-sus-particula/> Acesso em: 25.10.2012.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Natal, 2003.

RODRIGUES, A. F.; PIRES, A. Surdez Infantil e Comportamento Parenteral. Análise Psicológica (2002), 3, p. 389-400.

SILVA, A. B. P.; PEREIRA, M. C. C.; ZANOLLI, M. L. et al. Mães ouvintes com filhos surdos: concepção de surdez e escolha da modalidade de linguagem. Psicologia: Teoria e pesquisa. Jul/set 2007, v. 23, n. 3, p. 279-286.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Campus Bauru. Departamento de Fonoaudiologia – FOB/USP. Disponível em: <http://www.saudeau->

ditivabrasil.org.br/ ?do=introducao asp? HYPERLINK “<http://www.saudeauditiva.org.br/artigos/artigosdetalhe.asp?id=12>”idHYPERLINK “<http://www.saudeauditiva.org.br/artigos/artigosdetalhe.asp?id=12>”=12. Acesso em: 29.04.2012.

TEIXEIRA, C. F. Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva: Estudo de caso em Pernambuco, 2009. Disponível em: www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007teixeira-cf.pdfid_area=848. Acesso em: 20.05.2012.

YAMADA, M. O; VALLE, E. R. M. Vivência de mães na trajetória de seus filhos com implante coclear: fatores afetivos e emocionais. São José dos Campos, Della Bídia Editora: 2013.

YAMANAKA, D. A. R.; SILVA, R. B. P.; ZANOLLI, M. L. Implante coclear em crianças: a visão dos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jul.-Set. 2010, v. 26, n. 3, p. 465-473.

World Health Organization / WHO. Organização Mundial de Saúde. Surdez e deficiência auditiva. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/index.html>. Acesso em: 27 mai. 2013.

CAPÍTULO 4

OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO E PERMANÊNCIA DO PACIENTE EM UMA PES-QUISA CLÍNICA: CONTRIBUIÇÃO DA RELAÇÃO PROFISSIONAL PACIENTE

Edina Silva Costa

Andrea Caprara

Amanda Pereira Ferreira

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta

Selma Antunes Nunes Diniz

Juliana Alencar Moreira Borges

INTRODUÇÃO

O Consentimento Informado (CI) refere-se ao esclarecimento do paciente e/ou responsável a respeito do procedimento ao que será submetido. A intenção é obter o seu consentimento, de forma voluntária, por meio da assinatura, para a aceitação de uma intervenção ou participação em uma pesquisa específica. Nesse caso, o sujeito deve participar de todas as decisões e estaremcientes dos riscos, benefícios e possíveis consequências que possam ocorrer (VAZ e REIS, 2007).

Busca-se, com a utilização do CI, a autonomia dos sujeitos e o resguardo dos princípios de beneficência e justiça, propagados pela Bioética. Esse documento procura há algum tempo estabelecer princípios éticos que devem ser seguidos em pesquisas que envolvem seres humanos (PERES et al, 2011).

Os fundamentos do CI encontram respaldo nos direitos individuais, contidos de modo implícito na Declaração Uni-

versal dos Direitos Humanos (1948), ao expressar que “Todos têm direito à vida, escolha e segurança pessoal” (Art. 3º). “Ninguém será submetido à tortura, punição cruel, desumana ou degradante” (Art. 5º) (SABATOVSKI e FONTOURA, 2009).

No Brasil, o CI regulamenta-se pela Resolução nº 466/12, baseada nos principais documentos internacionais resultantes dos códigos, declarações e diretrizes sobre pesquisas científicas. Também estabelece exigências éticas para o desenvolvimento das pesquisas científicas e exige que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível ao seu nível socio-cultural dos mesmos (BRASIL, 2013).

A obtenção do CI, no exercício das práticas de saúde, é própria das últimas décadas e caracteriza o aperfeiçoamento da ética nesse setor, constituindo-se como um requerimento obrigatório na pesquisa que envolve seres humanos, em especial na investigação clínica. Uma vez que estudos clínicos requerem um recrutamento significativo de participantes e são desenvolvidos, em sua maioria, mediante procedimentos invasivos, é necessário um cuidado mais detalhado no cumprimento dos princípios éticos da pesquisa durante todo o transcorrer do estudo (SILVA, OLIVEIRA e MUCCIOLI, 2005).

Esse tipo de estudo é desenvolvido em todo o Mundo e, no Brasil, registra crescimento, constatado com a criação da Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em 2005, cujo objetivo é a consolidação desse tipo de busca no País e o incremento da produção científica e tecnológica em todo o Território Nacional (BRASIL, 2011).

Vale destacar o fato de que a crescente participação do Brasil no cenário da pesquisa clínica é descrita, não só em estudos clínicos nacionais, como, também em estudos multicêntricos, desenvolvidos sempre com base nos princípios estabe-

lecionados pelo Conselho Nacional de Saúde (THIERS, SINSKEY e BERNDT, 2008).

Esse crescimento traz o reconhecimento do País como parceiro em pesquisas multicêntricas. Essa globalização dos estudos clínicos, no entanto, ainda é predominante na indústria farmacêutica multinacional, que expande horizontes em busca de outros centros de pesquisa e ampliando sua capacidade de recrutamento de pacientes (DAINESI e GOLDBAUM, 2012). Esse crescimento não ocorre na mesma proporção, quando se trata de estudos clínicos nacionais ou multicêntricos na atenção primária, uma vez que, no Brasil, essa prática ainda é pouco realizada e até mesmo a discussão na literatura sobre o tema é escassa.

Alguns pontos dificultam a realização de estudos clínicos multicêntricos na atenção primária e podem ser facilmente percebidos quando se observam a falta de estrutura das unidades de saúde, a ausência de profissionais habilitados, a obrigatoriedade do seguimento das condutas éticas estabelecidas pelos protocolos de pesquisa e a necessidade de adaptação de documentos éticos, como o CI, para que possam ser desenvolvidos estudos deste tipo no Brasil.

Apesar das dificuldades enfrentadas no desenvolvimento de uma pesquisa clínica na Atenção Primária, não se pode negar sua importância. Nesse sentido, o Manual sobre Ética com Seres Humanos (2010), da Prefeitura Municipal de São Paulo, expõe que “pesquisas deste tipo podem produzir resultados relevantes, mas para isso devem sempre indicar como requisito fundamental para sua realização a o uso do CI, o qual exprime que todo participante deve deixar claro a intenção de contribuir com o estudo, mediante assinatura desse documento”.

O Manual ressalta, ainda, que um dos fatores que muito contribui para o desenvolvimento satisfatório das pesquisas em saúde é a boa qualidade da relação profissional paciente (RPP).

Diversos trabalhos apontam que um bom relacionamento com o profissional aumenta a satisfação do paciente e a qualidade do serviço de saúde (CAPRARA e RODRIGUES, 2004).

Tendo por base as considerações retroexpostas, observa-se que, ante contexto ético da pesquisa com seres humanos, o CI aparece sempre como um elemento essencial ao desenvolvimento das pesquisas em saúde, e, a RPP como ferramenta de máxima importância para sua obtenção. Assim, este estudo teve como objetivo verificar qual a influência da RPP para obtenção do Consentimento Informado e permanência do paciente em uma pesquisa clínica desenvolvida na atenção primária.

MÉTODOS

Este é um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, desenvolvido mediante recorte de uma pesquisa multicêntrica, intitulada: Consórcio Internacional de Pesquisa em Gestão de Risco, Avaliação e Vigilância em Dengue, (IDAMS), financiada pela União Europeia e envolvendo seis países, Vietnã, Malásia, Indonésia, Camboja, Alemanha e o Brasil (Ceará/Fortaleza). Que tinha como objetivo identificar o diagnóstico precoce e diferencial entre dengue clássica e grave, distinguindo-as de outras doenças febris em até 72h após o início da febre, no Serviço de Atenção Primária.

O experimento foi realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Paracampos, unidade de saúde

localizada no bairro Mondubim da cidade de Fortaleza-CE e vinculada à Secretária Executiva Regional V, da Prefeitura Municipal. A escolha desta UAPS se deu pelo fato de seus profissionais médicos e enfermeiros terem participado de um treinamento em boas práticas clínicas, o que os tornou aptos a colaborarem no atendimento aos pacientes do IDAMS.

A coleta dos dados ocorreu nos meses de março e junho de 2013, por meio de observações participantes, diários de campo e entrevistas. A população foi composta pelos profissionais e pacientes cadastrados no IDAMS, o que permitiu a composição de uma amostra de 15 pacientes e dois profissionais, constituindo 17 colaboradores.

Para análise dos dados foi utilizada como ferramenta de organização o *software Qualitative Solutions Research Nvivo* (QSR), versão 2.0, que corresponde a um software desenvolvido para realizar a organização e codificação de dados qualitativos. Desenvolvida pela Universidade de La Trobe, Melbourne, Austrália, este programa ajuda na administração e síntese das ideias dos pesquisadores e fornece a possibilidade de acrescentar, modificar, ligar e cruzar dados originados de documentos textuais (FERREIRA e MACHADO, 1999).

Após realizada a codificação e a organização dos dados pelo *software QSR Nvivo*, foi efetuada a análise temática dos temas provindos dessa organização, já que essa técnica é considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2010).

Foram levadas em consideração as exigências contidas na Resolução nº 466/12, que atualmente regulamenta os aspectos ético-legais da pesquisa com seres humanos. Aos participantes foram asseguradas a autonomia, não maleficência, beneficência, anonimato, privacidade e o direito à desistência

em qualquer etapa da pesquisa. Foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Informado, após os devidos esclarecimentos sobre esse documento (BRASIL, 2007).

ACHADOS E DISCUSSÕES

Neste seguimento, estão os achados obtidos nas entrevistas e observações, bem como se promove uma discussão baseada nas reflexões procedidas. Buscou-se compreender, por meio das falas e observações, de que forma a RPP contribuiu para a assinatura e a permanência do participante em um determinado estudo clínico.

Na sequência, são indicadas as categorias constituídas após submissão do material coletado no campo de estudo, às etapas da análise do *software* N-VIVO, tendo por base os objetivos delineados. São elas: PROCURA POR ASSISTÊNCIA e ACOLHIMENTO E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.

Procura por Assistência

O foco desta discussão, nesse momento, se volta brevemente para a dengue, por ser essa a doença acompanhada pelo IDAMS e por ser essa a enfermidade responsável pela procura de assistência na referida unidade de estudo.

A Atenção Primária oferece um atendimento que utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e de relevância em seu território. A intensidade e o modo de utilização desse nível de atenção, no entanto, estão relacionados à capacidade de a pessoa se avaliar em seu estado de saúde, assim como

suas expectativas e necessidades de saúde. O relativo grau de autonomia que possui também colabora com esta determinação (GOLDBAUM, GIANINI, NOVAES e CÉSAR, 2005).

A disparidade entre os princípios do SUS e a realidade vivenciada pelos usuários da Atenção Primária favorece a busca pelos serviços de saúde apenas quando é realmente necessário.

Assim, notou-se que a procura pelo serviço de saúde, muitas vezes, ocorre pela necessidade real de atendimento, a qual pode ser percebida pela presença de sinais e sintomas, seja de dengue, de qualquer outra doença ou de uma alteração que requeira cuidados. Isto acarreta em uma maior predisposição do paciente a aceitar o tratamento que for sugerido pelo profissional, mesmo que terapia esteja vinculada a estudos científicos, como o que ocorreu com os participantes do IDAMS, ao relatarem que, inicialmente, aceitaram participar do estudo clínico por meio da assinatura do CI em razão da presença dos sintomas de dengue e da promessa da garantia de receber assistência, conforme o relato apresentado.

[...]. Assinei [o consentimento] porque eu tava tão mal mesmo e eu queria era ser atendida, eu estava ruim queria ser atendida porque eu não consegui nem andar direito, era febre e vômito direito, aí eu assinei o [consentimento][...] (ANA).

[...]. Assinei [o consentimento] por que eu tava doente né e a [profissional] disse que eu ia fazer os exames pra saber se era dengue e se fosse fazia o tratamento aqui no posto, aí assinei [consentimento] porque eu tava doente e queria saber realmente o que era que eu tinha. É ruim demais essa doença, tava de cama pra se levantar era um sacrifício [...] (JOANA).

Foi possível perceber que essa necessidade e busca por cuidado estavam presentes nos pacientes que aceitaram participar do IDAMS. Deixaram claro em suas falas que a adesão à pesquisa se deu porque estavam à procura de solucionar as necessidades de saúde, já que a pesquisa oferecia essa possibilidade de forma integral, diária, e sem a necessidade de percorrer grandes distâncias para chegar ao serviço, por isso eles decidiam assinar o documento CI, como se pode identificar.

[...]. Eu assinei [o consentimento] justamente por estar doente, por que é uma garantia de ser atendida aqui perto de casa [...] (ANA PAULA).

[...]. Porque eu achei interessante, ia fazer os exames tudo aqui mesmo no posto, porque se eu tivesse com a dengue mesmo ia ser acompanhada aqui mesmo né [...] (JOSEFA).

A realização de pesquisas científicas na Atenção Primária é uma prática bem comum, entretanto, quando se fala em pesquisa clínica, essa prática deixa de ser tão comum e passa a ser um desafio, já que a pesquisa clínica ainda é objeto de preconceito, principalmente em países periféricos. A origem deste preconceito é justificada pelo histórico de certos estudos científicos altamente condenáveis do ponto de vista ético (LACATIVA et al., 2008).

Por diversas razões - como falta de estrutura, de incentivo financeiro e até de profissionais qualificados - não é tão comum a realização de estudos clínicos na atenção primária. Quando essa prática ocorre um dos motivos, se não o principal deles que levam os pacientes a aderir ao estudo no momento que chegam ao serviço em busca de atendimento, é, sem dúvidas, a busca pela cura.

[...] Eu assinei [o consentimento] porque eu queria ficar boa, porque queria fazer o tratamento. É muito ruim você tá doente sem poder fazer nada. Eu fui bem atendida, mas mesmo que não tivesse sido eu tinha assinado por que eu queria era ficar boa [...] (MARTA).

[...]. Todo mundo do posto foi muito legal comigo... mas primeiramente minha saúde né, eu tava preocupada comigo né, queria ficar boa aí assinei o [consentimento] [...] (MARIA).

A análise dos dados junto aos participantes do IDAMS revelou a busca e a necessidade de cuidados como fatores primordiais para a adesão ao estudo, o que pode ser facilmente identificado nas falas dos entrevistados. Corroborando os resultados encontrados e referidos pelos participantes, apresenta-se os achados provenientes do discurso dos profissionais envolvidos, responsáveis pela implantação e condução do IDAMS em uma unidade da Atenção Primária.

[...]. O paciente assina o [consentimento] porque ele tá num momento que ele quer atenção, ele quer cuidado, então assim, de qualquer forma você explica, esclarece a pesquisa, mais eu tenho dúvida se ele compreende realmente a importância da pesquisa [...] ele quer participar dessa pesquisa por que ele vai ter o cuidado, vai ter atenção durante o estar na pesquisa [...] (JOAQUINA).

[...]. A gente explica que ele vai ter um acompanhamento tanto faz ele tá na pesquisa quanto não. A gente explica que é uma pesquisa muito importante pra saúde [...]. Que

é uma coisa que vai beneficiar o ser humano [...]. Mas na verdade o que leva ele a assinar é por que ele acha que tem uma garantia de assistência, que vai ser atendido diariamente [...] (PAULA).

Os profissionais expuseram suas concepções sobre adesão ao IDAMS em suas falas, as quais convergem para a formação de uma demanda participativa que possui necessidade explícita e expressa de saúde. Na visão e experiência dos profissionais, o paciente acredita que esta necessidade pode ser garantida e/ou sanada pela participação no estudo. Assim, a obtenção do consentimento informado envolve fatores diretamente relacionados às condições de saúde e doença das pessoas, à busca pelo cuidado, ao acesso a exames, consultas e acompanhamento profissional.

É inegável que as necessidades de assistência e a busca por atendimento profissional, implicam a procura pelo serviço de saúde, e como a garantia de acesso a tal assistência influencia, de forma significativa, a participação das pessoas em um determinado estudo clínico. Esta afirmação pode ser visualizada nas falas dos participantes e profissionais do IDAMS, aqui reproduzidas, conforme mencionado anteriormente, ficando claro que a adesão ao estudo pode ser percebida pelos pacientes e pelos profissionais como a garantia de resolução dos problemas de saúde.

Acolhimento e Satisfação do Usuário

Existem várias definições de acolhimento, o que revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo. No setor saúde, pode-se dizer que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros en-

tre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas na prática constitutiva das relações de cuidado (BRASIL, 2011).

O acolhimento, na Atenção Primária, deve conduzir os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos os que procuram o serviço, mediante a escuta de seus pedidos e de uma atitude acolhedora, com capacidade de não apenas escutar, mas também de dar respostas adequadas aos usuários.

Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser ação contingente na produção da saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, contando para isso, com o apoio de uma RPP adequada, para que se estabeleça um vínculo entre paciente e profissional (BRASIL, 2006).

O estabelecimento dessa boa relação permite que se estabeleça um vínculo entre os envolvidos, ampliando a eficácia das ações de saúde e favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço (SCHIMITH e LIMA, 2004).

Vale lembrar que o efeito terapêutico produzido por uma boa relação profissional-paciente é reconhecido há bastante tempo, e que, quando bem estabelecida, essa relação passa a ter uma importância fundamental para a adesão às propostas terapêuticas e para o sucesso das intervenções, contribuindo para as diversas formas de cuidado à saúde, inclusive nas questões científicas, como as pesquisas clínicas (SUCUPIRA, 2007).

Se, no primeiro momento, a RPP não se mostrou relevante na adesão ao estudo IDAMS, ao tratar da permanência do paciente no estudo, a boa qualidade da RPP se manifestou com o elemento fundante e indispensável, contribuindo indiscutivelmente para a condução do IDAMS, inclusive para que muitos dos participantes permanecessem até o final. É possível

identificar nas falas. Fato de que a qualidade RPP surge como fator influenciador na permanência do paciente no estudo clínico.

[...]. Eu cheguei no posto me acabando de febre e dor em todo canto, tudo que eu queria era ficar boa, aí eu assinei [o consentimento] só que eu fui muito bem atendida pelos [profissionais da pesquisa] perguntavam o que, que eu tinha, o que tava sentindo me explicavam tudo, conversavam comigo, ligavam pra saber como eu tava, fui muito bem tratada. E quem é que não gosta de ser bem tratada? Se eu tivesse sido mal tratada, mal atendida eu não tinha voltado não, eu tinha procurado outro canto ou então tinha passado os dias em casa. Com certeza eu ter sido bem tratada, bem cuidada influenciou eu ter ficado na pesquisa até o fim [...] e foi por que eu levei um monte de furada. Se fosse pra participar de outra pesquisa nesse posto eu fazia tudo de novo [...] (MARIA).

Com base no acompanhamento do processo de desenvolvimento do IDAMS, foi possível identificar, por via das observações e das entrevistas, a real influência da RPP na colaboração dos pacientes nos mais variados tipos de tratamento, mesmo que este seja oferecido por meio de uma pesquisa científica que esteja à procura de uma forma para diagnóstico e tratamento de uma doença, a caso do estudo IDAMS, a dengue.

[...]. Desde o primeiro dia que eu cheguei aqui no posto me atenderam muito bem. Quando eu cheguei aqui correram tudo pra cima de mim, conversaram comigo, me explicaram da pesquisa, perguntaram o que eu tava sentindo, fiz os exame tudim, colo-

caram soro, ficaram me acompanhando, de vez em quando ia lá na sala perguntar se eu tava melhor se a dor de cabeça tinha passado, todo tempo foram umas pessoas muito legais comigo. Eu achei um atendimento excelente, aí pronto, por causa disso eu fiquei vindo todo dia até o fim, melhor de que ir pra outro canto que não sabia como ia ser atendida né. Quando elas conversavam comigo eu achava ótimo mostrava compromisso, querendo saber se eu fiquei boa, como é que tava como num estava. Achei excelente o jeito que [as profissionais] me trataram, se fosse hoje eu participava de novo [...] (JOANA).

A importância de um vínculo e da comunicação pode ser percebida num relato em que a paciente expõe a importância destes em seu sentido mais humanizado e completo, ao ponto de levar à priorização de um serviço de saúde a outro.

[...]. Eu assinei [o consentimento] porque eu tava muito doente e queria ficar boa, mais eu gostei de como me trataram, de como conversaram comigo, explicaram [a pesquisa] bem direitinho, tiveram cuidado comigo aí eu fiquei vindo até o final, até depois de ficar boa [...] se eu tivesse sido mal atendida eu tinha procurado outro canto né, mesmo eu tendo assinado [o consentimento], mesmo eu estando com febre e com dor eu não tinha mais vindo, ruim por ruim fico em casa [...] tinha feito como fiz lá no hospital num fui mais nem lá, por que nem olharam pra minha cara direito, me jogaram numa sala com um monte de gente, você não sabe nem o que aquelas pessoas tem, aliás num é nem uma sala é um corredor com um monte de pa-

ciente, gente de todo jeito [...] aí eu disse, vou mim borá que aqui eu vou ficar é pior [...] aí fui pra casa depois vim pro posto, aqui fiquei na observação tomei soro, os [profissionais] de vez em quando ia lá saber como era que eu tava, conversar comigo, aí fiz os exames, tomei remédio e fui melhorando, chegava aqui já conhecia todo mundo [...] (ANTÔNIA).

De acordo com Possama e Dacoreggio (2008), a comunicação é um dos pilares da RPP e um instrumento essencial no trabalho do profissional e na promoção da saúde. Com efeito, o diálogo facilita o estabelecimento das relações entre ambos, e desde o momento em que o paciente se acha respeitado e toma consciência de sua importância como agente da própria saúde, ele passa não só a cuidar melhor de si, como também a contribuir com as ações desenvolvidas na unidade de saúde. Isso tem efeito positivo e direto sobre a sua saúde, a saúde de toda a sociedade e a produção do conhecimento científico, como expõem os autores. Percebeu-se, com base no último depoimento acima, que a qualidade da RPP ajuda a definir a trajetória, a permanência e os fluxos do paciente entre os serviços de saúde.

Costa e Azevedo (2010), ensinam que as interações dos pacientes com o profissional não estão relacionadas apenas à satisfação durante uma visita, que, por si, já é complexa, mas também com a colaboração ao tratamento.

Essa colaboração também se evidenciou nas entrevistas com os profissionais atuantes no IDAMS, já que a percepção destes, no que diz respeito à adesão e a permanência no estudo, colaboram com a percepção dos pacientes, ficando claro que os profissionais também não associam a RPP à adesão ao estudo, mas, quando se refere à permanência, as falas dos profissionais expõem, de forma evidente, essa influência.

[...] essa boa relação eu acho que não influencia na assinatura do Consentimento Informado, então eu acho que o assinar, o aderir ao estudo, não influencia não. Agora pra permanecer na pesquisa influencia, eu acho que quando você tem uma boa relação, quando cria um vínculo com paciente influencia demais, os que permaneceram mesmo sem ser da minha equipe criou-se um vínculo por causa da pesquisa, por que a gente fica vendo, conversa. Eles ficam surpresos por que no dia a dia não é esse a metodologia do processo de trabalho não é esse de conversas, se importar, então cria vínculo e influencia sim na permanência na pesquisa [...] (PAULA).

É possível perceber a importância do investimento na RPP, bem como o quanto um simples diálogo, desde que acompanhado pela atenção, pode ser valorizado pelos que estão doentes. Esta reflexão deve acompanhar o profissional sob a forma de um respeito maior por aqueles que serão tratados/acompanhados.

O estabelecimento de um vínculo e de uma empatia entre paciente e profissional é, por demais, importante, por permitir que o primeiro fique mais seguro e disposto a colaborar. Costa e Azevedo (2010) explicaram que a familiaridade, a confiança e a colaboração, que surgem graças a uma boa RPP, têm importância fundamental para a efetividade dos processos diagnósticos, terapêuticos e científicos, indispensáveis ao resultado da arte de cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável a importância das pesquisas clínicas para o avanço da Ciência, pois diversas doenças e agravos foram e

podem vir a ser diagnosticados, controlados e até curados graças a elas. É certo que esse tipo de estudo, em virtude da sua evolução histórica, necessita de um seguimento ético rigoroso desde a sua composição até a publicação dos resultados.

As pesquisas clínicas costumam, em sua maioria, independentemente do nível de atenção em que sejam realizadas, ser demoradas, requerendo um acompanhamento do participante. Nesse sentido, a adesão e permanência no IDAMS foram observadas sob a óptica da influência da relação profissional-paciente, que se mostrou, a princípio, sem grande relevância.

Durante as entrevistas, profissionais e participantes reiteraram a ideia de que a adesão ao IDAMS não estava relacionada à presença de um vínculo e sim com a busca de cuidados especializados. Ao tratar da permanência no estudo, ficou clara a existência significativa da valorização da RPP nessa colaboração no transcorrer do IDAMS, em especial, das mulheres.

Assim, a RPP deve ser cada vez mais estimulada, tendo sido possível perceber a relevância do vínculo estabelecido entre profissional e paciente, se a princípio não existia uma valorização desse vínculo, com o transcorrer do IDAMS essa valorização foi surgindo e se fortalecendo, contribuindo para o desenvolvimento do estudo clínico.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde, Dengue Diagnóstico e Manejo Clínico, Adulto e Criança, Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAPRARA A; RODRIGUES J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p 139-146, 2004.

COSTA, F. D; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, Relação Médico-Paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo, *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a10v34n2.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2014.

DAINESI, S. M; GOLDBAUM, M. Pesquisa clínica como estratégia de desenvolvimento em saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 1, p 2-6, 2012.

FERREIRA, V; MACHADO, P. O programa informativo NUD IST: análise qualitativa de informação escrita. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFSC, 1999.

GOLDBAUM, M; GIANINI, R. J; NOVAES, H. M. D; CÉSAR, C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo, *Revista Saúde Pública*, v.31, n.1, p 90-99, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n1/12.pdf>> Acesso em: 22/01/2014.

LACATIVA, P. G. S; SZRAJBMAN, M; SILVA, D. A. S. M; MELAZZI, A. C. C; GREGÓRIO, L. H; RUSSO, L. A. T. Perfil de sujeitos de pesquisa clínica em um centro ambulatorial independente, *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.3, p. 1023-1032,

2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v.13/n3/25.pdf>> Acesso em: 26 mar 2014.

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

PERES, S. H. C. S; PERES, A. S; ELEUTÉRIO, A. S. I; OLIVEIRA, J. L. G; GIGLIOTTI, M. P. Termo de consentimento livre e esclarecido aos usuários de clínicas odontológicas brasileiras: aspectos éticos e legais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 805-812, 2011.

POSSAMA, F. P; DACOREGGIO, M. S. A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica, *Educação e Saúde*, v. 5 n. 3, p. 473-490, 2008. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r179.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2014.

Prefeitura do Município de São Paulo. Manual sobre ética em pesquisa com seres humanos. Secretaria Municipal da Saúde. Comitê de Ética em Pesquisa. São Paulo: s.n., 2004. 2 Ed. p. 113, 2010

SABATOVSKI, E; FONTOURA, I, P. Código de Defesa do Consumidor – CDC – Mini Book – 2 Ed. Atualizada. 2009.

SILVA, L. M. P; OLIVEIRA, F; MUCCIOLI, C. O processo de consentimento na pesquisa clínica: da elaboração à obtenção. *Revista Brasileira Oftalmologia*, v. 68, n.5, p. 704-7, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abo/v68n5/26751.pdf>> Acesso em: 30 mar 2014.

SCHIMITH, M. D; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família, *Caderno Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov-dez, 2004. Dis-

ponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49516/000490986.pdf?sequence=1>> acessado em 23 mar. 2014.

SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde, *Interface Saúde Educação*, v. 11, n. 23, p. 619-35, set/dez 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a16v1123.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2014.

THIERS, F; SINSKEY, AJ; BERNDT, ER. Trends in the globalization of clinical trials. *Nat. Reviews Drug Discovery*. v. 7, p. 13-4, 2008.

VAZ, W. L; REIS, C. Consentimento informado na Relação médico-paciente. *Revista jurídica Cesumar, Maringá*, v. 7, n. 1, p. 489-514, 2007.

PARTE 2

DENGUE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PRÁTICAS E SUAS INTERFACES

CAPÍTULO 5

IMPLANTAÇÃO DA ECOSSAÚDE NO CONTROLE DA DENGUE: IMPLICAÇÕES DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

*Joana Mary Soares Nobre
Andrea Caprara
Ana Carolina Rocha Peixoto
Ilvana Lima Verde Gomes
Rosilea Alves de Souza.*

INTRODUÇÃO

Em tempos remotos, já se pensava na relação saúde-ambiente e seus desdobramentos na determinação e evolução das doenças (GOUVEIA, 1999). A situação de desequilíbrio ambiental favorece a vulnerabilidade individual e local, tornando-se cada vez mais suscetível aos desastres naturais e ao surgimento de pragas ou epidemias (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2009). Enquanto não houver a compreensão das relações modo de produção-consumo e ambiente-saúde, fica difícil o equilíbrio entre a atividade econômica e a preservação ambiental, como também o desenvolvimento sustentável e qualidade de vida no Planeta (RIGOTTO; 2002; RIOS; DERANI, 2005; SIQUEIRA; MORAES, 2009).

A Organização Panamericana de Saúde (2009) trouxe à tona as complexas relações causais entre mudanças ambientais e saúde humana, geradas pela degradação dos ecossistemas que constituem os serviços de suporte para as diversas formas de vida, incluindo a espécie humana (CORVALAN;

HALES; MICHAEL, 2005; FORANTINI, 1992; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2009). Estas repercussões advindas dos desgastes da interação saúde-ambiente são beneficiadas pela condição socioeconômica desfavorável que impulsiona a pobreza e as iniquidades socioambientais, podendo suscitar implicações indesejáveis para a qualidade de vida humana.

Reflexo das grandes transformações promovidas pela expansão mundial da civilização urbano industrial, o esgotamento dos recursos naturais não ocorre isoladamente, pois o homem também sofre as consequências maléficas dos maus tratos dos ecossistemas, características do modelo de desenvolvimento vigente (PÁDUA, 2002). Na contramão do panorama vigente procura-se o equilíbrio entre a atividade econômica e a preservação ambiental, fundamental para o desenvolvimento sustentável, com uma perspectiva de igualdade entre as diversas gerações (RIOS E DERANI, 2005).

Na ocupação das cidades modernas dos países em desenvolvimento, como o Brasil, as condições ambientais e o comportamento humano são favoráveis à ocorrência de muitas doenças e lesões, inclusive a dengue, o que justifica a necessidade de estudar e intervir sobre novos problemas, bem como abordar os antigos problemas em uma perspectiva integradora, nas práticas da Saúde Pública (BARCELLOS, 2006; COSTA; TEIXEIRA, 1999).

Desta forma, o panorama brasileiro configura-se vulnerável aos fatores condicionantes para a proliferação do *Aedes aegypti*, vetor transmissor da dengue, ante o clima tropical, metrópoles com densidade populacional elevada, dificuldades dos sistemas de saúde, desigualdades sociais, saneamento básico ineficiente, violência, conduta do ser humano, elevada pro-

dução de lixo e materiais descartáveis, meios por demais adequados ao ciclo biológico: vírus-vetor-homem. Assim o controle vetorial é a única opção para proteger o homem (LOPEZ et al. 2012; MINAYO et al., 2000; SERPA et al., 2010; TEIXEIRA et al., 2009; COSTA; TEIXEIRA, 1999).

Componente do cenário nacional de epidemias de dengue, o Estado do Ceará, no período de 1987 a 2012, registrou seis epidemias da doença. Nos três últimos surtos de dengue estaduais, pelo menos 167 (90%) municípios tiveram transmissão da doença (SESA, 2013). Sua capital, Fortaleza, que possui a maior densidade demográfica do País, clima tropical, condições socioambientais favoráveis à proliferação do *Aedes aegypti*, acompanha as condições de epidemia no Estado, que, no período de 2007 a 2012, expressou uma distribuição de surtos epidêmicos predominantes em relação aos registros estaduais, com um percentil de 63% das confirmações de dengue (SESA, 2012).

Nesta conjuntura, os enfoques ecossistêmicos em saúde oferecem proeminência nos países da América Latina, constituindo um potencial para os modos de compreensão e busca de soluções na Saúde Pública e, por conseguinte, exigindo uma análise crítica de suas limitações (OPAS, 2009).

Para Gomes e Minayo (2006), o enfoque ecossistêmico da saúde humana busca a vinculação interdisciplinar da saúde e do ambiente por meio do desenvolvimento científico e tecnológico estabelecido e efetivado conjuntamente com gestores públicos, privados, a sociedade civil e as populações locais, com vistas a seis princípios: pensamento sistêmico; transdisciplinaridade; participação social; equidade social e de gênero; sustentabilidade e conhecimento para atuar. O enfoque ecossistêmico é trazido, ainda, por Minayo e Miranda (2002); Lebel

(2005) como tentativa desafiadora de promover uma mudança do paradigma antropocêntrico e de dominação, de acordo com a ocupação dos grandes centros.

Gomes e Minayo (2006) descreveram entre as vantagens da abordagem integrada, principalmente no Canadá, o envolvimento dos diversos agentes sociais com a participação social.

Mediante a complexidade dos problemas de Saúde Pública, a participação tornou-se um processo inclusivo de variados agentes em prol de direitos e funções de bens e serviços na sociedade e na tarefa de promover a saúde da população, sem questionar a participação como condição de conquista e garantia de direitos, como saúde, alimentação, transporte, moradia, educação e trabalho (OLIVEIRA, 2009; STRECK, 2010). Houve, inclusive, a valorização da participação dos cidadãos como o melhor modo de tratar das questões do meio ambiente (THOMASI, 2011).

Em tese, as formas de participação social podem estar relacionadas tanto à história como ao regime de governo (DONADONE; GRUN, 2001). No Brasil despontaram com a promulgação da Constituição de 1988, fruto de uma articulação de forças políticas e sociais que possibilitou a inovação no cenário político (ESCOREL; MOREIRA, 2009). Desde então, a participação da comunidade passou a ser um dos requisitos fundamentais (DANTAS et al., 2009). Essa participação ora exprime potencialidade, ora limitação, pois as ações de saúde nem sempre estão situadas de forma ordenada e continuam do ponto de vista operativo, político ou institucional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1991).

Dentre alguns desafios metodológicos fundamentais no relacionado à participação social, Minayo (2010, p.141) considerou que “o conceito de participação é muito mais amplo que

o da participação comunitária, incluindo nas reflexões e ações, gestores públicos, políticos e cidadãos”.

Conceitualmente, a participação popular é apontada como indispensável na condição de controle de endemias, especialmente no caso da dengue, cujo principal vetor está associado intimamente, aos modos de vida e moradia nas áreas urbanas, logo o enfrentamento dessas enfermidades não apenas admite, mas requer o envolvimento comunitário (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1991). No âmbito familiar, ela possui função instrumental e pedagógica, pois proporciona a formação de hábitos participativos, e se acredita que os tornem habilitados a reproduzir em outras relações sociais uma prática de valorização do público e do coletivo (ESCOREL; MOREIRA, 2009). Putnam (1996) entende o capital social como um elemento-chave para o desenvolvimento social e econômico, porém defende a ideia de que a participação não deve ser naturalizada como algo positivo em si mesmo, tampouco desvinculado das relações sociais, econômicas e políticas.

Dada a importância do assunto, realizou-se a pesquisa com o objetivo de analisar a participação social na implantação do enfoque ecossistêmico em saúde humana- ecossaúde no controle da dengue.

METODOLOGIA

Este constituiu um ensaio de natureza qualitativa, no âmbito de um marco conceitual mais amplo, caracterizado por Pesquisa Multicêntrica 2, financiada por UNICEF/IDRC & UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research

2 Pesquisa multicêntrica: “Eco-Bio-Social sobre Dengue e Doença de Chagas na América Latina e no Caribe.

& Training in Tropical Diseases (TDR). Realizou-se em cinco bairros do Município de Fortaleza (Parreão, Messejana, Quintino Cunha, José Walter e Passaré) com o diferencial da abordagem de ecossáude no controle da dengue, no período de junho de 2012 a junho de 2013.

Minayo (2010; p. 57) relata que a abordagem qualitativa “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

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. Essa condição associada à implantação do enfoque ecossistêmico no controle da dengue disponibilizou rica fonte de coleta de dados por meio de três principais técnicas de coleta de dados: análise documental - diários de campo produzidos pelos pesquisadores responsáveis nos agregados; observação sistemática dos agregados nos bairros Parreão e Passaré; e entrevista aplicada junto aos pesquisadores responsáveis nos agregados a fim de ajuntar mais subsídios à análise de dados.

Examinou-se 55 diários de campo, e pôde-se observar o total de cinco devolutivas, 40 encontros e ações, 747 atores sociais participantes; nenhum agregado possuía liderança comunitária formal, um agregado demonstrou índice elevado de recusas. Registrou-se ainda cinco entrevistas abertas e 12 observações sistemáticas, na sequência catalogou-se os dados que prevaleceram no material coletado.

Com suporte na esquematização dos documentos por agregado, que conteve as respectivas informações - agentes sociais presentes e seus comentários; existência de liderança comunitária; relatos de recusas; situações socioeconômicas e populacionais; políticas de controle da dengue, de gestão ambiental, assim como a percepção dos pesquisadores- foi permitida a contextualização do comportamento dos atores sociais e evidenciou a participação na abordagem integrada no controle da dengue.

Para a análise do material qualitativo optou-se pela modalidade de análise de conteúdo, assim conceituada por Minayo (2010, p. 303):

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.

Os sujeitos da pesquisa compreenderam os profissionais de controle de endemias: supervisores de endemias (SE) e agente de controle de endemia (ACE), educadores em saúde (ES), agentes comunitários de saúde (ACS), Profissionais do PSF - enfermeira (Enf.), Profissionais do NASF, moradores (M) e pesquisadores (P).

Na realização desta pesquisa, obedeceu-se à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para manter o anonimato dos participantes, utilizou-se as letras iniciais dos atores sociais seguidas de um algarismo arábico sequencial, de acordo com a especificidade de cada função presente nos encontros e ações dos cinco agregados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo focou na participação social, um dos princípios da ecossauúde, pois se considera importante aprofundar as discussões sobre situações problemas identificadas durante os encontros, as quais apresentam estreita relação com fatores ecobiossociais locais: agentes sociais presentes; falta de interesse da população; recusa; lixo; água, que de certa forma, dependem dos cuidados da população e dos órgãos públicos, porém sem a intenção de restringir a dimensão desse enfoque.

A implantação da abordagem em ecossauúde no controle da dengue, no Município de Fortaleza, demonstrou implicações surgidas na realidade investigada, em que a participação social atingiu parcela mínima de agentes (profissionais de endemias, sociedade civil, educadores em saúde, trabalhadores e profissionais de saúde), ante o potencial de cada agregado e dos demais setores concernentes ao contexto complexo da doença (REZENDE; DANTAS, 2009).

Historicamente, a participação social na área da saúde se mostra de várias formas: (1) beneficiário; (2) contribuição para a promoção da saúde; (3) participação comunitária; e, por fim, (4) visão mais complexa de participação em saúde que reconhece as pessoas. No que concerne ao crescente interesse da Gestão Pública local pela introdução da participação dos cidadãos, tanto na América Latina quanto na Europa ocidental, dizem respeito à crise do Estado, que viu a participação como estratégia organizacional para controlar a burocracia ineficiente, e passou a ser modelo como de Gestão Pública em prol da renovação das relações Governo-Sociedade (MILANI, 2008).

Outros fatores condicionantes para a participação social, destacados por Escorel e Moreira (2009), foram: os aspectos

culturais - idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução e de fatores psicossociais, como normas e valores, de ponderações sobre os custos e benefícios; e as características- persistência, dedicação, disciplina, resiliência, organização, auto-compreensão, coerência dos objetivos, autocrítica, reflexão, as quais, associadas a um espaço favorável, permitirão a cultura de participação e a disseminação dos valores democráticos na sociedade.

No concernente às especificidades dos atores sociais, ficaram aquém dos relatos de Minayo (2002); Dantas e Rezende (2009) quando falaram da inclusão dos gestores públicos, dos políticos, dos empresários e de todos os outros atores, para buscar um processo de articulação com base em corresponsabilidade, cogestão, compromisso, sustentabilidade e participação (DANTAS; REZENDE, 2009). Isto porque a participação social deve incluir os gestores públicos, os políticos, os empresários e todos os outros agentes, individuais e coletivos, envolvidos direta ou indiretamente com o problema (MINAYO, 2002).

Esse contexto pode ter influenciado o comportamento dos atores sociais durante as intervenções da abordagem em ecossaúde, haja vista a representação de, apenas, algumas categorias, sobremaneira em cenários com histórico de lideranças comunitárias, menor nível socioeconômico e condições mais favoráveis à proliferação do *Aedes aegypti*.

As discussões dos grupos durante os encontros realizados obedeceram também, à órbita do reduzido envolvimento dos agentes em relação aos convites feitos, tanto pelos agentes de endemias como pelos moradores e pesquisadores, e cogitou-se como justificativa: falta de interesse; recusa ao acesso do agente às residências; poder aquisitivo mais alto e liderança

comunitária inexistente ou pouco proativa, mostrando o quão desafiante foram promover a participação social no processo de implantação do enfoque ecossistêmico em saúde humana. Destacou-se um agregado com maior poder aquisitivo:

Ficou 30% das casas sem visita, pela recusa ou domicílio sem ninguém, quando o limite seria 10%. Em muitas casas, as pessoas estão em casa e não abrem, ou pedem para vir depois. Sem falar que às vezes a gente é expulso como cachorro. (SE - 1).

No tocante à recusa, pensou-se, ainda, na falta de informação, referida por Vázquez et al. (2005), ao considerarem a informação fundamental para o reconhecimento dos mecanismos, como alternativa para a atuação unida aos serviços, podendo ser amplamente explorada pela mídia. E ressaltado pelo morador:

Por causa daquela casa que recusou, pode chegar a atingir o bairro todo. O problema é tudo isso aí. Eu tenho apenas uma sugestão que os meios de comunicação tarem reforçando essa recusa aí. Essa recusa é a parte mais importante. Só os agentes de saúde não vão resolver esses problemas. Os meios de comunicação são importantes. Se cada programa tivesse o alerta de deixar o agente entrar. Aí sim. (M -11).

Como propósito de reverter este quadro de rejeição considerou-se, também, a integração do trabalho de campo dos agentes de controle de endemias, agentes comunitários de saúde e educador em saúde para visitas aos domicílios, às escolas, associações, igrejas católicas e evangélicas, solicitando a adesão dos seus líderes; além de capacitação dos profissionais de con-

trole de endemias no concernente à formação direcionada à abordagem no domicílio.

Essa dimensão da mídia dada pelo morador para solucionar as recusas não é explicitada pelo PNCD (2002), uma vez que preconiza: a comunicação social tem como objetivo divulgar e informar sobre as ações de Educação Em Saúde e mobilização social para mudança de comportamento e de hábitos da população, buscando evitar a presença e a reprodução do *Aedes aegypti* nos domicílios - ponto relevante e que poderia ser categórico para a redução de recusas.

Há 16 anos, Oliveira (1998) já defendeu a ideia de que a mudança de hábito do sujeito está centrada na ampliação e fortalecimento das relações sociais. Portanto, as propagandas por si, não representam real possibilidade de mudança, pois, em ocasiões da pesquisa notou-se que os agentes detinham conhecimento, porém não o aplicavam no dia a dia.

Em vários momentos da pesquisa, observou-se a “distância” da população relativamente ao controle da dengue e considerou-se como “falta de interesse”, podendo ser fruto da socialização política, destacada em Bobbio; Matteuci e Pasquino (1991), dos fatores culturais e psicossociais (ESCOREL; MOREIRA, 2009), já mencionados, e da violência e das condições socioeconômicas, comportamento que se observa nos relatos a seguir:

Divulguei o que estávamos fazendo para a comunidade, mas, muitos não queriam nem escutar, só observar o que poderia haver de benefícios para eles próprios (ACS -1).

A maior dificuldade encontrada foi em relação à comunidade, onde as pessoas se recusaram a participar da reunião, conseguimos

apenas uma moradora então resolvemos chamar os trabalhadores da escola (que estavam lá) e que residem no bairro para participar da devolutiva (P - 8).

Refletiu-se igualmente, que essa situação pode estar relacionada com a história recente de democratização da saúde no País, ou ainda pelo ensino de hábitos considerados adequados à população com base nos preceitos biologicistas atuando na pessoa, dissociando-a da escola e do território (DANTAS et al., 2009).

Se o que se busca é a participação da sociedade brasileira na tomada de decisões, deve-se realizar amplas campanhas de educação ao público, a começar pelos direitos da população, com informação a respeito do funcionamento do SUS. Essas campanhas devem orientar-se aos próprios serviços – cuja atuação tem uma forte influencia a atuação popular. Como passo inicial, no entanto, necessário embora não suficiente, há de se garantir o acesso ao atendimento à saúde (VAZQUEZ, et al., 2003).

As questões de carência de saneamento básico, como abastecimento de água, rede de esgotamento sanitário e coleta de lixo foram marcantes nos agregados de nível socioeconômico mais baixo. Esses serviços precários representam alto risco para a saúde, e são fatores que favorecem a degradação do meio ambiente (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA, 2004).

Tal situação é replicada na pesquisa, conforme comentários:

As pessoas precisam estocar água porque não existe um sistema de tratamento de água (NASF -2).

Algo que me chamou muita atenção no Quintino, foi a enorme quantidade de armazenamento de água. Em todos os domicílios que visitamos existia água armazenada, uns de forma correta, outras não (P - 9).

Na época da chuva não tem quem consiga entrar na rua devido ao acúmulo de água (P -6).

Quando a coleta seletiva do lixo funcionar de fato, “vai ser” diminuída várias doenças oriundas do lixo (M -7).

Na ocasião da devolução dos resultados da pesquisa, os problemas apontados no grupo focal foram o lixo colocado fora do dia da coleta, jogado na correnteza da chuva, no quintal, sem liderança comunitária, a recusa (8%) devido à área de melhor condição, criminalidade ou dona de casa sozinha [...]. Foi sugerido a participação dos educadores em saúde nas reuniões (P -7).

A sugestão de colocar um container na via para evitar o acúmulo de lixo pelas ruas irritou M -6, que falou: “eu não aceito de forma nenhuma, pois a população não tem educação, nem higiene, e não vão fazer bom uso do container”. Outros temas foram discutidos, como condutas de vizinhos ausentes, terreno baldio. Percebeu-se que estas questões levantadas pela comunidade são assuntos ligados, também, à Gestão Pública da cidade de Fortaleza (P -6).

Isso posto, restou denotada a complexidade em solucionar problemas intimamente ligados à baixa condição socioeconômica. Precisaríamos contar com a participação e integração de agentes sociais ligados diretamente ao planejamento e exe-

cução de programas voltados para a questão econômica, favorecendo à elaboração de políticas públicas específicas.

Melo e Pasqualetto em 2009, referiram que é difícil, eliminar completamente os casos de dengue, mas não é impossível o controle; é mais fácil seu controle, desde que haja interesse por parte de todos, comunidade e órgãos de combate, deve-se dá maior atenção à elaboração e execução de projetos para saneamento básico.

O controle do vetor da dengue, o mosquito *Aedes aegypti*, consiste em medidas contra as larvas e os mosquitos adultos. Seus criadouros principais são produzidos pelos seres humanos, pois consistem em reservatórios artificiais de água (TAUIL, 2006), mas ainda existem pessoas que não se preocupam em eliminar os criadouros e esperam só pelo controle químico.

No que tange à liderança comunitária na implantação da ecossaúde para o controle da dengue, não foi observada participação ativa, principalmente nos locais com pessoas de maior poder aquisitivo.

O contexto descrito requer a formulação e implementação de soluções integradas que levem em consideração os aspectos ambientais, ecológicos, políticos, sociais, culturais e econômicos, e que envolvam populações locais, pesquisadores e gestores de áreas diversas (AUGUSTO et al., 2005). Estruturas organizacionais como comunidades de práticas e iniciativas de lideranças têm um grande papel a desempenhar em apoio à constituição e consolidação do campo de ecossaúde (PASSO et al. 2013).

Em recentes avaliações promovidas pela FUNASA quanto ao processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, com a participação dos gestores estaduais

e municipais, constatou-se a necessidade de melhorar a capacidade para a detecção e correção oportuna de problemas que interferem diretamente na efetividade das ações de prevenção e controle da dengue (PNCD, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção no contexto da participação social como princípio e intervenção da abordagem ecossáude para o controle da dengue ensejou o conhecimento de um conjunto de implicações limitantes que se mostraram ao longo do processo. Podem ter ocorrido por influência dos aspectos próprios dos agentes sociais e determinantes nas formas diferenciadas de agir no controle da dengue como singularidade, sobre o prisma cultural, socioeconômico e de produção social.

Assim, verificou-se a importância de aprofundar estudos que busquem entender a percepção de cada agente sobre o seu papel nas ações de controle da dengue, favorecendo uma aproximação com a real participação social. Partindo desse conhecimento, acredita-se que será possível percorrer novos caminhos na compreensão e promoção da participação social no controle da dengue e, por sua vez, na implantação da abordagem ecossistêmica em saúde humana.

REFERÊNCIAS

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

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO L. A. D. Vigilância Ambiental em Saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. Rev de Saúde Pública; 40(1): 170-177 2006.

BOBBIO, N.; MATEUCI, N.; PASQUINO, G. Dicionário de política. Brasília, Ed. UnB, 1991.

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

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Dengue, Instituído em 24 de julho de 2002, Brasília, 2002.

COSTA, M. C. N; TEIXEIRA, M. G.A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, p. 271-279, 1999.

CORVALAN, C. et al. Ecosystems human well-being: health synthesis: a report of the Millenium Ecosystem Assessment.. Geneva: WHO, 2005.

DANTAS, V. L. A.; RESENDE, R.; PEDROSA, J. L. S. Integração das políticas de Saúde. [S.l]: [s.n], 2009.

DONADONE, J. C. e GRUN, R. Participar é preciso! Mas de que maneira? Revista Brasileira de Ciências Sociais, 16 (47): 111-125, out. 2001.

SCOREL, S; MOREIRA, M. R.Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Orgs.) Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro, Cebes 2009, p. 229-247.

FORANTINI, O. P. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Artes médicas/Edusp; 1992.

FUNASA. Manual de saneamento. 3. ed. rev. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

GÓMEZ, C.M.; MINAYO, M, C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente, v.1, n.1, ago. 2006. Disponível em: < http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/artigos.asp?ed=1&cod_artigo=11>. Acesso em: 15 de maio de 2010.

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

IBGE, Censo 2012 estados @. Disponível em :www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?Sigla=CE/censo2012/default.shtm. Acesso em: 23 de janeiro de 2013.

LEBEL, J. Salud: un enfoque ecossistêmico. Bogotá: Alfaomega, 2005a.

LOPES, T. M. T.; CORDERO, J. L. G; ESTRDA, J. G. S. Dimensiones culturales del dengue que favorecen o dificultan su prevencion em mexico. Rev. Panam salud Publica, v. 31, n. 3, 2012.

MELO, R. G.; PASQUALETTO, A.O saneamento básico como forma preventiva da dengue em Aparecida Goiânia - GO. Universidade Católica de Goiás, Departamento de Engenharia, Engenharia Ambiental, Goiânia. Disponível em: < <http://www.pucgoias.edu.br/ucg/prope/cpgss/ArquivosUpload/36/file/Continua/O%20SANEAMENTO%20B%20COM%20FORMA%20PREVENTIVA%20DA%20DENGUE%20EM%20APARECIDA%20DE%20GOI%20NIA-GO.pdf> 2009> .Acesso em: 20 abr. 2012

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. RAP: Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-79, maio/jun. 2008.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do conhecimento. 6 ed. São Paulo, 2000.

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, 2002a.

p. 173-190.

MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. Estreitando nós entre a saúde e o meio ambiente. In: _____. (Org.). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002b. p. 200-202.

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

OLIVEIRA, R. M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, sup. 2, p. 69-78, 2009.

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

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

_____. Centro de Controle e Prevenção de Doenças. Disponível em: <www.opas.org.br/prevencao/default.cfm> Acessado em: 23 mar. 2011.

PÁDUA, J. A. Dois Séculos de Crítica Ambiental no Brasil. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A. C. (Org.) Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 27-35.

PASSO, C. J. S.; MERTENS, F.; TÁVORA, R.; QUESADA, R.; JOODE, B. V. W.; MEGLER, D.. In ECOSSAÚDE, UMA ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL PERCURSOS CONVERGENTES NO CONTROLE DA DENGUE. ORGS: Andrea Caprara; José Wellington de Oliveira Lima; Ana Carolina Rocha Peixoto, ED. UECE, 2013. (P. 41-54).

PUTNAM, R. D. Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1996.

REZENDE, R; DANTAS, VLA. Saúde e educação uma relação possível e necessária, ano XIX, Boletim novembro de 2009. Disponível

em: portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000012177.pdf. Acesso em: 10.07.2012.

RIGOTTO, R. Produção e consume, saúde e ambiente em busca de fonts e caminhos. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A. C. (Org.). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, p. 233-260.

RIOS, A. V. V.; DERANI, C.. O direito e o desenvolvimento sustentável: curso de direito ambiental. São Paulo: Petrópolis; Brasília: IEB, 2005.

SERPA L. L. N.; ARDUINO M de B.; ALVARENGA G. R.; MARQUES M.; RAMOSD. G. Prevenção da dengue: implicações do uso de tela no controle de *Aedes aegypti* em reservatórios de água para consumo humano. BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online) vol. 7 n. 80 São Paulo Aug. 2010.

SESA (Ceará). Informe semanal Dengue 2012. Atualizado em: 17 ago. 2013.

SIQUEIRA, M. M.; MORAES, M. S. Saúde coletiva, resíduos sólidos urbanos e os catadores de lixo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 6, p. 2115-2122, 2009.

STRECK, D. R. Educação popular e pesquisa participante: a construção de um método. In: STRECK, D. et al. *Leituras de Paulo Freire: contribuições para o debate pedagógico contemporâneo*. Brasília: Liber livro, 2010.

TAUIL, P. L. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 39(3): 275-277, mai-jun, 2006.

TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. L., GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do Dengue. *Informe epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 8, n. 4, 1999.

TEIXEIRA, M. G. et al. Dengue: vinte e cinco anos de reemergência no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 1, p. S7-S18, 2009.

THOMASI, T. Z. Meio ambiente sadio e equilibrado: questão de saúde pública. *Scire Salutis*, v.1, n.1, mar. 2011.

VÁZQUEZ M. L. et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10 ,suppl., Sept./Dec. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500017>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

VÁZQUEZ M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, mar./abr. 2003.

CAPÍTULO 6

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E EQUIDADE DE GÊNERO NO CONTROLE DA DENGUE: UM PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ECOS-SÁUDE

Joana Mary Soares Nobre

Andrea Caprara

Krysne Kelly de França Oliveira

Ana Carolina Rocha Peixoto

INTRODUÇÃO

Houaiss (2010) trouxe o sentido de participação como fazer parte em um evento, fazer as pessoas saberem de algo, no sentido de comunicar; Social que inclui o contato entre as pessoas; e sociedade um agrupamento de pessoas que vivem em colaboração mútua. Essa amplitude de significados situa a participação como intrínseca à vida em sociedade, não deixando de indicar as contradições nas relações indivíduo/coletividade e ao papel mais ou menos ativo/passivo de quem participa (ES-COREL; MOREIRA, 2009).

Os autores consideraram que a participação, embora em situações díspares, é caracterizada pela valorização de contatos, espaços, fóruns mais bem compartilhados e mais públicos. Nessas condições, deve ser estruturada no contexto histórico e social. Com essa origem enseja que a pessoa tenha maior controle sobre a situação que lhe afeta, direta ou indiretamente, e a sociedade onde convive.

A participação pressupõe mais espírito público do que atitudes voltadas para a afirmação de interesse pessoal, onde a cidadania implica direitos e deveres para todos e se mantém unida por relações horizontais de reciprocidade e confiança, e não por relações verticais de autoridade e dependência (PUTNAM, 1996, p.102).

A participação social no Brasil despontou com a promulgação da Carta Magna de 1988, fruto da articulação de forças políticas e sociais que garantiu inovação no cenário político (SCOREL; MOREIRA, 2009). Desde aí, a participação da comunidade passou a ser um dos requisitos fundamentais (DANTAS et al., 2009).

Conceitualmente, participação social em saúde foi definida como algo inclusivo de variados atores em prol de direitos e usufrutos de bens e serviços na sociedade e na tarefa de promover a saúde da população (OLIVEIRA, 2009). Streck (2010) ensina que a participação é condição para a conquista e a garantia de direitos, como saúde, alimentação, transporte, moradia, educação e trabalho.

O enfoque ecossistêmico considera o conceito de participação social mais amplo do que participação comunitária, e inclui os gestores públicos, políticos, empresários e outros agentes, individuais e coletivos, envolvidos direta ou indiretamente com o problema, valorizando a participação dos que vivem os problemas ambientais e de saúde no seu cotidiano (MINAYO, 2002).

Scorel e Moreira (2009) consideraram que o ponto de partida para a participação social é a pessoa buscar intervir na situação concreta e histórica em que vive, construindo-se

como sujeito social; e está condicionada aos fatores: idade, sexo, camada social, grau e tipo de instrução; e psicossociais; como normas e valores, ponderações sobre os custos e benefícios.

A participação popular é apontada como indispensável na condição de controle de endemias, especialmente no caso da dengue, cujo principal vetor está associado intimamente, aos modos de vida e moradia nas áreas urbanas. Por tal motivo, o enfrentamento das endemias não apenas admite, mas também requer o envolvimento comunitário (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2009).

Um dos grandes desafios à saúde pública na atualidade é o controle da dengue. Seu mosquito transmissor de maior importância, o *Aedes aegypti*, combina alto grau de adaptabilidade ao ambiente e ao controle químico realizado, à facilidade de manutenção de sua espécie proporcionada por potenciais criadouros existentes no espaço urbano atual, dentre outros fatores.

Souza et al., (2012) consideraram que dois terços da população estejam suscetíveis à dengue. Esta é caracterizada como uma doença febril aguda, causada por um flavivírus designado vírus dengue, que apresenta quatro sorotipos (DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4). A ausência de uma vacina faz do *Aedes aegypti* o principal alvo de controle, centrando-se em seus estádios larvários e, quando necessário, no mosquito adulto (CAVALCANTI, 2013). Sua alta incidência está, tradicionalmente, relacionada, inclusive, aos aspectos climáticos e densidade demográfica (TEIXEIRA et al., 2009).

A dimensão epidemiológica dessa doença demonstra elementos biológicos, ecológicos, políticos e econômicos, trazendo um problema complexo, fato que supõe um enfoque sistêmico para seu controle, que leve em consideração as inter

-relações desses fatores e que envolva os diversos atores sociais (SANTOS; AUGUSTO, 2011; AUGUSTO et al., 2005).

No contexto histórico de combate à dengue no Brasil, o modelo clássico de controle prioriza uso de pesticidas, confirmados ineficazes na atualidade. Defende-se uma mudança de paradigma, que propõe um modelo de ação baseado na abordagem ecossistêmica, descentralizado e participativo, que integra educação contínua, vigilância epidemiológica e entomológica, além da intervenção ambiental (AUGUSTO et al., 2005). E, ainda, preconiza a participação social e a formação de lideranças, no âmbito comunitário, que promovam ações, seguindo a peculiaridade do contexto local (SANTOS; AUGUSTO, 2011). [...] O arcabouço conceitual e metodológico dos enfoques em ecossáude representa grande oportunidade para melhorar as estratégias dessa problemática de maneira mais eficaz e com melhores relações custo-benefício (PASSO et al., 2013).

Em conformidade, destaca-se o princípio da equidade de gênero da abordagem em ecossáude. Caprara et al. (2006) evidenciaram a relevância das questões de gênero no controle da dengue, junto aos fatores ecobiossociais que afetam a dinâmica de transmissão da doença em Fortaleza, Nordeste do Brasil, com foco na urbanização, dinâmicas comunitárias e responsabilidade política.

As relações de gênero e a divisão de tarefas influenciam na percepção de doenças endêmicas como a dengue. É importante o resgate do sentimento de coletividade mediante desmistificação da culpa individual, e a formação de redes de cuidado como estratégias a serem promovidas nas comunidades, independentemente do sexo da pessoa (WINCH et al., 1994; BRITO, 2000; GIFFIN, 2002 e LEBEL, 2003).

Para Augusto et al. (2005), é necessário mudar o foco da participação do nível da família-domicílio para o nível da família como rede social, incorporando as diversas relações sociais. Eles defendem uma atuação integrada, envolvendo as múltiplas redes sociais para viabilizar uma eficiente ação coletiva no controle do vetor, ao nível do bairro ou da comunidade, somado ao envolvimento dos setores privados e públicos responsáveis pela gestão de áreas que oferecem condições favoráveis para a proliferação dos mosquitos, sem desprezar as potencialidades específicas de cada gênero.

Desse modo, o estudo objetivou analisar a participação social na implantação da ecossaúde no contexto da dengue, respeitando e valorizando a questão do gênero na proposta de integrar as estratégias de controle da dengue na perspectiva de possibilitar uma transformação social e histórica da recorrência de surtos epidêmicos da enfermidade.

METODOLOGIA

Estudo de natureza exploratória, com enfoque de análise qualitativa, que se situou dentro de um marco conceitual mais amplo, caracterizado por uma Pesquisa Multicêntrica 3, financiada por UNICEF/IDRC & UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR).

Minayo (2010; p. 57) relatou que a abordagem qualitativa “se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

3 Pesquisa multicêntrica: “Eco-Bio-Social sobre Dengue e Doença de Chagas na América Latina e no Caribe.

O estudo foi realizado em cinco bairros do município de Fortaleza (Parreão, Messejana, Quintino Cunha, José Walter e Passaré), no período de junho de 2012 a junho de 2013. Estes fizeram parte da pesquisa multicêntrica e tiveram como diferencial a abordagem de ecossáude dentro do contexto típico, no tocante ao controle da dengue e aos fatores ecobiossociais 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. Essa condição associada ao processo de implantação do enfoque ecossistêmico no controle da dengue disponibilizou rica fonte de coleta de dados por meio de três principais técnicas de coleta de dados: análise documental - diários de campo produzidos pelos pesquisadores responsáveis nos agregados; observação sistemática dos agregados nos bairros Parreão e Passaré; a fim de ajuntar mais subsídios à análise de dados.

Examinou-se 55 diários de campo, e 12 observações sistemáticas. As informações preponderantes permitiram a contextualização do comportamento dos atores sociais, clareando a participação relacionada à equidade de gênero, nos momentos da abordagem integrada no controle da dengue. Para a análise do material qualitativo, optou-se pela modalidade de análise de conteúdo, que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo (MINAYO, 2010).

Os sujeitos da pesquisa compreenderam os profissionais de controle de endemias: supervisores de endemias (SE) e agente de controle de endemia (ACE); os educadores em saúde (ES); os agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeira

(Enf.) e os moradores (M). Para manter o anonimato dos participantes, elencou-se as iniciais dos atores sociais seguidas de um algarismo arábico sequencial, de acordo com a especificidade de cada função presente nos encontros e ações dos cinco agregados.

Na realização desta pesquisa, obedeceu-se à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e a aprovação do projeto guarda-chuva, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com o número de Protocolo 09553425-3.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo para implantação da abordagem ecossaúde foi constituído por 54 pessoas, sendo 27 mulheres e 27 homens, inseridos nas diversas categorias participantes durante a investigação, que compreendeu cinco bairros do Município de Fortaleza-CE, no período de 2012-2013. Na média geral da categoria morador, prevaleceu o sexo feminino. Já na categoria de profissionais de endemias -agentes de controle de endemias; supervisores de endemias e educadores em saúde obteve-se maior número de homens nas duas iniciais. Considerando os profissionais e trabalhadores de saúde implicados no processo- PSF, NASF e ACS houve predomínio do sexo feminino. Essas categorias serão explicitadas nos resultados e nas discussões.

Moradores

O público de moradores presente aos encontros realizados para implantação da ecossaúde correspondeu a um total de 20 pessoas, em que o gênero feminino atingiu 13 participantes (65 %).

Em consonância com o resultado atual, Gonçalves et al., (2012) detectaram uma maior disposição do sexo feminino na contribuição com seu estudo. Para eles a sociedade atribui as responsabilidades de cuidados com a casa ao sexo feminino, o que pode contribuir com a baixa participação e interesse dos homens, além do fato de a pesquisa ter ocorrido, geralmente, no horário de expediente.

Diaz et al. (2009) observaram que a participação de mulheres chegou a 70%, o que possibilitou as pessoas da mesma comunidade se organizarem, voluntária e livremente, em prol da vigilância e controle das condições ambientais que podem ocasionar a transmissão da dengue, além de educação dos residentes sobre ecossáude.

A aparente facilidade de abordar mulheres em estudos que favoreçam seu envolvimento e participação no tocante à saúde, mais especificamente, no controle da dengue, pode ter relação com sua presença marcante no ambiente doméstico, pois a mulher ainda exerce inúmeras funções dentro do domicílio, como: cuidar dos filhos, do homem e da própria residência (BRITO, 2011). Isto faz da mulher uma figura em potencial para o controle do *Aedes aegypti*, desde a rotina domiciliar para evitar seus possíveis criadouros (CLARO et al., 2004).

Matos (2012) ressaltou que, para ocorrer uma participação significativa no controle da dengue, é necessário o envolvimento dos atores nas práticas propostas pela abordagem de ecossáude. Detectou, no entanto, baixa adesão da comunidade, independentemente do gênero, ante os convites feitos à comunidade para participar das reuniões.

Costa et al., (2011) constataram que, nos anos de 2008 e 2009, o sexo feminino foi o mais acometido por dengue, apresentando, em sua maioria, as formas mais graves: dengue com

complicações e choque. Os dados corroboram a ligação da permanência da mulher no ambiente doméstico e as características domésticas do vetor, facilitando o evento (BARONI; OLIVEIRA, 2009).

As informações mencionadas demonstram a relevância do envolvimento da mulher nas estratégias de controle da dengue, embora a equidade de gênero seja buscada neste processo. Ações direcionadas ao público feminino podem trazer implicações positivas no sentido de envolver o homem, de forma indireta ou posteriormente, e, por fim, abranger toda a família no contexto da dengue.

Profissionais de Endemias

A categoria de profissionais de endemias situou o público masculino no topo, 18 pessoas (69%). O grupo de agentes de controle de endemias (ACE) configurou sete participantes (38,88%) do público masculino. Já o grupo dos supervisores de endemias demonstrou interesse em participar da pesquisa, representado por oito homens (44,44%) e três mulheres. Quanto ao grupo dos educadores em saúde houve uma quantidade aproximada nas participações, cinco pessoas do sexo feminino e três do sexo masculino (16,66%), apontando predominância feminina.

Matos (2012) demonstrou que o agente de endemias é comprometido com as questões referentes à dengue e buscou a adesão da comunidade. Porém referiu frustração devido à participação diminuta da comunidade, sem diferenciar o domínio de homens ou mulheres.

Oliveira (2004) configurou o universo masculino e jovem desses profissionais de controle da dengue. Já Maia et

al., (2013) mostraram outra realidade - a atuação de homens e mulheres no controle de endemias no Município de Natal/RN, com 50% de representação feminina. Acredita-se que o maior envolvimento de homens nessa profissão é motivado pelo trabalho, que requer o enfrentamento de situações que envolvem uso da força, perigo, o que favorece a notória presença de homens nessa função. Reforçada por Santana (2012), que referiu relatos da rotina de trabalho dos agentes experiências com assaltos e a transporte da escada ao percorrer grandes distâncias, casa a casa.

É consenso o fato de que cada agente de endemias esteja ligado, diretamente, ao supervisor de área que fará o elo entre os agentes e o supervisor geral. O último tem a função de planejamento, acompanhamento, supervisão e avaliação das atividades operacionais de campo, demonstrando conhecimento dos recursos técnicos empregados na vigilância e controle do *Aedes aegypti* (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2007); e, é claro, a importância dos supervisores no controle da dengue, em razão, inclusive, do seu poder de decisão e envolvimento com a gestão, com vistas a promover novas discussões acerca de inovações metodológicas de controle, é que se torna premente a sua participação nas ações em ecossáude.

Outro agente com papel fundamental no controle da dengue é o educador em Saúde. Gabriel (2013) mencionou que:

[...] o educador em saúde tem a função de facilitador das descobertas e reflexões dos indivíduos sobre os aspectos a modificar, levando em consideração a relação entre o indivíduo e o ambiente envolvente, estimulando-os a agir sobre as próprias vidas.

Esse autor referiu também que o desenvolvimento de profissionais qualificados, competentes na área de Educação em Saúde, é importante, pois afeta o desenvolvimento da promoção da saúde. Esses profissionais requerem novos conhecimentos e ideias para a ação, minimizando os efeitos do modelo tradicional de controle do dengue, pois

[...] o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005, p. 43).

Um ponto que chamou a atenção foi à crença de que a mobilização popular é tarefa exclusiva do educador em saúde. Sabe-se este papel é de todas as classes trabalhadoras e da população em geral - situação valorizada por Gomes e Mina-yo (2006), quando descreveram como uma das vantagens da abordagem integrada o envolvimento dos diversos atores sociais, empoderando sujeitos com base na participação social.

Acredita-se que, para o controle da dengue, é necessário percorrer caminhos alternativos, observar o enfoque multidisciplinar, somado aos programas tradicionais em curso, possibilitando resultados com maiores eficiência e eficácia (QUINTERO et al., 2009) aspiração esta suscitada pelo ES3 que sugeriu fazer encontros intersetoriais, a fim de proporcionar maior envolvimento da comunidade.

Supõe-se que mergulhar na prática da intersetorialidade traz uma série de dificuldades, a principal seria o intensivo vínculo com a formação verticalizada, modelo biomédico he-

gemônico. Lima e Vilasbôas (2011) expressaram para o avanço das práticas intersetoriais: compromisso coletivo, governamental e equipe condutora responsável pelo trabalho. Oliveira (1998) defendeu a ideia de que a mudança de hábito do sujeito está centrada na ampliação e fortalecimento das relações sociais, e não a produção de mais informações.

Trabalhadores e Profissionais de Saúde

Essa categoria representou a participação ínfima dos trabalhadores e profissionais de saúde, no estudo sob relatório, que se distribuíram nos grupos: agente comunitário de saúde (ACS); programa de saúde da família (PSF) e núcleo de apoio à saúde da família (NASF).

Nos diversos encontros promovidos para a implantação da abordagem integrada no controle da dengue, somente oito pessoas estiveram presentes, representando todos os grupos dessa categoria; foram seis (75%) participantes do público feminino. A representação do PSF foi surpreendente, pois apenas uma profissional e cinco (62%) pessoas marcaram a presença do ACS, sendo um homem e quatro mulheres.

Mertens (2007) destacou a importância de envolver os agentes de saúde que sejam moradores dos bairros onde trabalham no controle da dengue, facilitando os contatos com a comunidade e as ações de vigilância, para que se enraízem nas redes sociais. Em nenhum momento dos encontros, entretanto, foi referida por esses profissionais a efetivação da atribuição do ACS presente nas diretrizes da política de controle da dengue nacional (PNCD, 2002).

Acredita-se que a reduzida presença do ACS e dos profissionais de saúde nos encontros da pesquisa pode ter aconteci-

do em detrimento da alta demanda do setor saúde, que detém precária condição funcional e de infraestrutura, mediante as políticas públicas vigentes. Assim como a proposta do Programa que insinua a sedimentação das funções para a capacitação: os ACS's, nas ações de prevenção e controle da dengue e as equipes PSF, nas ações assistenciais para diagnóstico e tratamento das formas graves e hemorrágicas da dengue (PNCD, 2002).

Na opinião dos participantes da implantação da ecossáude, a presença do ACS seria uma solução para a recusa. Essa situação poderia ter sido amenizada, se houvesse a unificação das áreas geográficas de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos agentes de controle de endemias (ACE). Conforme as diretrizes do PNCD (2002) deve-se consolidar a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) nas ações de prevenção e controle da dengue, visando, principalmente, a promover mudanças de hábito da comunidade para manter o ambiente doméstico livre do *Aedes aegypti*.

Percebeu-se nos comentários dos participantes o fato de que o ambiente da pesquisa propondo uma abordagem integrada despertou o interesse dos agentes em apresentar soluções e a ter outra perspectiva, transpondo a intervenção tradicional, como se segue:

Os agentes de epidemia e os agentes comunitários devem se ajudar no sentido de facilitar a entrada nas casas. [...] (ACS - 2).

Essa área não tem ACS (ACS - 3).

Lá a comunidade é mais acessível à entrada dos agentes em suas casas. [...] o contato agente e comunidade é muito mais próximo,

uma vez que é facilitado pela presença de um líder comunitário [...] (ACS - 3).

Deveria ter uma maior participação da mídia em chamar essa população, para engajamento e controle das ações [...] (SE -2).

[...] o mais importante é a conscientização da população, deixar a população ciente [...] da responsabilidade de cada um [...] do ACS, ACE [...] e também da prioridade desse trabalho, o porquê de fazer esse trabalho de casa em casa [...] que muitas vezes no quarteirão o agente não consegue entrar nem em 10% do quarteirão... por quê? Porque as pessoas não conhecem [...] se tivesse uma maior divulgação [...] junto à comunidade (ES -1).

O plano de ação não é apenas para a dengue, e sim com todos os problemas já abordados aqui, e que tem que ser um plano contínuo, não pode parar (SE -9).

É necessário que o governo invista na comunidade para que ela participe dos encontros e qualquer outra mobilização que é realizado, e que insistir é um ponto forte, que aos poucos às pessoas vão sensibilizando uns aos outros e cada um vai aderindo o que é promovido (SE - 10).

O SE-4 relatou que sempre nas reuniões inerentes ao trabalho deles, é realizado o convite para o comparecimento de um membro da companhia de água. No entanto, não há o comparecimento de nenhum representante. A CAGECE afirma que o abastecimento ineficaz está relacionado ao uso clandestino de água, por parte dos moradores, dificultando o fluxo da água (P -12).

Esse tipo de ação provoca no morador a importância do cuidado definitivo no que diz respeito ao depósito caixa d'água em função da doença dengue (ES - 4).

Se o abastecimento fosse regular, não haveria tanta oferta para o mosquito (SE - 7).

O panorama dos agregados, no relacionado às categorias profissionais e gêneros, evidenciou que o bairro de Messejana contabilizou o valor mínimo de moradores uma mulher, assim como o grupo de trabalhadores e profissionais de saúde, com um ACS do sexo feminino. A presença do NASF aconteceu exclusivamente no bairro Quintino Cunha, ao passo que o bairro do Passaré não contabilizou presença dos trabalhadores e profissionais de saúde e teve menor número de participantes. Já o bairro Parreão teve o maior número de ES e SE, com predomínio do sexo masculino, que teve a única participação do profissional do PSF. O José Walter destacou-se pelo maior número de mulheres participantes, principalmente na categoria de moradores.

Dantas et al. (2009), no âmbito histórico, relataram que a saúde é responsabilidade de variados setores da sociedade: público, privado, ONGS e a sociedade, por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, sendo necessário que se envolvam na discussão acerca da qualidade de vida individual e coletiva.

Assim, o desafio que se impõe, conforme os pensamentos de Derrida (2001) está na transformação de uma cidadania acostumada a exigir e a participar de projetos comuns, para assumir as responsabilidades, visto que ainda persistem os conceitos tradicionais de participação - aspirações estas possíveis pelas ações da abordagem ecossáude.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da ecossaúde no controle da dengue, certamente, recebeu influência dos aspectos de singularidade, culturais, socioeconômicos e de produção social, inerentes aos atores sociais, considerados determinantes para as novas formas de pensar e agir no controle da dengue, assimiladas e evidenciadas pelos participantes. Notou-se, inclusive, que as mulheres moradoras predominaram, em algumas categorias, e fortaleceram a crença de que são peças-chave para a mobilização e o envolvimento da comunidade nas ações de prevenção da doença.

Esse panorama denotou a importância da participação social, da atuação multissetorial e da equidade de gênero para a concretização da abordagem integrada no controle dessa enfermidade, além dos outros princípios, embora a participação social tenha estado aquém do potencial de cada agregado investigado. Com arrimo nessa constatação, crê-se que será possível percorrer novos caminhos o entendimento e promoção da participação social e equidade de gênero, pressupostos da ecossaúde, no controle da dengue, e, por sua vez, realçar o envolvimento das mulheres como personagens importantes para a solução efetiva e sustentável - realidade que estimulou o entendimento da relação saúde e meio ambiente com vistas à condição de contribuir para a Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev., 2005.

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

BARONI, C.J.; OLIVEIRA, T.B. Aspectos epidemiológicos da febre clássica da dengue, em Giruá – RS. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v.41, n.4, p.289-293, 2009. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_41_04/rbac_41_4_010.pdf>. Acesso em: 02.09.2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_225_.shtm>. Acesso em: 23 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Dengue, Instituído em 24 de julho de 2002, Brasília, 2002.

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

BRITO, Jussara Cruz de. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2000.

BRITO, S. M. de C. Utilização da água em domicílio ea dengue: uma questão de gênero. 2011. 147f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2011.

CAPRARA, A.; MARINHO, A.C.P.; LIMA, J. W; SANTANA, E. W. DE P. (Coord.). Relatório final da pesquisa ecobiossocial sobre dengue no Brasil. Fatores eco-bio-social que afetam a dinâmica de transmissão de dengue em Fortaleza, nordeste do Brasil: urbanização, dinâmicas comunitárias, responsabilidade política e a dengue

em Fortaleza, um estudo de análise eco-bio-social. Fortaleza [sn], jan. 2006.

CAVALCANTI, Luciano Pamplona de Góes. Complexidade das intervenções para o controle da dengue. In: ecossáude, uma abordagem ecobiossocial: percursos convergentes no controle do dengue. CAPRARA, Andrea; OLIVEIRA, José Wellington de; PEIXOTO, Ana Carolina Rocha. Fortaleza: Ed.UECE, 2013.

CLARO, Lenita Barreto Lorena; TOMASSINI, Hugo Coelho Barbosa; ROSA, Maria Luiza Garcia. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1447-1457, nov-dez, 2004.

COSTA, A. G. da et al. Dengue: aspectos epidemiológicos e o primeiro surto ocorrido na região do Médio Solimões, Coari, Estado do Amazonas, no período de 2008 a 2009. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 44, n. 4, p. 471-474, jul-ago, 2011.

DANTAS, V. L. A.; RESENDE, R.; PEDROSA, J. L. S. Integração das políticas de Saúde. [S.l.]: [s.n], 2009.

DERRIDA, J. A solidariedade dos seres vivos: entrevista com Evandro Nascimento. Folha de São Paulo, São Paulo, 27 de maio de 2001, Suplemento Mais!, p. 12-16.

DIAZ, Cristina et al . Estrategia intersectorial y participativa con enfoque de ecosalud para la prevención de la transmisión de dengue en el nivel local. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, supl. 1, p. S59-S70, 2009.

ESCOREL, S; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Orgs.) Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro, Cebes, p. 229-247, 2009.

GABRIEL, H. M. N. Profissão: Educador de Saúde Opinião de docentes, não docentes e profissionais de saúde relativamente à formação profissional e específica de Educadores de Saúde. Disponível em:

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5772/1/Tese%20MCE_H%C3%A9lia%20Gabriel_2013.pdf> . Acesso em: 30 de mar. de 2014.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002. Suplemento.

GÓMEZ, C.M.; MINAYO, M, C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. *Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, v.1, n.1, ago. 2006. Disponível em: < http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/artigos.asp?ed=1&cod_artigo=11>. Acesso em: 15 de maio de 2010.

GONÇALVES, R. C. et al. Dengue em Urutaí, GO: conhecimentos, percepções da população e condições sanitárias de suas residências. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 37, n. 1, p. 36-43, Jan/Abr. 2012.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LEBEL, J. *Health in focus. A ecosystema approach*. Canadá: [s.n.], 2003.

LIMA, E. C.; VILASBÔAS A.L. Q. Implantação das ações intersetoriais 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.

MAIA, L. S. et al. Conhecimentos dos agentes de endemias: aplicação de bases teóricas sobre saneamento e ambiente. *Vigilância Sanitária em Debate*, v. 1, n. 3, p. 27-34, 2013.

MATOS, A. P. C.. *Do conhecimento à ação: Prevenção e controle da dengue com base nas diretrizes da eossaúde*. 2012. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2011.

MERTENS, F. Resenhas book reviews: abordagem ecossistêmica em saúde: ensaios para o controle do dengue. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, mar. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi>.

- org/10.1590/S0102-311X2007000300033>. Acesso em: 20 ago. 2012.
- MINAYO, M. C. S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M.C.S. Enfoque Ecosistêmico 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, 2002a. p. 173-190.
- OLIVEIRA, M. V. A. de S. C. A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E A PRÁTICA DOS AGENTES DE CONTROLE DAS ENDEMIAS DE CAMARAGIBE: UMA CIRANDA QUE ACABA DE COMEÇAR. Revista APS, v. 7, n. 2, p. 66-79, jul./dez. 2004.
- OLIVEIRA, R.M. A Dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 14, sup. 2, p. 69-78, 1998.
- OLIVEIRA, R. M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.14, sup. 2, p. 69-78, 2009.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA EM SAÚDE. Enfoques ecossistêmicos em saúde: perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, 2009.
- PASSO, C. J. S.; MERTENS, F.; TÁVORA, R.; QUESADA, R.; JOODE, B. V. W.; MEGLER, D.. In ECOSSAÚDE, UMA ABORDAGEM ECO-BIO-SOCIAL PERCURSOS CONVERGENTES NO CONTROLE DA DENGUE. ORGS: Andrea Caprara A; OLIVEIRA JWJ; PEIXOTO ACR, ED. UECE, p. 41-54, 2013.
- PUTNAM, R. D. Comunidade e Democracia: a experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1996.
- QUINTERO, J. et al. An ecosystemic approach to evaluating ecological, socioeconomic and group dynamics affecting the prevalence of *Aedes aegypti* in two Colombian towns. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, Sup. 1, p. S93-S103, 2009.

SANTANA, R. P. Subir escadas, tirar telhas, descer poços: análise do trabalho dos agentes de controle de endemias no cenário da dengue através da abordagem ecobiosocial. 2012. 106f. Dissertação (mestrado) – Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2012.

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. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 177- 196, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. Dengue: orientações técnicas para pessoal de campo. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/publicacoes/manuais_cartilhas/Manual_de_Campo_Dengue.pdf>. Acesso em: 31 de mar. 2014.

SOUZA, V. M. M. et al. Avaliação do conhecimento, atitudes e práticas sobre dengue no Município de Pedro Canário, Estado do Espírito Santo, Brasil, 2009: um perfil ainda atual. *Rev Pan-Amaz Saude*, v. 3, n. 1, p. 37-43, 2012.

STRECK, D. R. Educação popular e pesquisa participante: a construção de um método. In: STRECK, D. et al. *Leituras de Paulo Freire: contribuições para o debate pedagógico contemporâneo*. Brasília: Liber livro, 2010.

TEIXEIRA, M. G. et al. Dengue: vinte e cinco anos de reemergência no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 sup 1, p. S7-S18, 2009.

WINCH P. J.; LLOYD L. S.; HOEMEKE L.; LEONTSINI, E. Vector control at the household level: an analysis of its impact in women. *Acta tropica*, v. 56, p. 327-339, 1994.

CAPÍTULO 7

PRÁTICAS DE PREVENÇÃO DA DENGUE SOB O OLHAR DAS FAMÍLIAS, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS ATORES ENVOLVIDOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DO VETOR

*Adriana Ponte Carneiro de Matos
Cynthia Monteiro Vasconcelos Motta
Edina Silva Costa
Selma Nunes Diniz
Andrea Caprara
Francisco José Maia Pinto*

INTRODUÇÃO

A dengue representa um desafio para a Saúde Pública, sendo considerada doença reemergente e a arbovirose mais comum e mais distribuída no Mundo (OMS, 2009). O aumento da prevalência do dengue tem levado as autoridades sanitárias a considerarem-no como um dos principais problemas de saúde pública de todo o mundo e com isso, dispor de recursos para o enfrentamento dessa problemática.

Seguindo uma sazonalidade, existe associação intensa entre as condições climáticas e a incidência da dengue (DONALISIO & GLASSER, 2002), de forma que a morbidade está associada positivamente com a estação chuvosa, pois o vetor prolifera mais com uma umidade relativa alta (ARUNACHALAM et al, 2010). Além disso, as mudanças demográficas e o intenso fluxo migratório rural-urbano geram o crescimento

desordenado das cidades e favorecem a proliferação do vetor com as precárias condições de saneamento básico (BRAGA & VALLE, 2007).

A relação entre o abastecimento doméstico de água e a presença de vetor também é um fator relevante, pois tanto o fornecimento irregular de água quanto a falta de água encanada podem levar a uma presença maior de criadouros; e também o aumento no uso de embalagens descartáveis para produtos industrializados contribui para o acúmulo de recipientes que se tornam possíveis focos do mosquito. Essas embalagens e outros produtos são descartadas e até mesmo reaproveitadas pela população com finalidades diversas e mantidos no espaço doméstico, quase sempre mal acondicionados, em função das condições precárias dos domicílios (CLARO, TOMASSINI, ROSA, 2004).

Braga e Valle (2007) acentuam que, apesar dos esforços públicos para uma meta de controle da doença, a dengue permanece como endêmico, com esporádicas epidemias no Brasil. Mais recentemente, Teixeira (2008) refere ainda que dificuldades em controlar as infecções são vislumbradas por diversos países, como no Brasil, evidenciando que o conhecimento científico neste campo da prevenção ainda é insuficiente para combater esta virose. Nesse sentido, sabe-se que ainda não se dispõe de medicamentos específicos para as pessoas acometidas por dengue, não se dispõe de vacina segura e eficaz, e dessa forma, ao longo dos anos, o controle desta virose se manteve centrado apenas no combate ao seu vetor.

Pérez - Guerra et al (2009) confirmam que o controle do mosquito transmissor foi iniciado por meio de uma política centralizadora e vertical, caracterizada por programas praticamente militarizados, com o uso de inseticidas, que, combi-

nados, promoveriam a redução do número de criadouros de mosquitos. Posteriormente, constatou-se que programas com essas características não se sustentam ao longo dos anos e das mudanças sociais.

Dessa maneira, as políticas de controle do dengue nas Américas se resumiram ao combate ao vetor, o *Aedes aegypti*, único transmissor com importância epidemiológica nessa região. Para diminuir os criadouros do vetor, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) preconizou o saneamento ambiental e o controle químico e propôs o incentivo à participação comunitária, com fortalecimento das atividades de Educação em Saúde. Verifica-se, entretanto, que as campanhas educativas centradas na divulgação de informações não produzem mudanças significativas de comportamento, apesar de atingirem a população, proporcionando conhecimento sobre a dengue, seus vetores e as medidas de controle.

No artigo de Zambrini (2011), sobre as lições aprendidas durante a epidemia de dengue de 2009 na Argentina, o autor ressalta que, na época, o País apresentava condições ambientais favoráveis para o estabelecimento do mosquito transmissor, com zonas urbanas expressando uma densidade populacional alta e com empobrecimento das condições de vida, e o sistema de vigilância epidemiológica já previa a vulnerabilidade da população. A falta de articulação entre setores desfavoreceu, no entanto, a abordagem ante os determinantes sociais e a definição de prioridades.

Uma experiência de Schweigmann e colaboradores (2009), com suporte nesse contexto vivenciado na Argentina, estimulou intervenções por meio da articulação do programa de controle do vetor com o setor da Educação, partindo do princípio de que a informação adequada é o fator decisivo (apesar de não

suficiente) para a apropriação do conhecimento e no favorecimento de adoção de práticas ambientais saudáveis.

Em outra experiência, com base na temática da intersectorialidade, Lima & Vilasbôas (2011) descrevem a implantação de ações intersectoriais para o controle do dengue na Bahia, Brasil. Os autores defendem a criação de um comitê intersectorial, com uma equipe condutora responsável pelo trabalho, a qual tenha capacidade técnica e política, com as condições de conduzir, acompanhar e avaliar as atividades e estimular a articulação entre os vários setores, dissipando as barreiras disciplinares.

Apesar de estudos mais recentes (SOMMERFELD & KROEGER, 2012; ARUNACHALAN et al, 2012), somados às reflexões das experiências de controle da dengue confluírem para o estímulo ao controle pautado na intersectorialidade e na participação comunitária, é necessário ressaltar que uma mobilização em Educação em Saúde, por si só, não é capaz de produzir mudanças e controlar problemas de saúde. Para tanto, é necessário que o controle da dengue adquira uma visão mais ampla e possa ser atuante nos determinantes ecobiossociais que envolvem essa enfermidade (TEIXEIRA, 2008; ARUNACHALAM ET AL, 2010, TANA et al, 2012). E, 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.

Na contextura desta realidade, questiona-se: quais os papéis dos vários atores sociais, no cenário da dengue em Fortaleza? Como realizam suas atividades de controle da dengue? O que fazem para diminuir os fatores determinantes da dengue? Como cada um deles se articula para melhorar o controle da dengue?

Estes questionamentos, somados à oportunidade de participação no Estudo Multicêntrico - “Pesquisa Ecobiossocial sobre Dengue e Doença de Chagas na América Latina e no Caribe” desenvolvido pela Universidade Estadual do Ceará, nos instiga a dialogar com os atores sociais, com o objetivo de analisar a perspectiva de familiares, profissionais de saúde e atores do programa de controle do dengue sobre seu papel presente as práticas de prevenção.

METODOLOGIA

Este é um experimento de abordagem qualitativa, realizado no período de janeiro de 2011 a maio de 2012, com base no protocolo central do Estudo Multicêntrico “Pesquisa Ecobiossocial sobre Dengue e Doença de Chagas na América Latina e no Caribe”. O estudo adotou uma perspectiva antropológica, baseada principalmente em métodos qualitativos e, no Brasil, a respectiva análise foi realizada em áreas selecionadas do Município de Fortaleza-CE.

Administrativamente, o Município de Fortaleza está dividido em seis regiões, cada uma delas sob o comando de uma Secretaria Executiva Regional (SER). Foram selecionadas dez áreas para o estudo após de sorteios de recortes do mapa do Fortaleza, de forma que a cada recorte correspondesse uma localidade com cerca de 100 imóveis.

Foi realizado um total de 66 visitas observacionais, nos domicílios correspondentes e 31 entrevistas foram gravadas e transcritas; e as observações-participantes, bem como as conversas informais com os moradores da área, foram anotadas em diários de campo e, posteriormente, codificadas, analisadas e interpretadas.

Para complementar foram realizados grupos focais para cada área do estudo agrupando as categorias de atores sociais

investigadas: familiares, profissionais de saúde (Equipe de Saúde da Família) e atores do programa de controle da dengue.

Adotou-se como ferramenta para organização e análise dos dados da pesquisa, o *software Qualitative Solutions Research N-vivo* (QSR), versão 2.0. Inicialmente, 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, se relacionou passagens dos textos a categorias que o pesquisador desenvolveu com base nos seus objetivos e na compreensão geral do texto (KELLE, 2012). A esse passo denomina-se codificação, e a cada categoria o *software N-vivo* denomina de *Node*. Para o ensaio sob relatório, as passagens foram relacionadas *afree nodes*, ou seja, códigos livres ou não hierárquicos. A lista resultante das passagens dos textos selecionados foi exportada para o *software Microsoft Word 2007*, e, assim, os dados puderam ser analisados com apoio na identificação dos núcleos de sentido e sua posterior análise e interpretação (MINAYO, 2008).

As categorias analíticas que emergiram durante a análise dos dados foram: A divergência sobre seu papel no controle da dengue e os interesses dos atores; A participação como prática de prevenção e A necessidade de integração.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A divergência sobre seu papel no controle do dengue e os interesses dos atores

Os resultados apontaram para uma complexa divergência entre os interesses e papéis dos diferentes agentes sociais no cenário da dengue em Fortaleza. As informações colhidas

retratam a complexidade em que cada ator social se insere se percebe e se envolve nas ações de combate, prevenção e controle desta doença.

Nas falas dos profissionais de saúde, destaca-se:

As pessoas sabem, é muito divulgado pelos meios de comunicação. Mas lá na periferia mesmo, fazer o trabalho em si, que é evitar os criadouros do mosquito é difícil. O grau de instrução é menor (P- ÁREA 10).

As pessoas com descuido deixam caixa d'água aberta, acumulam lixo. [...]. Tem também a falta de conscientização e educação, muitas pessoas aglomeradas, a falta de abastecimento de água, reservatórios de estoque (P- ÁREA 4).

A informação tem. Todos sabem o que é dengue. Mas não cuidam das suas casas (P - ÁREA 3).

As falas dos profissionais atribui a disseminação da dengue ao descuido da população e registram o desconhecimento da necessidade de desempenhar o seu papel de profissional de saúde, com uma reflexão do que pode ser melhorado, em suas ações e atitudes. Esta atitude é negativa, visto que, conforme Zagury (2006), a culpabilização que ocorre quando se imputa responsabilidades isoladas na forma de eleição automática de culpados dentro da complexidade do contexto, configura uma maneira simplista de debater os problemas que dificulta sua solução.

O papel dos profissionais da Equipe de Saúde da Família inclui a conduta de se integrarem com a comunidade, buscando conhecer a realidade vivida por parte de cada integrante, seja individual ou coletivamente, com o intuito de melhorar a

qualidade de vida dos integrantes da comunidade, assumindo uma postura de agente de transformação e motivando a participação popular. O profissional deve buscar entender e atender as necessidades reais e potenciais da pessoa seja esta no seu convívio familiar, coletivo ou individual (SCHULTZ, 2008).

Nos depoimentos dos atores envolvidos no controle da dengue, sobressaíram-se:

Deveria ter mais agentes. O correto era ter uma visita a cada dois meses. Ou seja, seis visitas em um ano. Tem quadra que fica cinco meses sem ser visitada, e algumas uma vez ao ano (C-ÁREA 7).

[...] Uma grande reclamação da população é o fato da prefeitura não realizar mais a distribuição de telas para vedação. Antigamente isso era feito, mas agora os próprios donos da casa precisam comprar suas telas (C-ÁREA 4).

Rapaz, eu considero nosso papel muito importante né? Porque a gente tá conscientizando a população e salvando as vidas dela. A gente está eliminando o foco do mosquito... Eu creio que a população tinha que ter mais consciência né? Porque o que já repassado por televisão, pela gente mesmo, eu acho que já é bem amplo né? E pra eles tanto faz como tanto fez! (C-ÁREA 1).

Bem, nosso trabalho é basicamente procurar, encontrar e eliminar os focos do mosquito *Aedes aegypti*, né? Esse é o nosso trabalho. E dar a educação sanitária aos moradores e a população, para como se evitar os criadores em sua residência [...] (C-ÁREA 3).

As falas dos agentes de endemias revelam que estes assumem um papel que denominam de “conscientização”, porém, contraditoriamente a esta proposta, todos reconhecem que suas ações são ineficazes, haja vista que, para eles, a população não cumpre o seu papel. Percebe-se, mediante seus discursos, que os agentes de endemias também inculpem o outro, seja a Prefeitura, seja o Governo do Estado ou ainda, a comunidade.

O conteúdo ofertado pelos agentes de endemias não encontra eco na população, simplesmente porque a comunidade não interioriza os conceitos procedentes da abstração científica inserida nos materiais produzidos. Infere-se que o trabalho nominado de conscientização segue a proposta educativa tradicional, cuja prática se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante, sem haver uma preocupação com a aplicação dos conteúdos no cotidiano do educando (MARTINS, GARCIA, PASSOS, 2008).

Assim, a conscientização referida pelos agentes de endemias parece seguir um processo educativo de caráter verticalizado, que não encontra resposta na comunidade. Esta realidade é preocupante, considerando-se que, ao agente comunitário de endemias (ACE), competem ações como Educação em Saúde, a mobilização comunitária, a identificação de criadouros, e que o distanciamento decorrente deste tipo de comportamento dos ACEs compromete a eficácia da Educação em Saúde por eles promovida.

Corroborando as dificuldades citadas nos discursos, o pretense papel de educação, visando à mudança de hábito da comunidade com relação às medidas preventivas de controle da dengue é falho pela quantidade de ACEs disponíveis e pelo pouco tempo dispensado em cada imóvel com a finalidade de atingir o percentual necessário.

Nas falas dos membros das famílias, chamou atenção:

As visitas dos agentes de endemias deveriam ocorrer com uma frequência maior, pois atualmente só ocorrem cerca de 3 em 3 meses e com o tempo acabo esquecendo de tomar os cuidados com a água parada... Eu acho muito bonito, porque quem combate é eles mesmo (MF- ÁREA 4).

[...]. O governo já deveria ter uma ação mais eficiente, já que esperar pela participação não resolve... Num instante criam vacina para gripe, por que não tem para dengue? Já está com tanto tempo... (MF- ÁREA 5).

A dengue a gente só vê falar mal. O problema é do governo, que não cuida da gente. Esse posto de saúde aí não serve pra nada. Nunca tem médico (MF- ÁREA 1).

Às vezes, por que vê a casa assim... às vezes coloca... a própria vizinha aí, às vezes coloca lixo... o lixo aqui da minha casa é condicionado em sacos plásticos... copinho aparece aí, mas meu não é... (MF – ÁREA 9).

De quem é a culpa? Das pessoas, que deixam acumular. Não tem higiene. Eu tenho que fazer né? Lá em casa é bomba de puxar água, não é Cagece. Eu encho o balde pra tomar banho, mas logo seco... A prefeitura deve fazer mais visitas às casas, pois a gente cai na rotina e a gente esquece (MF- ÁREA 2).

A culpa é da população, eu faço a minha parte tem gente que não [...] (MF – ÁREA 6).

De novo parece evidente nas falas da comunidade o fato de que o “problema” é sempre do outro ou pertence ao ou-

tro, seja este o vizinho, a Prefeitura ou os órgãos competentes. Também a responsabilidade passa a ser do outro e a pessoa não se enquadra como sujeito ativo e participativo no processo de prevenção e controle da dengue.

Salta a sensação de que a comunidade ainda não se apropriou do seu papel, como sujeito ativo de transformação da realidade, neste caso, a dengue em nosso meio.

A participação comunitária como prática de prevenção

Foi observado, com arrimo nas informações coletadas que os atores - sejam eles profissionais de saúde, atores do controle da dengue ou mesmo membros da comunidade - acreditam que uma boa prática de prevenção decorre da conscientização e da participação comunitária, mas ressaltam também a dificuldade em atingi-la:

Eu creio que se não fosse o nosso trabalho [de controle], estaria pior do que está. [...]. A tecla que a gente bate mais é a conscientização do morador. Mas aí não depende só do agente sanitarista, depende sim do morador. Ele tem que tomar ação (C - ÁREA 10).

[...]. A gente ensina como é que se lava o pote. Você lava aquele pote pra ele [o morador] ensinando, quando você passa 2, 3 meses depois, ele está esperando você pra lavar. Tá entendendo? Ele fica acomodado! A população mesmo se acomoda, porque eles sabem que tem uma pessoa que vai chegar lá e vai fazer aquilo (C - ÁREA 1).

A dengue é um besouro maligno, que se fer-roar uma pessoa, a pessoa tá ferrada! Então o

morador tem que cuidar da casa para não ter febre, dor de cabeça, vômito. Eu não posso dizer muito porque nunca vi pessoalmente. Por aqui não tem isso não! Não conheço ninguém que já pegou. O que a gente sabe é mais o que passa no rádio e na televisão (MF – ÁREA 1).

O trabalho dos agentes é bom, eles estão sempre por aqui, falta à população participar (MF – ÁREA 3).

Os discursos anteriores retratam que, apesar de todas as categorias de atores afirmarem a importância da participação comunitária para a prevenção da doença, dá-se muito crédito ao trabalho dos agentes de controle de endemias, mas pouco se observa de mudança nas práticas das comunidades.

Estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas no Nordeste brasileiro aponta essas informações, quando ressalta que os moradores ficam à espera de uma ação do agente de saúde para realizar atividades que poderiam ser incorporadas em sua rotina doméstica.

Em estudo de Reis, Andrade e Cunha (2013), seus dados empíricos apontam que, pela lógica dos profissionais envolvidos no controle da dengue, a população confia nos agentes públicos para realizar as práticas de higiene ambiental no domicílio e que, pela lógica da população, dá-se pouco crédito à ocorrência e gravidade da doença.

Primeiramente, é importante salientar que alguns estudos (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011) sobre conhecimento da população mostram que a taxa de acerto em inquéritos feitos sobre o vetor e a doença é alta, mas que isto não se reflete na prática. Assim, não apenas o conhecimento é importante, mas, para Reis, Andrade e Cunha (2013), é necessária uma

abstração bastante elaborada para entender como um vírus, ser invisível, pode causar transtornos tão intensos e só depois desse processo é possível realizar atividades para estimular uma participação comunitária, já que “só consegue-se fazer a população querer algo quando ela entende a necessidade das ações” (REIS, ANDRADE, CUNHA, 2013, p. 523).

O mais difícil de acabar com a dengue é justamente pela mudança de consciência do povo, porque eu acho que informação não falta né? Nós estamos passando de mês em mês em uma casa; na televisão é só o que tem é comercial e propaganda a respeito da dengue [...]. A gente trata hoje, elimina o foco, mas quando passa o outro ciclo o foco tá lá, às vezes até no mesmo depósito (C- ÁREA 3).

A função é eliminar o mosquito e ensinar a população como é que se previne. A gente trabalha na parte da prevenção e no combate, porque se a gente tá combatendo a gente tá prevenindo (C – ÁREA 5).

Percebeu-se uma lacuna nas campanhas educativas, cujos conteúdos não conseguem ensinar a conscientização popular. Para Freire (1999), o ponto crítico da educação é a conscientização, que deve ter como consequência a promoção de uma mudança entre as pessoas, que sairiam de um estágio de alienação para uma atitude de reflexão - ação. Esse teorista defende a pedagogia que estabelece relação de igualdade e criticidade, entre educador e educando, em que ambos são herdeiros de experiências, criando e recriando, integrando-se à realidade, enfrentando desafios e apreendendo seus papéis no âmbito dos seus contextos biopsicossociais.

A necessidade de integração

Algumas informações coletadas refletem que mesmo os discursos dos atores apontando uma culpabilização, alguns concordam com a ideia de que a integração entre os atores seja um elemento-chave para o controle da dengue, e, assim, necessita de reunir esforços de vários campos para atingir os fatores ecobiossociais envolvidos na manutenção e dispersão desse vetor:

Tem ainda a questão governamental só vão olhar pra dengue quando tá na epidemia, não é utilizado na prevenção (P-ÁREA 4).

[...]. A dengue não é só o posto de saúde não. Tem que ter mais profissionais. Tem que ter materiais para o trabalho. Tem que ter saneamento. Não adianta você tratar de dengue só no posto se existem caixas d'água, águas paradas, esgotos... tudo isso contribui. Há pessoal sem condição de ajeitar a caixa d'água, isso contribui... (P-ÁREA 1).

As falas anteriores refletem a noção de que os profissionais também associam a disseminação da dengue à falta de condições de trabalho e a ausência de ação efetiva dos atores políticos para o controle da doença.

A segunda fala reflete a necessidade da intersetorialidade no controle do dengue. Lima & Vilasbôas (2011) ressaltam que a intersetorialidade pode se tornar um dos eixos principais para a consolidação de um sistema de saúde mais efetivo, porém implica mudanças, seja na gestão, ainda muito setorializada, seja na implantação de políticas públicas saudáveis e de promoção da saúde, evitando a subordinação de um setor a outro e exigindo maior articulação com membros da população.

[...]. Têm equipes que fazem isso, as visitas domiciliares, os agentes de saúde. E aí, vem o mesmo problema da equipe de saúde da família que estão sempre incompleta falta médico, falta enfermeira, ou não são cobertos. A gente vê a sobrecarga dos exames laboratoriais. A gente tá vivendo uma epidemia. Ninguém ouve falar de alocação de recursos para isso, que foi contratado uma equipe de campanha, que a prefeitura fez contratações de equipes extras... A gente continua trabalhando com a mesma máquina, a mesma quantidade de profissionais que trabalham em dias normais. Acho que a gente tem que falar do lixo, da própria falta de contratação de agentes de endemias para vasculhar mesmo esses terrenos baldios (P-ÁREA7).

É importante salientar que como parte integrante da Equipe de Saúde da Família, os profissionais devem ser peças-chave, a fim de romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender suas ações para toda a comunidade, responsabilizando-se pelo território fundamentado pelos referenciais da vigilância e promoção da saúde (ALVEZ, AERTZ, 2011). Os profissionais concordam, no entanto, com a ideia de que, isoladamente, a prevenção da dengue não é eficaz e necessita de uma série de atividades, justificadas por Sommerfeld & Kroeger (2013), já que a complexidade dos contextos ecobiossociais ressaltam repetidamente, que o controle da dengue exige uma abordagem intersetorial que combine práticas de gestão ambiental com a mobilização da comunidade.

Uma vez me deram um papel, no centro social urbano (onde fica o posto), mas foi só essa vez, porque lá no posto eles não explicam nada, não ensinam nada! Acho que

a dengue atua mais quando tem água limpa parada, canto brejado e quando chove muito, mas na caixa d'água não dá não! (MF - ÁREA 1).

Não tem outra pessoa para combater não. E o povo cooperar também, porque se não cooperar não vai acabar nunca esse negócio da dengue. É importante o trabalho dos agentes de endemias, mas infelizmente a prefeitura não dá crachás e fardas aos mesmos (MF - ÁREA 7).

A população é mobilizada, mas enquanto não acontece com alguém da família, não mudam! Existe informação, o que falta é educação! A responsabilidade deve ser de todos! ... Há dois anos teve a campanha 'casa limpa, exemplo de saúde', na qual a pessoa da comunidade que mantivesse a casa sempre limpa ganhava prêmios [...]. No CSF sempre tem panfletos, e tem também uma maquete no posto 'casa limpa, casa suja', com um ACS ensinando e informando o povo sobre a dengue e o que deve ser feito em casa para evitar (C-ÁREA 4).

Oportunamente, parece que ocorre uma cultura governamental, que está implicitamente presente nos discursos de todos os atores sociais, de individualização das questões de prevenção e combate da dengue, em que o culpado direto pela doença é o vetor (*Aedes aegypti* como mosquito transmissor) e que a população só é acometida pela doença, por não ter assumido o seu papel e praticado as orientações de controle e prevenção da doença, deixando escondidos o descomprometimento dos governantes e o mau funcionamento dos serviços públicos (VALLA et al, 1998).

Analisando os resultados, emerge alguns questionamentos: a atitude e as informações dos profissionais de saúde e dos ACEs potencializam as ações de combate e prevenção da dengue junto à população? Talvez a ampliação e o fortalecimento das redes sociais sejam mais efetivos na adesão de cada um dos sujeitos e no cumprimento de seu papel. A valorização dos atores sociais e o apoio aos sujeitos pode efetivar uma transformação no contexto da dengue bem mais eficaz do que a simples melhoria dos conteúdos das informações e as formas de transmiti-los. A posição do Estado, que deixa a desejar em suas políticas públicas de vigilância sanitária, de coleta seletiva de lixo, de pavimentação das ruas e de abastecimento de água, entre outras, não pode focar apenas os agentes de endemias e de saúde, os profissionais da ESF e a população como principais transformadores da situação endêmica da dengue no Ceará.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após extensa trajetória em busca de respostas para a problemática situação da dengue na cidade de Fortaleza, os resultados desvelaram que ao analisar a perspectiva de cada sujeito integrante deste projeto sobre o seu papel na prevenção e no controle do dengue, foi possível perceber comportamentos de culpabilização do outro no processo de disseminação da doença, de maneira que os papéis, social e individual, do ator social não são assimilados, o que corrobora a pouca eficácia das estratégias educativas para o controle e prevenção da dengue.

Dessa maneira, os profissionais entendiam que as famílias não cumpriam seu papel de providenciar o descarte correto dos resíduos sólidos e cuidar dos seus depósitos, enquanto membros da família relatavam o papel fundamental do agente sanitário e vários fatores intimamente ligados à proliferação

do mosquito, que dependiam da gestão pública, entre os quais a precariedade da coleta de lixo, do acesso do caminhão de lixo às ruelas, do gerenciamento do lixo, o irregular abastecimento de água, a falta de saneamento básico etc.

Com a ideia de que os atores sociais necessitam de um espaço que facilite a promoção da integração e debata sobre os determinantes da dengue em suas respectivas localidades. Ante tais achados, parece necessário investir na almejada intersectorialidade e participação social, em busca de um 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.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G.; AERTZ, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciências & Saúde coletiva*, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

ARUNACHALAM, N.; TANA, S.; ESPINO, F. et al. Eco-bio-social determinants of dengue vector breeding: a multi-country study in urban and periurban Asia. *Bull World Health Organ.*, n. 88, p. 173-184, 2010.

ARUNACHALAM, N.; TYAGI, B. K.; SAMUEL, M. et al. Community-based control of *Aedes aegypti* by adoption of ecohealth methods in Chennai City, India. *Pathogens Global Health*, v. 106, n. 8, p. 488-96, 2012.

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível online: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pncd_2002.pdf. Acesso em: 08 nov. 2012.

CLARO, LBL; TOMASSINI, HCB; ROSA, MLG. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1447-1457, 2004.

DONALISIO, M. R.; GLASSER, C. M. Vigilância entomológica e controle de vetores do dengue. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 5, n. 3, 2002.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. Coleção Leitura. 1999.

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.

LIMA, E. C.; VILASBÔAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue, na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 8, p. 1507-1519, 2011.

MINAYO, M. C. S. *Desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa*

em saúde. São Paulo: HUCITEC. 11 ed., 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control.OMS, 2009.

PÉREZ-GUERRA, C. L.; ZIELINSKI-GUTIERREZ, E.; VARGAS-TORRES, D. et al. Community beliefs and practices about dengue in Puerto Rico. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 25, n. 3, p. 218-226, 2009.

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

SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do nordeste. *Ciências & Saúde coletiva*, v. 16, suppl. 1, p. 1319-1330, 2011.

SCHWEIGMANN, N., RIZZOTTI, A., CASTIGLIA, G. et al. Información, conocimiento y percepción sobre el riesgo de contraer el dengue en Argentina: generar estrategias locales de control. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, suppl. 1: p. 137-48, 2009.

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 vectors in urban and peri-urban Asia. *Pathogens and Global Health*, v. 106, n. 8, p. 428-435, 2012.

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, M. G. Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. *Interface*, v. 12, n. 25, p. 442-444, 2008.

ZAGURY, T. O Professor refém: para pais e professores entenderem por que fracassa a educação no Brasil. Rio de Janeiro: Record. 2006.

ZAMBRINI, D. A. B. Lecciones desatendidas entorno a la epidemia de dengue en Argentina, 2009. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 428-431, 2011

CAPÍTULO 8

SIGNIFICADOS E DIMENSÕES DO CONTROLE DO DENGUE: CONCEPÇÕES DE UMA COMUNIDADE PARTICIPATIVA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Cyntia Monteiro Vasconcelos Motta

Krysne Kelly de França Oliveira

Elaine Neves de Freitas

Edina Silva Costa

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

Em decorrência de sua complexidade, a dengue perpassa o tempo, as estratégias utilizadas em seu controle e segue intrigando profissionais, gestores e outros agentes sociais envolvidos em seu contexto. Isso a torna uma arbovirose de grande importância para a Saúde Pública.

Dados revelados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que cerca de 2,5 bilhões de pessoas se encontram sob o risco de se infectarem, particularmente nos países tropicais, onde a temperatura e a umidade favorecem a proliferação do vetor (OMS, 2009).

O Ministério da Saúde do Brasil, em seu documento intitulado: “Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue”, confirma a referida estimativa e ainda acrescenta que anualmente a população mundial está sob o risco de 50 milhões de casos de dengue. Desses, 50 mil necessitam de hospitalização e pelo menos 20 mil morrem em consequência da doença (BRASIL, 2009).

A relação com o saneamento ambiental faz-se importante em razão da vulnerabilidade à presença de potenciais criadouros domiciliares, peridomiciliares, em logradouros públicos e no ambiente urbano em geral (SANTOS, 2003). A deficiência no abastecimento de água e na coleta de lixo, a utilização de materiais biodegradáveis inventados pelo homem, como, por exemplo, pneus velhos, garrafas, vasos de plantas, calhas, piscinas, entre outros, também contribuem com a problemática em torno da dengue (ELLIS, WILCOX, 2009).

Rúa-Uribe et al (2013) revelaram uma associação entre as mudanças nas condições climáticas e a transmissão da doença. Esta última depende de outros fatores, mas aqueles considerados chaves são a densidade da população dos mosquitos vetores (afetada pelas mudanças na temperatura e no regime de chuvas) e o número de casos de dengue na população em risco de um surto epidêmico. Acrescenta-se a essa informação o estudo de Teixeira et al, (1999), em que foi relatado, à época, que a transmissão está condicionada a alguns fatores, como a distribuição, a densidade e a dispersão do vetor.

Nimmagadda et al (2014) assinalam que a proliferação de mosquitos e infecções por dengue teve um rompante crescimento, com um aumento de 30 vezes na incidência estimada nas últimas cinco décadas. Isso decorre de fatores como o crescimento da população, a rápida urbanização e falta de medidas sanitárias apropriadas. No Brasil, o vetor dessa doença encontra condições ideais para sua proliferação e manutenção no meio urbano em virtude das condições ambientais; os grandes aglomerados populacionais e o *modus vivendi* associado às precárias condições de vida da população.

Vale ressaltar que as áreas onde ocorre a transmissão autóctone vão se modificando na medida em que se acaba com

o estoque de pessoas suscetíveis, bem como quando se efetua o combate ao vetor. Logo, o programa de controle deve intuir a ideia de que a doença tende a ‘migrar’ para outras áreas que tenham densidade vetorial suficiente para manter o ciclo (TEIXEIRA et al, 2002).

Mediante as questões aqui abordadas, o olhar sobre a dengue deve ser amplo, pois se deve admitir sua complexidade e multifatorialidade e, portanto, ultrapassar o prisma exclusivo do campo da saúde e reforçar seus fatores ecobiossociais. Para esclarecer tais fatores, tem-se que os ecológicos fazem referência ao clima (chuva, umidade, temperatura, entre outros), e ao ambiente natural e antrópico (incluindo o ambiente urbano e agrícola etc). Os fatores biológicos se relacionam com o comportamento do vetor, o *Aedes aegypti*, e dinâmicas de transmissão da doença. Os domínios ecológico e biológico estão ligados à ecologia da população do vetor.

Quanto aos fatores sociais, estes incorporam uma série de elementos relacionados aos sistemas de saúde, incluindo o controle do vetor, os serviços de saúde e o contexto político (por exemplo, reformas no setor da saúde), serviços públicos e privados, como saneamento e esgoto, coleta de lixo e abastecimento de água, eventos “macrossociais”, como o crescimento demográfico e da urbanização e práticas da comunidade e da família, conhecimentos e atitudes bem como estas são moldadas por forças de grande escala, como a pobreza, a desigualdade social e a dinâmica da comunidade.

Parece lógico que o olhar sobre a dengue deva perpassar esses fatores, entretanto, na prática, as políticas públicas de controle da doença se mantiveram no decorrer dos anos com uma característica verticalizada e centrada apenas no controle químico. Sabe-se do impacto negativo à saúde e ao meio am-

biente gerado pelo uso de inseticidas, porém, a população e os próprios gestores situam o controle químico na supremacia em detrimento da participação popular, da mobilização, da transdisciplinaridade e da intersetorialidade, que deveriam nortear qualquer plano de controle da doença.

Mertens (2007) confirma essa afirmação, quando ressalta que a dengue não tem causa única e seu controle requer a formulação e implementação de soluções integradas que levem em consideração as inter-relações dos fatores ambientais, sociais, culturais e econômicos, e que envolvam os diversos atores sociais como a população local, os pesquisadores e os gestores de áreas.

É na busca dessa outra visão, na tentativa de que esses atores transformem seu paradigma em relação a dengue, que se admite a importância da abordagem em ecossáude ante os fatores ecobiossociais, no que tange a saúde-doença. Por isso, mediante as limitações dos programas atuais de controle da dengue, fez-se necessário o uso de abordagens que integrem esses fatores.

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 a analisar intervenções de melhoria na prevenção da dengue que valorizam um controle sustentável e participativo.

Entendimento do projeto de intervenção

A iniciativa analisa intervenções baseadas num desenho de estudo de *clusters*-randomizados para a melhoria da prevenção da dengue e doença de Chagas. Com a origem no preceito de que, para intervir, é imprescindível conhecer bem a

necessidade do local de intervenção, o estudo multicêntrico designou a fase 1, o primeiro ano do estudo, para a realização de uma análise situacional. Nesse período, que perdurou durante os anos de 2010 e 2011, foram realizados levantamentos entomológicos e pesquisas qualitativas nos locais de estudos.

No Brasil, a iniciativa concentrou os esforços na melhoria da prevenção dos casos de dengue e os locais foram selecionados na cidade de Fortaleza-Ceará. Para a seleção dos locais do estudo, foram tomados aleatoriamente por meio de quadrículas do mapa de Fortaleza, mediante *software AutoCad map* e o *software ArcView 3.3*, de forma que cada quadrícula correspondia a um local com cerca de 100 imóveis. Cada quadrícula correspondia a um cluster traduzido para português como um agregado. Assim, a pesquisa seguiu com a seleção de dez agregados.

A intervenção propriamente dita foi designada para a fase 2, inicialmente realizada no período de junho de 2012 a junho de 2013, realizada nos mesmos dez agregados. A intervenção está alicerçada nos princípios da ecossauúde (mais intimamente aos princípios da participação, sustentabilidade e transdisciplinaridade). Seguem algumas finalidades.

- Capacitar comunidades urbanas, com suporte no estímulo a ações de manejo ambiental com focos recipientes descartados, em que foram encontradas formas imaturas do vetor da dengue, tanto em suas casas como no seu entorno.

- Ter agentes de endemias zoneados e qualificados para fornecer informações corretas sobre a dengue para a população.

- Promover atividades multissetoriais que permitindo que os agentes de controle da dengue e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família desempenhem o papel de líderes da população e educadores.

- Estimular parceria entre comunidades urbanas específicas de Fortaleza e os múltiplos serviços urbanos do Município da capital baseando-se no manejo de resíduos sólidos para contribuir com o controle de vetores urbanos.

- Estimular a comunidade e outros agentes envolvidos a estabelecer em estratégias efetivas e sustentáveis quanto ao controle da dengue.

Bosi (2012) assinou que há um grande investimento em pesquisas do âmbito da ciência moderna, mas salienta que certas iniciativas, apesar de grande relevância e potencialidade para o enfrentamentos de questões da Saúde Pública, só serão úteis se e quando forem assimiladas culturalmente.

Portanto, este experimento se destinou a examinar os significados e as dimensões da controle do dengue em uma comunidade participativa e, assim, reconhecer as perspectivas dos atores sociais sobre os desafios e caminhos para o controle da dengue.

METODOLOGIA

Houve um aprofundamento na abordagem qualitativa, no propósito de trabalhar com o universo dos valores, motivos, aspirações e atitudes (MINAYO, 2008; CAPRARA & LANDIM, 2008).

A metodologia contribuiu para o campo da pesquisa, pelo fato de o pesquisador buscar os significados dos sujeitos, como se fizesse parte do grupo. Dessa forma, Minayo (2008) garante que a pesquisa social não pode ser definida de forma estática e as pesquisas qualitativas buscam compreender a conduta humana, dando ênfase aos significados em seu contexto.

Com efeito, o estudo de caso destinou-se a analisar a perspectiva dos agentes sociais e acredita-se ser uma fase impor-

tante de um estudo de intervenção a de “ouvir” os atores comunitários, políticos e sociais envolvidos para, com isso, não cair no erro que Santos (1995, p. 8-9) denomina: “a ciência teima em considerar irrelevante, ilusório e falso”:

Estamos de novo regressados à necessidade de perguntar pelas relações entre a ciência e a virtude, pelo valor do conhecimento dito ordinário ou vulgar que nós, sujeitos individuais ou coletivos, criamos e usamos para dar sentido às nossas práticas e que a ciência teima em considerar irrelevante, ilusório e falso; e temos finalmente de perguntar pelo papel de todo o conhecimento científico acumulado no enriquecimento ou no empobrecimento ou no empobrecimento prático das nossas vidas, ou seja, pelo contributo positivo ou negativo da ciência para a nossa felicidade.

No Brasil, a iniciativa selecionou os locais de estudo por meio de um sorteio de dez áreas na cidade de Fortaleza-Ceará. A escolha foi por um agregado do bairro do Quintino Cunha, em razão da individualidade do bairro referente à organização comunitária já presente e a manutenção da alta incidência dos índices da doença.

O bairro do Quintino Cunha expressa uma organização comunitária sólida, com lideranças comunitárias e centro comunitário de referência. Para uma pesquisa que parte da proposta participativa, esse critério de escolha emergiu da ideia de que existem diversas formas e níveis de participação possíveis e que em muitos casos “*no hay que pensar en promover desde cero, sino de articularnos con procesos participativos que ya existen y que frecuentemente no son reconocidos*” (KEIJZER, 2005).

Assim, corrobora a questão definida em Horochovski (2006), quando explicita que o empoderamento a ser alcançado não é algo que pode ser imposto por outro, mas que as populações locais têm responsabilidade pelos projetos participativos por vezes formulados originalmente por agentes externos.

O estudo de caso iniciou em março do ano de 2011, com análise situacional do bairro, buscando características do contexto socioambiental da localidade. A inserção da abordagem ecossistêmica por meio da intervenção, propriamente dita, se deu no primeiro semestre do ano de 2012 e finalizou em março de 2013.

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*, em que 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, baseado 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 DISCUSSÕES

O exame das informações analisadas possibilitou estabelecer três categorias de análise: Significados sobre a função no controle da dengue; As limitações do programa de controle atual e A idealização da Educação em Saúde.

Significados sobre a função no controle da dengue

Os agentes sociais citaram algumas de suas funções no contexto da dengue. Para os funcionários do controle de endemias e do Núcleo de Mobilização Social:

O setor de endemias, do focal, é que abrange diretamente os trabalhos residenciais, combatendo diretamente o mosquito, o vetor da dengue e outros que vêm aparecer. (FCE-03).

“A função do Agente de Endemias, por exemplo, é fazer visitas casa-a-casa, encontrar focos, eliminar focos e tratar os depósitos.” (FCE-01).

O nosso carro chefe é a dengue. A gente prioriza mais a dengue, que é o ano todo. Mas a gente fala de DST, de HIV/AIDS, fala de hanseníase, alcoolismo, droga, calazar, alimentação saudável, leptospirose, mas o nosso carro chefe é a dengue. [...]. É orientar o que a pessoa deve prestar atenção, ensinar como lavar o tambor, ir atrás de tampa para o tambor e observar a água se não está com os cabeçade-prego. (MS-01).

Palestras, Reuniões, gincanas, exposições, passeatas, divulgação em carros de som, e várias outras atividades. (MS-03).

Nas falas anteriores, os funcionários retratam o que para eles significa a sua função no controle da dengue, ficando claro nas falas o quanto eles referem à figura do agente de endemias com atividades nos domicílios para o combate do vetor e às atividades de orientações sob a responsabilidade do setor de mobilização social.

Para os profissionais de saúde:

O nosso papel também é promover a saúde das pessoas. E também na parte de orientação. orientar as famílias, principalmente sobre a dengue que é uma doença que infelizmente não é todo mundo que se preocupa. E no nosso dia a dia a gente já orienta o que pode ser feito, o que a pessoa deve fazer. E se o vizinho não faz, ela deve orientar. “Além de fazer a parte dela tem que orientar o vizinho também a fazer sua parte, porque a dengue é uma doença que está aí alastrada e só quem pode acabar com ela é a própria população mesmo através do cuidado da sua própria casa.” (PS-03).

“Sobre a dengue, assim, tem sido um dos agravos até recorrentes no território e a nossa equipe está sempre aberta para ver novos trabalhos, para ouvir experiências, relatos, e contribuir com o possível, que nossa intenção é essa. (PS-01).

Os profissionais de saúde admitem seu papel curativo e preventivo no que diz respeito a dengue, de forma que são observadas nas falas a importância de atividades de promoção à saúde das famílias e o reconhecimento da participação da popular no cuidado da sua casa e nas ações que envolvem o território.

A comunidade estudada tem o apoio de um centro comunitário, em que são organizadas diversas atividades, como grupos de idosos, e gestantes, cursos de aperfeiçoamento profissional, solicitação de documentos, cadastramento em programas assistenciais, formulação de projetos para melhoria dos bairros, dentre outras. Para os funcionários.

Eu trabalho aqui na associação, no centro comunitário e tenho um movimento social do idoso. E o que eu me preocupo de um a dois anos nessa área ambiental é o problema do lixo. Eu já tenho um projeto, um movimento, de coleta seletiva. Não vai acabar o problema da dengue, mas, diminuir vai. Eu acredito muito nesse projeto, nesse trabalho, um novo empreendimento que vai acontecer. [...]. Quer dizer que, quando começar, o projeto de coleta de reciclagem, fazer tudo direitinho, ter uma articulação de todas as secretarias, aí vai diminuir os casos dessa doença. Vai diminuir porque vai ter uma responsabilidade de cada morador, com o seu lixo. O que eu vejo que vai melhorar a questão da saúde, da dengue e a questão do meio ambiente. (CC-01).

Como se trata de uma comunidade organizada e participativa, as lideranças comunitárias aparecem ativamente no cenário da dengue:

Eu faço parte de outros projetos na comunidade. O que eu sei é que a dengue é uma coisa que está 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. [...]. Eu vou em palestras, caminhadas, movimentos sociais. (LC-01).

A fala anterior retrata as atividades das lideranças ante o controle da dengue, de forma a referir as atividades dos movimentos sociais próximos aos membros da comunidade e todo seu esforço em solicitar que os moradores cuidem do seu domicílio para o controle do vetor.

Quando os moradores eram entrevistados, os discursos confluíam para a participação no campo mais individual:

Eu estou todo dia juntando o lixo que aparece e guardo o lixo dentro de casa e só boto no dia que o carro passa. [...]. Qualquer um que entrar lá... aliás, tem vez que vão lá e vê né. Porque eu tenho cuidado, a minha caixa d'água é bem fechadinha, é tampada, toda chumbadazinha, só entra só mesmo água e ar, outra coisa num entra não de maneira nenhuma (M-01).

As falas anteriores instigam a reflexão sobre o diversificado papel dos sujeitos na prevenção e no controle da dengue, mas também trazem a reflexão sobre a diversidade das responsabilidades como sujeitos. Por exemplo, enquanto os funcionários dos setores públicos e os líderes comunitários enfatizam atividades em um contexto mais coletivo, os moradores se reduzem às funções mais individuais: “Eu estou todo tempo juntando o lixo [...], guardo o lixo [...]. Eu tenho cuidado”.

Tal perspectiva entra no *lócus* da discussão sobre a distribuição do poder entre as pessoas ou entre os segmentos das sociedades organizadas, tendo em vista o poder definido por Lordêlo e Pontes (2009) como a possibilidade de tomar decisões e fazer com que estas sejam implementadas.

Mesmo sabendo que o Estado é a instância de poder mais representativa, a sociedade ganhou espaço junto à figura do ci-

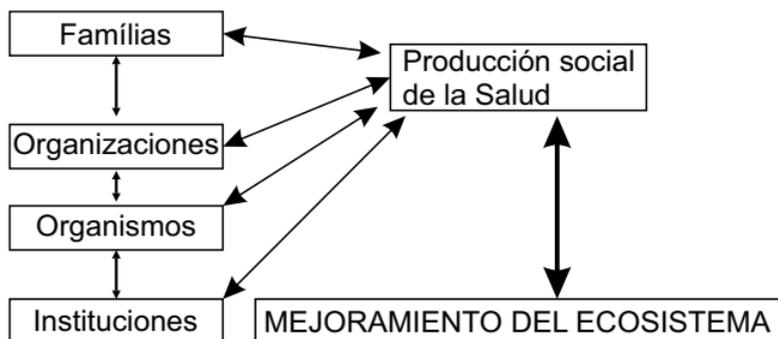
dadão, entretanto, a expectativa contemporânea de maior participação dos cidadãos, nas decisões de interesse coletivo e não somente no âmbito individual, entra em um embate da dicotomia entre o crescente conhecimento produzido pela ciência e o poder político de decisão conferido aos representantes sociais interessados, que, com frequência, seguem direções divergentes (LORDÊLO, PONTES, 2009).

Para tanto, a abordagem da ecossaúde tenta neutralizar as divergências por meio da transdisciplinaridade, considerando a pesquisa transdisciplinar não somente como a presença de pesquisadores de áreas diversas trabalhando juntos, mas a integração de vários tipos de saberes disciplinares com os significados e as práticas da experiência dos agentes locais (IRIART & CAPRARA, 2011).

Embora a complexidade do dengue requeira uma abordagem transdisciplinar, é perceptível, nas falas dos sujeitos, a dificuldade em se conferir uma discussão horizontal entre entes públicos e os moradores do agregado. Considerando essa fragilidade, o grupo implantado na localidade foi denominado como interdisciplinar. Ainda assim, a intervenção fortaleceu a participação social no processo saúde-doença da dengue, na medida em que fortaleceu a capacidade de formulação e negociação de novas propostas.

Essa tentativa de um diálogo mais horizontal entre variados agentes locais também foi implementada por uma intervenção em Havana, (IDRC, 2006), quando o fortalecimento da participação foi estruturado com um apoio interdisciplinar, como observado na figura. A finalidade dessa intervenção era de que as várias funções dos *stakeholders* (famílias, organizações, organismos e instituições) se reunissem em uma cogestão no processo social da saúde para uma melhora do ecossistema.

Figura – Modelo de Cogestão para a participação comunitária.



Fonte: IDRC, 2006.

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 Nacional de Controle da Dengue (PNCD), esse 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 vultuosos 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 passei

nessa área 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-ÁREA 3).

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.

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-01).

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 visitas estoura os índices. é por isso que eu digo que tem que ser feito 100% dos imóveis (FCE-01).

Enquanto os sujeitos envolvidos no controle da dengue no Quintino Cunha percebem o atual controle como “ultrapassado”, os dados epidemiológicos contabilizam índices preocupantes. Durante um levantamento dos índices de infestação predial (IIP) do bairro Quintino Cunha, realizado pela Vigilância Epidemiológica (FORTALEZA, 2013) da cidade de Fortaleza, no período de 2007 a 2010, observa-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 em que

se atingiu 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 & 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 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 essa 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.

A idealização da Educação em Saúde e mobilização social

Outro ponto citado pelos sujeitos advém da dificuldade de surtir bons resultados com as atividades de Educação em Saúde e mobilização social para o controle da dengue, o que para eles, na prática não significa que levará maior participação dos sujeitos:

É complicado, tem pessoas que não tem as condições mínimas de higiene, não tem água

tratada, não tem esgoto e aí? A gente tá lidando com questões sociais, também, principalmente, sabe. A dengue não é só uma doença em si. Ela traz uma questão social, também. Aí é preciso muito cuidado quando a gente for tratar dessas questões. É complicado. (PS-02).

Eu estava fazendo um movimento social, uma caminhada e eu parei assim e disse até o seguinte: 'Pelo amor de Deus, não é possível que precise morrer alguém de vocês pra vocês acordarem.' Não é isso que a gente quer. Nós estamos querendo que eles se eduquem. Coloquem o lixo no lugar e na hora certa que o lixo tá passando. Deixe o saco de lixo em casa. Não deixe acumular água naquele saco de lixo. (LC01).

Na perspectiva de Teixeira (2008), é necessário desmistificar o discurso de que comunicação, educação e mobilização social, por si, é capaz de produzir mudanças e controlar problemas de saúde. Especialmente, os programas de controle da dengue devem ser atuantes com base em uma vigilância epidemiológica eficaz, um controle vetorial sustentável e, sobretudo, a promoção de ações de saneamento básico, tais como: coleta de lixo adequada, suprimento de água com qualidade e sem intermitência, esgotamento sanitário, limpeza de logradouros públicos etc.

Outro limite percebido pelos sujeitos é exemplificado na fala de uma educadora em saúde, que reflete sobre um desafio do controle da dengue, com apoio na compreensão de que a dengue não está isolada de outros problemas socioeconômicos:

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-01).

Apesar de os estudos mostrarem que a participação social é um caminho para o controle da dengue - e as falas indicam que a participação em uma comunidade engajada é possível, - deve-se levar em consideração o fato de que que os caminhos para o devido controle da doença ainda são influenciados por várias lacunas.

Efetivamente, nos bairros de estratos sociais mais baixos, onde as populações se veem apartadas de seus direitos essenciais, a dengue tende a se caracterizar como problema de menor grandeza, que pode ser explicado pela emergência em suprir outras necessidades essenciais (CHIARAVALLOTI et al, 2007).

Esta constatação dá ênfase a alguns questionamentos levantados pelos sujeitos: Como orientar uma família que não tem condições mínimas de higiene a não armazenarem água em recipientes abertos? Como orientar moradores com transtornos psicossociais a limparem seus quintais?

Em um estudo de Chiaravalloti e colaboradores (2007) foi visto que essa é uma dificuldade também percebida no Programa Saúde da Família, quando os agentes comunitários de saúde alegam que o trabalho de conscientização concorre com o atendimento às carências imediatas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que os funcionários do controle da dengue conhecem as limitações no controle da dengue 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.

Dado esse contexto, mais do que uma lista de práticas adequadas como: “tampe seu balde”, “limpe sua vasilha” e “não acumule água”, o empoderamento dos moradores deve permitir também um espaço de autogestão em saúde em contato estreito com as autoridades envolvidas no processo.

A experiência demonstra que os esforços de participação esbarram em uma complexidade no que tange à relação entre saúde, ambiente e doenças transmissíveis por vetores. Para solucionar este empasse, as possibilidades se alinham a uma integração interdisciplinar, com uma ação de controle vetorial racional, reconhecendo os saberes locais a fim de estabelecer uma autonomia comunitária, sem excluir no cerne da questão as responsabilidades públicas no sentido de promover uma infraestrutura adequada, a reorganização das práticas de saúde e a formulação de programas que sustentem a intervenção sobre o processo saúde-doença das coletividades.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes Nacionais para prevenção e controle de endemias de dengue / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160p. – (Série A – Normas e manuais técnicos).

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. 363-76, 2008.

CAVALCANTI, L. P. G. Complexidade das intervenções para o controle do dengue. In: CAPRARA, A.; LIMA, J. W.; PEIXOTO, A. C. R. Ecosaúde, uma abordagem ecobiossocial. Percursos convergentes no controle do dengue. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 93-108.

CHIAVARALOTTI N. F. et al. O Programa de Controle do dengue em áreas em São José do rio Preto, São Paulo, Brasil.: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. Cadernos de Saúde Pública, v. 23, n. 7, p. 1656-64, 2007.

ELLIS, B. R.; WILCOX, B. A. The ecological dimensions of vector-borne disease research and control. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, supl. 1, 2009.

FORTALEZA. Plano de contingência para a prevenção e controle de epidemias de dengue no municípios e Fortaleza em 2013. Secretaria Municipal de Saúde. Fortaleza. 2013.

GONDIM, P. C.; LIMA, J. W. O; CAPRARA, A. Iniquidades socioambientais, questões de gênero e controle do dengue. Um estudo eco-bio-social no nordeste do Brasil. In: CAPRARA, A.; LIMA, J. W; PEIXOTO, A. C. R. Ecosaúde, uma abordagem ecobiossocial. Percursos convergentes no controle do dengue. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 11-130.

HOROCHOVSKI, R. R. Empoderamento: definições e aplicações. In: 30º Encontro Anual da ANPOCS. 2006. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3405&Itemid=232>. Acesso em: maio de 2012.

IDRC. Final Technical Report. Applying an Ecosystem Approach to Sustainably Prevent and Control Dengue in Centro Habana, Cuba. 2006. Disponível em: <https://idl-bnc.idrc.ca/dspace/handle/10625/34424>. Acesso em: janeiro de 2012.

IRIART, J. A. B., CAPRARA, A. Novos objetos e desafios para a antropologia da saúde na contemporaneidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1253-68, 2011.

KEIJZER, B. Los discursos de la educación y participación em salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. In: p. 440-60. MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, J. R. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

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.

LÔRDELO, J. A. C. & PONTES, M. Poder, representação, participação, conhecimento e decisão: a CPA da UFBA. In: LÔRDELO, J. A. C. & DAZZANI, M. V. Avaliação educacional: desatando e reatando nós. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 85-101.

MERTENS, F. Abordagem ecossistêmica em saúde: ensaios para o controle do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 734-736, 2007.

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

NIMMAGADDA, S. S. et al. Atypical Manifestations of Dengue Fever (DF) – Where Do We Stand Today? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, v. 8, n. 1, p. 71-73, 2014. Published online Jan 12, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. OMS, 2009.

RUA-URIBE, G. L et al. Modelling the effect of local climatic variability on dengue transmission in Medellin (Colombia) by means temporary series analysis. Biomédica, Bogotá, 2014.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências. Lisboa: Afrontamento, 1995.

SANTOS, S. L. Avaliação das ações de controle da dengue: aspectos críticos e percepção da população. Recife, 2003. 119f. Dissertação de mestrado. Departamento de Saúde Coletiva. Centro de pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz.

TEIXEIRA M. G. Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 25, p. 442-444, 2008.

TEIXEIRA, M. G. et al. Dynamics of dengue virus circulation: a silent epidemic in a complex urban area. Tropical Medicine and International Health, v. 9, n.7, p. 757-762, 2002.

VALADARES, A. F.; RODRIGUES FILHO, J.; PELUZIO, J. M. Impacto da dengue em duas principais cidades do estado do Tocantins: infestação e fator ambiental 2000-2010. Epidemiologia e serviços de saúde, v. 22, n. 1, p. 59-66, 2013.

CAPÍTULO 9

O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO SOBRE SAÚDE, DIREITO À SAÚDE E PARTICIPAÇÃO.

Berenice Temoteo da Silva

Lucia Conde de Oliveira

Maria Homéria Leite de Moraes Sampaio

INTRODUÇÃO

As principais bandeiras do movimento da Reforma Sanitária Brasileira são a defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado, a criação de um sistema único de saúde e a concepção ampliada de saúde. Esse movimento se insere na luta pela democratização da sociedade, bem como no desenvolvimento de uma nova consciência sanitária entre os sujeitos partícipes desse processo – intelectuais, usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços.

Essas bandeiras vão ser inscritas na Constituição Federal de 1988, que estabelece o direito à saúde e pressupõe a responsabilidade do Estado na implantação de políticas sociais e econômicas capazes de reduzir os riscos de doenças e melhorar as condições de vida e de trabalho da população.

Como se vive, porém, numa sociedade de classes, o Estado é compreendido como espaço para disputa política, passível de incluir parcialmente os interesses das classes dominadas (SEVERO; DA ROS, 2012). Para tanto, é necessária a participação da sociedade civil nos espaços de decisão para a garantia de direitos.

Com efeito, o direito à saúde de forma universal, integral e equânime, e a participação das entidades comunitárias na gestão das políticas públicas de saúde representam um grande avanço no processo de democratização da sociedade brasileira. Isso significa importante conquista resultante do movimento da Reforma Sanitária.

A institucionalização da participação da comunidade na gestão do SUS, estabelecida pela Lei 8.142/1990, entre outras providências, cria os conselhos de saúde de caráter permanente, deliberativo e paritário, em relação aos usuários. Esses conselhos possuem a atribuição de atuar na formulação e controle da execução das políticas de saúde, representando um mecanismo para continuar a luta pela concretização do direito à saúde.

O poder de deliberação dos conselhos corresponde ao mais elevado grau de participação. Na categorização de Pate-man (1992), é uma participação plena. No modelo de análise de Arnstein (1969) representa o poder cidadão. No estudo empírico realizado por Oliveira (2006), no entanto, os conselheiros participam das discussões no conselho, porém não têm o poder de decisão. Na classificação de Pateman corresponderia a uma participação parcial e na taxionomia de Arnstein seria uma participação simbólica.

Este texto é parte de uma dissertação de mestrado que investigou as concepções de conselheiros sobre saúde, direito à saúde e participação no Conselho Municipal de Saúde de Crato-CE. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com 18 conselheiros dos quais 12 representavam os usuários e seis os trabalhadores da saúde. A análise de dados consistiu na análise do discurso do sujeito coletivo. Os sujeitos entrevistados foram identificados por S1, S2...,

S18. Cada DSC foi organizado com base nas expressões chave selecionado das entrevistas, que traduziam as ideias centrais aprendidas nas falas dos entrevistados.

O estudo obedeceu às normas e preceitos éticos que orientam a pesquisa com seres humanos e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

O que é saúde?

Ao longo da história, a saúde foi tratada como se não pudesse ser apreendida pela razão e, por isso, não pertencesse ao campo científico (ALMEIDA FILHO, 2011). Neste sentido, existiu uma discussão secular, questionando a saúde como um objeto científico, na medida em que esta era compreendida de forma tão ampla que transcenderia o olhar da ciência.

A saúde passou, porém a ser amplamente reconhecida como objeto científico e foi conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência de doença. Essa definição tem o mérito de ser uma matriz para estimular as nações a buscarem a garantia de bens e serviços que promovam a saúde conforme essa concepção (SANTOS, 2010).

Apesar da crítica a essa definição, por ser um conceito estático e irrealizável, a definição de saúde trazida pela OMS permaneceu despertando o interesse de intelectuais da comunidade científica. Foi na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986 que foram estabelecidos, porém os pré-requisitos para a saúde na sua concepção ampla. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS foram grandes

apoiadoras da difusão desse conceito de saúde formulado na Carta de Ottawa (PAIM, 2006).

Vale ressaltar que a saúde é uma questão complexa por envolver fatores biológicos, socioambientais, econômicos, culturais e de estilo de vida (SANTOS, 2010). Assim como na perspectiva teórica, a saúde também se mostrou plural na compreensão dos conselheiros pesquisados. Neste sentido, utilizando a técnica de organização de dados proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005), denominada de DSC foi possível elaborar dois discursos coletivos, externados de acordo com a ideia central em grupamentos organizados pelas letras do alfabeto.

De acordo com o Quadro 1, os grupamentos A e B, explicam a ideia de saúde na perspectiva biologicista, minoritária entre os entrevistados, condensados no DSC 1; já os grupamentos C, D e E trazem a compreensão ampliada de saúde e aglutinam-se em torno do DSC 2, contemplado na maioria das falas.

Quadro 1. Síntese das ideias centrais sobre saúde

DSC 1	A	Ausência de doença
	B	Ter higiene
DSC 2	C	Bem-estar
	D	A dimensão social da saúde
	E	Qualidade de vida

Fonte: Elaboração dos autores.

Vale ressaltar que, na fala, os sujeitos pesquisados por vezes exprimiram um discurso contraditório, na medida em que compreenderam saúde como ausência de doença e também reconheceram elementos da concepção ampliada de saúde. Esse

fato foi evidenciado nos sujeitos 16 e 18, os quais contribuíram para a formação do DSC 1 e 2, e que denotaram concepções divergentes de saúde.

DSC1: Eu acho que saúde é não está doente, não sentir dor. A água que a gente bebe e a limpeza, por exemplo, faz parte da saúde. Saúde é ter bom atendimento médico, ter um posto de saúde adequado para atender todos os cidadãos e caso necessário fazer encaminhamento, ou seja, é ter um tratamento adequado, pelo menos o básico (S5, S16, S18).

Este discurso restringe o conceito de saúde à sua dimensão biologicista, uma vez que o situa como ausência de doença e higiene. Tendo em vista que a consciência da determinação social da saúde decorre de uma experiência mediatizada pela teoria, o discurso do sujeito coletivo sugere a inexistência da mediação da experiência existencial desses conselheiros com a teoria de saúde presente no arcabouço jurídico do SUS.

Este mesmo posicionamento esteve presente no estudo realizado por Bosi e Affonso (1998) no Município do Rio de Janeiro, ainda na primeira década de implantação do SUS, cujo objeto de análise correspondia ao conceito de saúde na perspectiva dos usuários. Ao deparar a concepção de saúde como ausência de doença, os referidos autores sugerem que, na ausência da mediação de um saber científico abstrato, o sujeito coletivo encontra como critério para definir saúde, unicamente, sua experiência concreta expressa pela ausência de dor.

Casos e esteja de acordo com o fato de que saúde é muito mais do que ausência de doença, por outro lado não se pode discordar de que também seja isto. Indaga-se, todavia, se, ao admitir tal concepção, não há um comprometimento da luta pela saúde nos espaços decisórios do Conselho, uma vez que

os horizontes almejados nessa luta correspondem a elementos suficientes para garantir serviços com funções curativas?

O DSC2 emerge das falas dos sujeitos guiado pela indagação sobre a concepção de saúde, de modo que as ideias centrais indicadas nos grupamentos C, D e E corroboram o conceito ampliado de saúde, conforme mostra-se a seguir:

DSC 2: Saúde é o bem-estar do ser humano, é está bem de saúde com o corpo físico e com a mente, está com seu espírito em paz, bem consigo mesmo, dessa forma, eu acho que a saúde envolve o ser como um todo. A saúde para mim está acima de tudo, você pode ter dinheiro, você pode ter todos os bens materiais, mas se não tiver saúde, você não é nada, pois você não pode trabalhar estudar. Então a saúde é você viver bem, ter moradia digna, saneamento básico, alimentação saudável sem agrotóxico, produzir seu próprio alimento com qualidade cuidando do meio ambiente, é você ter trabalho digno e obter o seu sustento, é ter qualidade de vida (S1, S2, S3, S4, S6, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18).

O discurso referido há pouco exprime a saúde como valor numa perspectiva de totalidade e está em sintonia com a concepção expressa no artigo 3º da Lei Orgânica 8.080/1990. O DSC reconhece a dimensão social da saúde e considera os seus fatores determinantes e condicionantes, os quais consistem na alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais.

Outro aspecto, presente no grupamento E do DSC 2, consiste na percepção de saúde como qualidade de vida. Do mes-

mo modo que o conceito de saúde é complexo, assim é, também, a definição de qualidade de vida. Para a OMS, esta pode ser entendida como a percepção da pessoa de sua posição na vida no contexto de cultura e sistema de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O direito à saúde no contexto neoliberal

Na intelecção de Coelho (2012), com a evolução da ideia ampliada de saúde trazida pelo movimento de Reforma Sanitária, o direito à saúde também avançou significativamente. Para a autora novas práticas, além da assistencial, foram englobadas ao cuidado com a saúde e também passaram a ser dever do Estado. Assim, o direito à saúde ultrapassando uma dimensão legal, passou a integrar as reivindicações populares.

A conquista desse direito, entretanto, numa sociedade de capitalismo periférico como a brasileira, na vigência da crise do Estado de Bem-Estar nos países centrais, com a adoção do neoliberalismo, impõe grandes restrições à garantia desse direito. A recomendação por parte dos organismos multilaterais, de focalização das políticas públicas nas populações mais pobres, terá como consequência o financiamento insuficiente do SUS, repercutindo em todos os níveis do sistema.

Neste sentido, no questionamento em torno do direito à saúde, as concepções foram bastante amplas, de modo que possibilitaram a elaboração de três discursos conforme apresentado no Quadro 2. O DSC 3 está relacionado aos escritos presentes na lei e foi organizado em torno dos grupamentos A e B. O DSC 4 expressa o direito à saúde no sentido de acesso e corresponde aos grupamentos C e D. E o DSC 5, denotando a saúde como direito violado, foi sintetizado nos grupamentos E, F e G.

Quadro 2. Síntese das ideias centrais sobre direito à saúde.

DSC 3	A	Direito fundamental
	B	Ferramenta de luta
DSC 4	C	Acesso aos bens determinantes para garantia da saúde
	D	Acesso aos serviços de saúde
DSC 5	E	As iniquidades presentes na garantia desse direito
	F	O direito reconhecido na lei, porém, não concretizado
	G	A cultura patrimonialista

Fonte: Elaboração dos autores.

Neste sentido, a ideia central presente no grupamento A remete-nos ao direito à saúde como um direito fundamental conquistado pela sociedade, na forma de lei federal, devendo ser garantido pelo Estado. E, no grupamento B, reconhece que a simples existência de tal lei não garante sua concretização, para isso sendo necessária, a luta.

DSC 3: Direito a saúde, esse é um direito como o direito a vida, é um direito natural, fundamental. A gente vive em um país democrático, assim, o direito a saúde foi uma conquista na Constituição de 1988, uma conquista nossa, ninguém precisa bater na porta de ninguém pedindo uma coisa que já é sua, um direito conquistado, no entanto, muito sangue foi derramado por conta disso. Todos nós temos direito à saúde garantida pela constituição federal, já está dizendo, é lei, é direito de todos, da classe mais humil-

de à classe mais poderosa, portanto direito a saúde é um direito do cidadão que está lá na Constituição e o governo tem obrigação de oferecer uma saúde de qualidade, é um dever do estado, do município e também da instância federal porque nós pagamos impostos e se pagamos impostos nós temos direito. Contudo, para a gente ter os nossos direitos garantidos, o cidadão tem que lutar para ter direito à saúde (S2, S4, S9, S10, S11, S12, S14, S16, S17).

A expressão direitos humanos data do século XX e veio substituir o termo até então corrente de direitos naturais. Os direitos humanos são denotados como direitos inerentes ao ser humano que, mesmo não estando expresso em nenhum documento informativo, não deixarão jamais de ser direitos humanos. Já os direitos fundamentais são direitos humanos positivados nas constituições, nas leis, nos tratados internacionais (AITH, 2010).

Com efeito, a Constituição Federal brasileira de 1988 reconheceu expressamente a saúde como um direito fundamental. Tal reconhecimento legal é de grande importância, pois somente com a positivação de um direito humano é que se abre o caminho para a sua plena realização.

Anteriormente à Constituição de 1988, a assistência à saúde era assegurada apenas para os trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, segurados da previdência social. Era um sistema de proteção social organizado sob a lógica do seguro, e tinha direito apenas quem contribuía (OLIVEIRA, 2006).

Dessa forma, a saúde não era reconhecida como um direito e, por essa razão, o Estado não tinha esse dever para com a sociedade. Com os questionamentos e a luta da sociedade

civil acerca das políticas de proteção social garantidas pelo Estado somente para uma pequena parcela da população, foram requeridas mudanças no setor saúde de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e equânime (GERSCHMAN, 2004).

Portanto, o direito humano à saúde, jurídico-positivado em direito fundamental, e a criação do SUS na Constituição Federal, representam uma conquista dos cidadãos. A luta pela saúde universal e pública de qualidade, contudo, não termina na consagração desse direito na Constituição, uma vez que a institucionalidade representa a conquista de uma ferramenta de luta e não a garantia da efetivação desse direito. O reconhecimento da constitucionalidade do direito à saúde é um instrumento de luta para os conselheiros nos espaços decisórios e representa um mecanismo potencial na sua concretização.

O DSC 4 se refere ao direito à saúde essencialmente como ideia de acesso. Nesta perspectiva, há duas ideias centrais representadas pelos grupamentos C, no sentido de acesso aos bens e serviços, determinantes sociais da saúde, e D, relacionado ao acesso aos serviços de saúde.

DSC 4: Direito a saúde é a pessoa ter acesso à saúde, a todos os determinantes sociais que levam o cidadão a ter saúde, como ter moradia digna, como ter emprego digno, como ter acesso à alimentação saudável, cuidado do meio ambiente. Uma pessoa lá na Alemanha dura 100, 110 anos, isso é a saúde mais de qualidade, a gente ver aquela praça tem onde você fazer educação física tem onde você jogar uma bolinha tem os idosos correndo, os idosos andando mais numa área bem boa, florestal. Eu acho que direito à saúde é ter direito ao médico, é ter direito aos exames, é

ter direito também a medicação é o povo ter acesso, as comunidades de mais difícil acesso, facilite o transporte para a equipe médica ir fazer as visitas e também na hora de chegar a um hospital também ser atendido, ter direito a um atendimento adequado, a gente ter um bom atendimento, se eu não estou bem quero chegar no posto de saúde e quero ser atendida (S4, S5, S6, S8, S10, S11, S12, S13, S18).

Esse discurso demonstra a compreensão dos conselheiros acerca do direito à saúde em conformidade com o artigo 196 da Constituição, na medida em que o direito à saúde está relacionado ao acesso à saúde no seu conceito amplo e ao sistema de serviços de saúde.

Mencionado artigo pressupõe que o Estado deve não apenas garantir serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas, também, adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando, assim, o risco de adoecer (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008).

Corroborar-se, entretanto, a indagação de Santos (2010), quando, refletindo sobre a amplitude da redação desse artigo, a autora questiona sobre qual será o campo de atuação do sistema de saúde - Como dotar um sistema de serviços públicos que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e aos seus determinantes sociais?

Uma vez que o exercício do direito à saúde universal e integral passa a depender das necessidades das pessoas, com o advento da Constituição de 1988, tornou-se o principal argumento para que as necessidades insatisfeitas dos usuários do SUS se transformassem não só em demandas políticas e sociais; como também em demandas judiciais (FLEURY, 2012).

Esse fato, somado às condições financeiras adversas, até hoje, não superadas, em que o SUS foi implantado, certamente, impede a distribuição igualitária de serviços de qualidade, de forma que a população se ache segura na punição desse direito. Esta contradição entre o texto legal e a realidade institucional é responsável pela judicialização da saúde (FLEURY, 2012).

Em meio ao amplo campo de atuação do sistema de saúde e à judicialização do SUS, cabe citar o decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990. Esse decreto obriga o Ministério da Saúde a estabelecer o pacote dos serviços de saúde por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, que aglutina todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. Também regulamenta a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), que deve estabelecer todos os medicamentos que podem ser disponibilizados pelo SUS em suas unidades próprias e conveniadas. Estas devem ser renovadas a cada dois anos. Fato demonstrativo que o direito à saúde é uma obra jamais acabada, de modo que sua concretização é tensionada de forma permanente e dependente da participação de vários agentes sociais, dos poderes estatais e da sociedade civil (SILVA, 2012).

Ainda explicando a compreensão dos conselheiros acerca do direito à saúde, emerge o DSC 5 composto por três ideias centrais representadas pelo grupamento E, denunciando as iniquidades presentes na garantia desse direito, grupamento F, no qual o direito à saúde é reconhecido na lei, porém, não concretizado; e o grupamento G, denunciando a cultura patrimonialista que interfere na efetivação do direito à saúde.

DSC 5: A saúde é um direito nosso. Só que é um direito atribuído a poucos. É como se o Brasil fosse dois ou três Brasis. O SUS na rea-

lidade é excelente, só que ele não funciona na maneira que deveria funcionar, está longe de realizar o que esta no papel. Porque se fosse do jeito que esta lá na Constituição no artigo que se refere à saúde, isso aqui era uma maravilha, estava melhor que a Suíça. Na realidade é um direito que está sendo totalmente distorcido, porque têm pessoas que acham que é um favor para conseguir uma consulta via SUS, para conseguir um atendimento via SUS num hospital ou num posto, tem que ser por o intermédio de alguém, vão lá e dizem eu vou ajeitar e muitas vezes o intermédio é simplesmente para tirar vantagens futuras, muitas vezes pessoas procuram determinadas pessoas por influências políticas para tirar proveito, é o que temos visto nas conferências municipais de saúde, o nosso direito jogado como um favor político. Infelizmente, os gestores de hoje em dia não cumprem com sua responsabilidade, essa parte do dinheiro que às vezes é desviado, então o direito à saúde é violado todos os dias, é surrupiado da população que mais carece, ele não é cumprido (S2, S3, S4, S5, S9, S14, S15, S17).

Supondo, de saída, que toda a sociedade brasileira é beneficiária do SUS, especialmente dos bens públicos de saúde que ele oferece, Medici (2010) realizou uma pesquisa sobre as iniquidades na utilização do SUS entre ricos e pobres e evidenciou que as iniquidades do SUS não estão no grau de utilização do sistema por parte de ricos e pobres, pois os grupos de renda mais elevadas utilizam bem menos o sistema do que os mais pobres. As iniquidades do uso do SUS, porém entre ricos e pobres repousam na natureza dos procedimentos que o sistema disponibiliza aos mais ricos, procedimentos que podem ser

questionados quanto à prioridade social e essencialidade, ante a escassez de recursos (MEDICI, 2010).

Nesta perspectiva, acrescenta-se a causa das iniquidades de acesso aos bens e serviços de saúde do SUS além da relação entre ricos e pobres, relacionada ao baixo financiamento do sistema, o que restringe a oferta de ações e serviços; assim como as formas de privatização do sistema, que destina grande volume de recursos para compra de serviços no setor privado, como também o uso privado da coisa pública, por meio do favor e do clientelismo.

Neste sentido, na medida em que as iniquidades sociais em saúde podem ser compreendidas como a diferença no estado de saúde entre grupos, tais iniquidades no uso dos serviços podem estar relacionadas ao aprofundamento das desigualdades sociais em saúde.

Aqui cabe referir a ideia de Paim (2009), de SUS *para pobres*, refletindo uma noção reducionista de que a saúde pública é coisa para pobre, sendo suficiente uma medicina simplificada. Já os defensores do SUS *real* até reconhecem o direito à saúde, entretanto, na medida em que são reféns da ideologia neoliberal predominante nas instituições públicas, resignam-se com a situação e terminam favorecendo o crescimento do mercado privado de saúde. O SUS *formal* corresponde ao que está estabelecido pela Constituição federal, constituições estaduais e leis orgânicas, embora distante da realidade dos serviços públicos em que prevalecem o SUS real e o SUS para pobres (PAIM, 2009). É neste contexto que o direito à saúde foi trazido no discurso coletivo ao retratar a distância entre esse SUS para pobres e também real, e o SUS formal.

Quando a própria população não reconhece os serviços de saúde como um direito, esses podem ser utilizados como moe-

da de troca de favores. A ausência do sentido do bem público caracteriza as práticas fundamentadas na cultura patrimonialista. É neste sentido que o sujeito coletivo percebe o direito à saúde como um direito violado, pois convive com uma realidade na qual o direito à saúde muitas vezes é negado. Essas experiências provocam nos entrevistados um conflito, haja vista os seus conhecimentos do texto Constitucional e o cotidiano que enfrentam nos serviços de saúde.

Os dilemas da participação

Com a finalidade de conhecer os pensamentos e as opiniões dos conselheiros sobre a participação, utilizamos a seguinte pergunta: o que você entende por participação?

O quadro 3 expressa as ideias centrais sobre participação, das quais emergem três discursos: o DSC 6 traz a participação no sentido de fazer parte; o DSC 7 na perspectiva de fazer movimento social; e o DSC 8 exprime uma ideia aproximada do conceito de participação política.

Quadro 3. Síntese das ideias centrais sobre participação .

DSC 6	A	Representar a população na associação e no conselho
	B	Estar presente em reuniões do conselho e de entidades
DSC 7	C	Reunir e expressar a demanda da população no conselho
	D	Lutar para que as demandas da população sejam atendidas
DSC 8	E	Participar das discussões nos espaços públicos
	F	Fiscalizar as ações do Estado por parte da sociedade civil
	G	Propor soluções para os serviços de saúde no conselho

Fonte: Elaboração dos autores.

O DSC 6 foi organizado em torno de duas ideias centrais: representar a população na associação e no conselho e estar presente em reuniões do Colegiado e de entidades. Nas classificações de Pateman (1992) e Arnstein (1969), é uma pseudo-participação ou não participação, respectivamente.

DSC 6: A participação é a comunidade eleger seus membros para junto com eles a gente colher o que é votado e que tem maioria de votação, portanto, é representar a associação. Neste sentido, participação é a presença da pessoa nas associações, entidades, nas reuniões do conselho; é está engajado nos movimentos, participando de alguma coisa assim, alguma entidade, com a finalidade de procurar estar informado dos direitos (S3, S6, S8, S16, S17, S18).

Inicialmente, é compreensível que a participação esteja conceituada no sentido de estar presente nas reuniões, já que somente aprendemos a participar participando. No início dessa trajetória, estar presente tem fundamental relevância, sobretudo para tomar conhecimento dos direitos e deveres do cidadão, faz parte do processo de aprendizagem. Permanecer, todavia nas instâncias deliberativas apenas com essa perspectiva de passividade prejudica não só a representação dos interesses dos representados, mas favorece também a legitimação dos interesses dos que realmente decidem.

Continuando a explanação da ideia dos conselheiros sobre participação, o sujeito coletivo a conceitua numa perspectiva que evidencia a relação dos conselheiros com a comunidade, trazendo a ideia da representação dos interesses comunitários e sua reivindicação (DSC 7). Dessa forma, a ideia central presente nesse discurso considera participação como reunir e ex-

pressar a demanda (grupamento C) e lutar para que esta seja atendida (grupamento D).

DSC 7: É você está junto das pessoas, você tem que ter uma escuta do povo, esse povo tem um objetivo, as pessoas têm um foco. Então é saber a necessidade do povo, procurar saber o que realmente está acontecendo na sua comunidade e a gente se juntar, pautar de forma organizada e tomar uma posição, e vamos atrás cobrar o que é que tem que vir para a melhoria daquela comunidade. Levar as suas reivindicações para quem de direito, cobrar que realmente aquilo seja feito, defender aquilo que a gente entende que é um direito e uma necessidade, buscar melhorias para a população e reivindicar o bem estar do ser humano (S1, S2, S4, S5, S6, S13, S16, S18).

Os interesses disputados pela sociedade civil nos conselhos de saúde devem corresponder às demandas de um movimento na base, como associações, sindicatos, ONGs etc. Nesse movimento, é fundamental que as reivindicações coletivas sejam pautadas e não os interesses particulares.

A representação dos movimentos sociais no conselho adquire relevância, na medida em que este espaço funciona como instância fiscalizadora, no intuito de reduzir a possibilidade de transgressão pelo Estado e esses representantes se configuram como porta-vozes das demandas populares (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Para Gohn (2011), a participação de segmentos sociais na formulação de políticas públicas e a possibilidade de a população ter acesso aos espaços nos quais as decisões são tomadas, possibilitam imprimir um novo formato a essas políticas. Esse processo exige outro padrão de relações entre Estado e Sociedade Civil.

No DSC 8, a participação é entendida como a inclusão das entidades no conselho, participando do processo de debate de maneira democrática (grupamento E). Além da participação por meio do voto, os conselheiros a expressaram no sentido de fiscalizar, discurso representado pelo grupamento F e, sobretudo propor soluções para os problemas do sistema de serviços de saúde, ideia central do grupamento G.

DSC 8: É uma luta social que envolve muita coisa, sobretudo o que nós estamos vivendo lá no próprio conselho, é o presidente dos sindicatos, das associações discutindo democraticamente o seu espaço junto aos conselhos, portanto é o nosso direito de expressão, um direito que qualquer cidadão tem, pois está na lei que você tem o direito de exigir seus direitos. Essas manifestações que estão aí, todo mundo está correndo atrás do que a gente realmente precisa, a gente precisa cobrar, ir aos conselhos cobrar e fiscalizar para que as coisas sejam feitas de forma justa, de uma forma legal. Assim, além de participar das eleições com o voto a gente participa também das políticas públicas trazendo soluções para ajudar a sociedade, de uma forma geral é isso (S2, S5, S6, S7, S9, S11, S14).

Para Coelho, Andrade e Montoya (2006), o processo de institucionalização da participação por meio dos conselhos é considerado como importante mecanismo da democracia deliberativa. De acordo com os referidos autores, o conteúdo substantivo desse modelo representa uma ampliação do espaço público, com a possibilidade de a discussão aberta e de liberação acerca de políticas públicas e a democratização do processo decisório.

Considerando essa perspectiva, o discurso do sujeito coletivo trouxe a ampliação do espaço público para discussão aberta, no entanto, sem fazer referência à deliberação. Levando em consideração a escada de participação cidadã de Arnstein, a compreensão acerca de participação presente neste discurso é apresentada conforme o degrau mais alto dentro do nível de participação simbólica, denominado de conciliação.

Neste degrau, as regras permitem que os cidadãos façam recomendações, mas o poder de decidir continua retido nas mãos de poucos. Isso ocorre quando a sociedade pode opinar indefinidamente, contudo, tais opiniões não se vinculam à decisão (GARCIA, 2009).

Outro elemento presente no DSC 8 consiste na fiscalização das ações do Estado por parte da sociedade civil nos espaços do conselho de saúde, contudo, o exercício da fiscalização e do controle social requer conhecimentos e informações de que, muitas vezes, a maioria dos conselheiros não dispõe o que revela a fragilidade desse poder.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O discurso hegemônico sobre saúde se relacionou ao estado de bem-estar e, dessa forma, considera-se que os entrevistados possuem um conceito de saúde bastante próximo ao que foi preconizado pelo movimento sanitário. Ainda se identificou, porém, um discurso minoritário com uma dimensão biologicista, admitindo a ausência de doença como elemento explicativo para a saúde.

O discurso do sujeito coletivo sobre o direito à saúde esteve relacionado ao acesso aos bens e serviços determinantes e condicionantes da saúde, evidenciando o conhecimento teóri-

co e/ou prático do Texto Constitucional. A realidade de negação desse direito, entretanto, foi denunciada pelos entrevistados, o que demonstra a angústia dos conselheiros em vivenciar essa contradição.

Por fim, as concepções de participação dos conselheiros não estão permeadas pela plena consciência da possibilidade de compartilhamento do poder de decisão no processo de concretização do direito à saúde, tendo que avançar neste sentido. Acredita-se, entretanto, que essa participação, ao buscar uma articulação com seus representados, pode configurar-se numa importante ferramenta de luta.

Considera-se que as concepções dos pesquisados sobre saúde, direito à saúde e participação estão alinhadas com os referenciais do movimento da Reforma Sanitária, porém, esse alinhamento tem pouca repercussão na garantia do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. In: SANTOS, L. Direito da saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes, 2010.

ALMEIDA FILHO, N. A. o que é saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ARNSTEIN, S. R. A Ladder Of Citizen Participation, Journal of the American Institute of Planners, v. 35, n. 4, p. 216-224, 1969. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/01944366908977225>>. Acesso em: 21 out. 2013.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-365, abr./jun., 1998.

BRASIL. Decreto nº 7.508/Presidência da República/Casa Civil, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, 28 jun. 2011.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Saúde Soc. São Paulo, v. 21, supl.1, p. 138-151, 2012.

COELHO, V. S. P.; ANDRADE, I. A.L.; MONTOYA, M.C. Fóruns deliberativos: uma boa estratégia para melhorar nossas políticas sociais? Cronos, Natal-RN, v. 7, n. 1, p. 15-25, jan./jun. 2006.

FLEURY, S. Judicialização pode salvar o SUS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.36, n.93, p. 159-162, abr./jun. 2012.

GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F.T.S. O Direito à Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 27-44, 2008.

GARCIA, L. P. Definição de critérios para verificação da adequabilidade do modelo level of participation, de David Wilcox, como base para a classificação dos objetivos educacionais em ações de estímulo

ao controle social. 2009, 107p. Monografia (Especialização). Universidade Gama Filho. Brasília – DF, 2009.

GERSCHMAN, S. A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GOHN, M.G. Conselhos gestores e participação sociopolítica. São Paulo, Cortez, 2011.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A.M. C. Discurso do Sujeito Coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

MEDICI, A. Breves considerações sobre a relação entre financiamento da saúde e direito sanitário no Brasil. In: SANTOS, L. Direito da saúde no Brasil. Campinas,SP: Saberes, 2010.

OLIVEIRA, L.C. As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro. 258p. Tese (doutorado) Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R.A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

PAIM, J.S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: UDUFBA, 2006.

_____. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PATEMAN, C. Participação e teoria democrática. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

SANTOS, L. Direito da saúde no Brasil. Campinas, SP: Saberes, 2010.

SEVERO, D.O.; DA ROS, M.A. A Participação no controle social do SUS: concepção do movimento dos trabalhadores rurais sem terra. Saúde Soc. São Paulo, v. 21, supl.1, p. 177-184, 2012.

SILVA, M.B.B. O direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 5-8, jan/mar. 2012.

PARTE 3

DIVERSIDADES EPISTEMOLÓGICAS

TEMÁTICAS

CAPÍTULO 10

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: DOS ASPECTOS HISTÓRICOS DO ENVELHECIMENTO AO PERFIL DEMOGRÁFICO DE IDOSOS DO CEARÁ

Juliana Lucena de Miranda Cavalcante

Lillian de Queiroz Costa

Elzo Pereira Pinto Junior

Edina Silva Costa

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

Desde o início da civilização, o envelhecimento é considerado fator relevante para a constituição das sociedades. (PAPALÉO NETTO, 2002; ALBUQUERQUE, 2008; PEREIRA et al., 2009). Em Roma e na Grécia, no século II a.C. os idosos eram valorizados e respeitados, comandavam as famílias e eram privilegiados pela sua experiência (PAPALÉO NETTO, 2002; ALBUQUERQUE, 2008).

Alguns séculos mais tarde, já na Idade Média, os idosos eram pouco numerosos e sobreviver era uma tarefa árdua, necessitando da ajuda da família, da igreja e de alguns senhores feudais (ALBUQUERQUE, 2008).

De acordo com Piccolo (2011, p.169), “definir a velhice é uma questão social, coletiva e profundamente complexa”, pois as concepções de velhice variam de acordo com os períodos históricos. Na França, no século XIX, velho era compreendido como alguém que não podia mais se sustentar financeiramente

sozinho, passando a depender de outras pessoas. Nada tinha de relacionado com a questão cronológica (PICCOLO, 2011).

A velhice surge como nova etapa da vida apenas no século XIX. Esse fato esteve vinculado à modernização das sociedades ocidentais e foi essencial para que se desenvolvessem sociedades que determinassem a periodização da vida humana em etapas cronológicas (SILVA, 2008).

A sociedade se torna cada vez mais complexa, com pouca valorização da vida simples. Os ideais se voltam à acumulação de capital e à valorização do homem forte (produtivo), conforme sua capacidade laboral. Os mais frágeis, representados pelos idosos, deficientes, doentes e portadores de transtornos mentais, são postos à margem da sociedade (PAPALÉO NETTO, 2002; PICCOLO, 2011).

Ante uma sociedade capitalista, qualquer ameaça neste sentido pode ser avaliada por demais negativa. Os processos patológicos físicos e psíquicos, as alterações funcionais, bem como a própria chegada da velhice, podem ser vistos como algo indesejado (GUERRA; CALDAS, 2010). Alguns estudos demonstram que idosos associam a chegada da velhice à perda da capacidade laboral e à dependência em relação à família ou parentes próximos, além de estar relacionada ao aparecimento de enfermidades (SANTOS, 2002; GUERRA; CALDAS, 2010).

A percepção desta etapa da vida como algo negativo também está associada à sensação de desaceleração da vida. Por conta de todas as perdas e acontecimentos, os idosos necessitam de uma vida com maiores contatos com seus familiares e amigos, procurando, inclusive, se envolver de forma ativa nas relações entre filhos e netos (LIMA; COELHO, 2011).

Contribuindo com essa visão depreciativa do envelhecimento, aflora uma sociedade ligada a padrões de beleza deter-

minados, que prioriza a juventude e a estética das coisas e pessoas. Esse fato se concretiza quando se observa o crescimento do número de cirurgias plásticas e dos vários tratamentos de beleza e estética (MOTA, 2002).

É necessário destacar, porém, que a velhice também pode ser bem tolerada, principalmente quando é esperada, e isso ocorre devido uma série de fatores no decorrer da vida humana (LIMA; COELHO, 2011). Oliveira (2007) propõe a necessidade da mudança de paradigma, estimulando a ruptura de estereótipos negativos atribuídos a este período, desmistificando esta etapa da vida como algo nocivo, incorporando aspectos positivos, reconhecendo esta fase como uma grande conquista social.

Na concepção de Piccolo (2011, p.172):

Por uma questão de coerência, tanto filosófica como prática, não podemos coadunar com o pressuposto de que a juventude signifique por si só saúde e o envelhecimento à simbologia de sua decadência devido ao desgaste do organismo.

O envelhecimento não é apenas algo natural e biológico, mas, se “constitui também como elemento histórico e social que varia de acordo com os interesses de uma determinada sociedade.” (OLIVEIRA, 2007; SILVA; FEIJÃO, 2008). Envelhecer é um fenômeno complexo e multifacetado, abrangendo diversas dimensões do conhecimento, incluindo a biológica, psicológica, social, demográfica, jurídica, política, entre outras (BERZINS; BORGES, 2012).

Nas últimas décadas, o aumento no número de pessoas idosas é considerado elemento primordial que merece a atenção especial por parte da sociedade e dos poderes públicos. A

Organização das Nações Unidas (ONU) se refere ao período dos anos de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento (ALBUQUERQUE, 2008). Este fenômeno é desafiador, principalmente quando se pretende proporcionar qualidade significativa há esses anos acrescidos (CAMARANO et al., 2004; MOIMAZ et al., 2009; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

Na perspectiva da evolução científica, relacionada a essa etapa da vida, tem-se que, durante os séculos XVIII e XIX, surgiram alguns estudos médicos referentes ao processo de envelhecimento, porém restritos às doenças comuns da senilidade e aos seus respectivos tratamentos (PEREIRA et al. 2009). Somente no século XX, foi que se reconheceu a importância de estudos que beneficiem o envelhecimento em outras perspectivas, não se limitando a questões patológicas e biológicas (PEREIRA et al., 2009).

Assim, o século XX se destacou como um período no qual a ciência do envelhecimento teve grandes avanços, destacando-se o trabalho de Metchnikoff, em 1903, que estabeleceu os fundamentos da Gerontologia (estudo da velhice de maneira interdisciplinar) e Nasher, em 1909, com o surgimento da Geriatria desvendando os aspectos clínicos deste período (PALÉO NETTO, 2002).

Acredita-se que a experiência acumulada dos idosos um dia poderá ser zelada e considerada como algo importante para a sociedade, enquanto as descobertas teóricas e técnicas poderão ser descartadas ante as muitas outras novas descobertas (NEGREIROS, 2003).

Entendendo a importância dos idosos na sociedade contemporânea, buscamos caracterizar o perfil demográfico dos idosos no Estado do Ceará.

METODOLOGIA

Estudo ecológico, quantitativo, com abordagem descritiva. Esta pesquisa abrange as pessoas idosas (mais de 60 anos) residentes no Estado do Ceará no período de 2000 a 2011, segundo as estratificações de macrorregião e microrregiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Ceará.

O período do estudo foi subdividido em quatro triênios (2000 a 2002; 2003 a 2005; 2006 a 2008; e 2009 a 2011), de forma a reduzir as variabilidades anuais, porventura existentes.

Os dados foram obtidos de fontes secundárias, por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisas e Estratégias Econômicas do Ceará (IPECE).

A coleta de dados se deu com o auxílio do programa Tabwin versão 3.2 (arquivos reduzidos em formato de DEF) e, posteriormente, os dados foram organizados em planilhas do software Excel. Nesse mesmo software foi conduzida a análise estatística descritiva, realizada por meio das frequências absolutas e relativas.

Para o cálculo dos percentuais de idosos em cada faixa etária foi utilizado como referência o total de idosos de cada triênio, para se calcular os percentuais totais, tomou-se como referência a soma da população residente no Ceará em cada triênio, segundo dados do IPECE.

Apesar de este estudo envolver a utilização de banco de dados secundários, ele foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), para apreciação ética por meio do site da Plataforma Brasil, obtendo parecer favorável (Nº. 370.566).

RESULTADOS

Os resultados foram descritos com relação aos aspectos demográficos dos idosos (destacando, especificamente, faixas etárias e gênero), os quais foram subdivididos de acordo com as microrregiões e macrorregiões de saúde do Estado.

No Estado do Ceará, observa-se aumento do número de idosos, passando de 664.989 idosos, em 2000, para 917.199, em 2011, o que representa um acréscimo de 37,9% desse quantitativo em 12 anos (Figura 1).

Figura 1 – Crescimento do número de idosos no Estado do Ceará de 2000 a 2011.



Na tabela 1, realizou-se uma análise por triênios sendo possível observar o crescimento do número de idosos de maneira geral, ultrapassando o percentual de 8,8% do total da população (primeiro triênio), para 10,3% (último triênio).

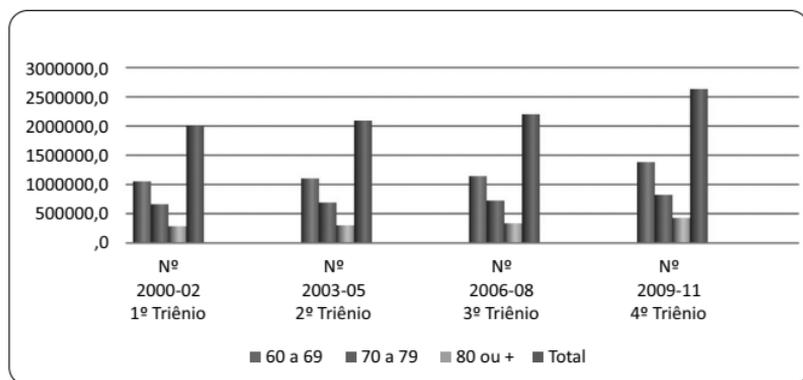
Tabela 1 – Censo de idosos, por triênio e faixa etária, no Estado do Ceará no período de 2000 a 2001.

Grupos de idosos (em anos)	1º Triênio		2º Triênio		3º Triênio		4º Triênio	
	2000-02		2003-05		2006-08		2009-11	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60 a 69	1.054.782	52,6	1.102.142	52,64	1.140.636	51,81	1.381.630	52,47
70 a 79	662.865	33,06	691.802	33,04	725.178	32,94	822.131	31,22
80 ou +	287.316	14,33	299.635	14,31	335.397	15,23	429.275	16,3
Total	2.004.963	8,88	2.093.579	8,92	2.201.211	9,02	2.633.036	10,38

Fonte: DATASUS

Na visualização da figura 2, é perceptível o crescimento de idosos em números absolutos em todas as faixas etárias. Observa-se também que a coluna que representa os idosos com idades entre 70 a 79 anos permaneceu praticamente *estável*, quase sem alterações. Entretanto, as colunas representantes dos idosos com 60 a 69 anos e 80 anos ou mais foram as que demonstraram maiores diferenças no período.

Figura 2 – Distribuição da quantidade total e por faixa etárias específicas de idosos, no Estado.



Fonte: DATASUS

Em todas as regionais de saúde observa-se aumento proporcional do número de idosos, acompanhado por uma maior prevalência de idosos do sexo feminino (tabelas 2 e 3).

A seguir, são apresentadas duas tabelas, referentes aos anos 2000 e 2011, que detalham o quantitativo de idosos, conforme região de saúde e gênero, detalhando-se os valores absolutos e relativos, além da quantidade total de idosos em cada localidade e da relação percentual com o quantitativo geral de idosos do Estado. Assim, é notória a contribuição de cada região relativa ao seu quantitativo de idosos, tomando como referência o Estado.

Tabela 2 – Distribuição de idosos por sexo entre as regionais de saúde e sua variação em relação ao Estado no ano 2000.

Região de Saúde	Distribuição de idosos por sexo				Total	
	Masculino	%	Feminino	%	Número total de idosos	% em relação às regiões
Fortaleza	61.450	36,3	101.698	60,1	169.148	7,4
Caucaia	15.645	47,7	17.086	52,2	32.731	7,1
Maracanaú	12.819	5,9	15.066	54	27.885	6,8
Baturité	6.462	49,4	6.606	50,5	13.068	10,5
Canindé	9.337	49,9	9.359	50	18.696	10,5
Itapipoca	10.266	49,4	10.483	50,5	20.749	9,1
Aracati	3.707	45	4.519	54,9	8.226	8,5
Quixadá	14.668	48,9	15.288	51	29.956	10,8
Russas	8.216	48,1	8.850	51,8	17.066	9,6
Limoeiro do Norte	9.720	47,5	10.709	52,4	20.429	10,1

Sobral	24.923	46,4	28.703	53,5	53.626	9,8
Acaraú	7.400	50,3	7.296	49,6	14.696	8,2
Tianguá	11.312	46,8	12.841	53,1	24.153	9,3
Tauá	5.558	50	5.545	49,9	11.103	10,4
Crateús	15.156	47,4	16.781	52,5	31.937	11,2
Camocim	5.540	48,4	5.902	51,5	11.442	8,2
Icó	8.882	48	9.589	51,9	18.471	11,2
Iguatu	15.171	48,1	16.333	51,8	31.504	11
Brejo Santo	9.033	46,3	10.452	53,6	19.485	10,1
Crato	13.991	45,6	16.664	54,3	30.655	10,2
Juazeiro do Norte	13.983	41,9	19.319	58	33.302	9,5
Cascavel	10.098	48,8	10.568	51,1	20.666	8,8
Total	293.337	-	359.657	-	658.994	-

Fonte: IBGE/PNAD.

Das regiões de saúde descritas na Tabela 2, que se destacaram por possuírem maior proporção de pessoas idosas, em relação à população de idosos do Estado, foram as de Iguatu (11,0%), Icó (11,2%) e Crateús (11,2%). A que estavam menor proporção foram Maracanaú (6,8%), Caucaia (7,1%) e Fortaleza (7,4%). Vale ressaltar que as três regiões que demonstraram menor quantitativo de idosos pertencem a uma só macrorregião de saúde.

Com relação às distribuições de idosos em 2011, tem-se o seguinte resultado:

Tabela 3 – Distribuição de idosos, por sexo, entre as regionais de saúde e sua variação em relação ao Estado no ano 2011.

Regional de Saúde	Distribuição por Sexo				Total	
	Masculino	%	Feminino	%	Número total	% em relação às regiões
Fortaleza	103.486	39,7	157.165	60,2	260.651	9,8
Caucaia	24.061	46,5	27.647	53,4	51.708	9
Maracanaú	19.893	45,4	23.899	54,5	43.792	8,7
Baturité	7.560	47,7	8.258	52,2	15.818	11,7
Canindé	12.050	49	12.503	50,9	24.553	12,4
Itapipoca	14.193	49,1	14.694	50,8	28.887	10,4
Aracati	5.786	45,5	6.913	54,4	12.699	11,4
Quixadá	18.962	47,9	20.551	52	39.513	12,7
Russas	10.989	46,9	12.410	53	23.399	12,1
Limoeiro do Norte	13.044	47	14.664	52,9	27.708	12,6
Sobral	32.409	45,5	38.670	54,4	71.079	11,5
Acaraú	10.473	48,9	10.909	51	21.382	9,9
Tianguá	15.356	46,4	17.737	53,5	33.093	11
Tauá	7.549	48,8	7.899	51,1	15.448	13,8
Crateús	19.227	46,6	21.992	53,3	41.219	14,1
Camocim	7.403	47,2	8.265	52,7	15.668	10,3
Icó	11.142	46,5	12.793	53,4	23.935	14,1
Iguatú	20.581	47,5	22.715	52,4	43.296	13,9
Brejo Santo	11.925	45,8	14.095	54,1	26.020	12,5
Crato	19.046	45,3	22.952	54,6	41.998	12,6
Juazeiro do Norte	18.808	41,9	26.025	58	44.833	11,1
Cascavel	14.637	47,4	16.215	52,5	30.852	10,2
Total	418.580	-	518.971	-	937.551	-

Fonte: IBGE/PNAD

Em 2011, observamos que Fortaleza (9,8%), Maracanaú (8,7%) e Caucaia (9,0%) cresceram nas proporções de idosos em relação ao ano de 2000 apesar de continuarem indicando as menores proporções de idosos. As regiões de saúde, porém que apontaram maiores proporções de pessoas senis, em 2011, continuam sendo Crateús (14,1%), Iguatu (13,9%) e Icó (14,1%) (Tabela 3).

Fazendo-se um comparativo do primeiro e dos últimos anos da série histórica relativo à distribuição das pessoas de mais de 60 anos no Estado, distribuído por faixa etária e sexo, tem-se o resultado na tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de idosos, por faixa etária e sexo, no Ceará, nos anos 2000 e 2011.

Faixa etária	2000						2011					
	Masc		Fem		Total Geral		Masc		Fem		Total Geral	
Idosos	N	%	N	%	Total	%	N	%	N	%	Total	%
60 a 69 anos	157.373	52,5	189.238	52,6	346.611	52,6	224.221	53,5	262.706	50,6	486.927	51,9
70 a 79 anos	100.034	33,4	117.881	32,7	217.915	33,0	126.956	30,3	162.822	31,3	289.778	30,9
80 ou mais	41.930	14,0	52.538	14,6	94.468	14,3	67.403	16,1	93.443	18,0	160.846	17,1
Total	299.337	-	359.657	-	658.994		418.580	-	518.971	-	937.551	-

Fonte: DATASUS.

De acordo com a tabela 4, percebe-se a prevalência de idosos do sexo feminino, em ambos os anos analisados. Nas tabelas 2 e 3, notamos também prevalência do sexo feminino, tendo como exceção as regionais de Acaraú (50,3%) e Tauá (50,0%) que, no ano 2000, denotaram maioria do sexo masculino.

DISCUSSÃO

Apesar de se tratar de estudo envolvendo dados secundários, há de se reconhecer a importância da utilização desses dados na realização de pesquisas científicas, hajam vista amplitude nacional e a sua capacidade na obtenção de diagnósticos situacionais demográficos e analíticos relativos aos aspectos aqui abordados.

Desse modo, há o envelhecimento populacional como uma das grandes conquistas da humanidade e um desafio no sentido do processo adaptativo da sociedade a essas transformações demográficas (OMS, 2005).

Essas transformações, que se limitavam a regiões desenvolvidas dos países, se alteram substancialmente, passando os países em desenvolvimento a fazer parte também dessas mudanças. A forma como se encara esse processo varia entre as sociedades (OMS, 2005).

No Brasil, a mudança na estrutura etária da população e a rapidez da sua transformação são fenômenos identificados discutidos há algum tempo (VERAS, 1988).

Evidencia-se uma carência de estudos que abordem a questão social referente a consequências do processo de envelhecimento da população (VERAS, 1988). A maioria dos estudos que envolvem idosos no Ceará refere-se a questões relativas a limitações e dependência, instituições de longa permanência, violência contra os idosos, uso abusivo de medicamentos, entre outros.

Na análise por triênios, observamos um aumento significativo no número de idosos, fazendo-se necessário considerar as consequências disso para a sociedade. De acordo com o Censo do IBGE (2010), o Brasil tem 10,9% de idosos em sua

população geral, valor muito compatível com o percentual de idosos no Ceará (10,3%).

Segundo a OMS (2005), um país pode ser considerado envelhecido quando 7% da sua população assim constituída é formada de pessoas com 60 anos ou mais de vida (MARIN et al., 2004; VITOR et al., 2009). Percebemos que os percentuais encontrados no Ceará e no Brasil encontram-se bem acima da referência, e, portanto é lícito afirmar que, não somente o País, mas também o Estado do Ceará e suas micro e macrorregiões se encontram em decurso de envelhecimento demográfico.

A faixa etária, entre os idosos, que apontou maior crescimento foi a de 80 anos ou mais, porém, a que concentrou o maior número de idosos no Estado do Ceará foi a de 60 a 69 anos. Esse resultado corrobora o que dispôs Veras (1995), quando relata que a maioria das pessoas idosas se encontra justamente nesta faixa de 60 a 69 anos, diferindo da realidade europeia, onde a maioria dos idosos está acima dos 70 (faixa etária que também mais cresce).

Apesar de, em todos os triênios analisados, prevelecer, em termos quantitativos, a faixa etária de idosos com 60 a 69 anos, sabemos que a faixa etária dos mais velhos (80 ou mais anos) é objeto de uma elevação acentuada, o que pode ser uma explicação para o aumento de gastos no setor saúde.

Os idosos com idades avançadas (80 anos ou mais) estão mais propensos a ter algum grau de incapacidade física e de serem dependentes nas práticas de atividades da vida diária. Portanto, faz-se necessária a identificação dos possíveis cuidadores, para que os profissionais atuantes na atenção primária possam apoiá-los, dando o suporte necessário no sentido de orientar quanto aos cuidados na prevenção de complicações e agravos (NUNES et al., 2010).

Com relação aos idosos mais jovens, é recomendado utilizar atividades de orientações rotineiras sobre a prevenção, impedindo que possíveis agravos possam contribuir e provocar internações desnecessárias e evitáveis.

No cenário em que considera-se a distribuição por sexo, nota-se que em todo o Estado, e na maioria das regionais de saúde estudadas, a prevalência de mulheres entre os idosos é destaque. Esse fenômeno, também não foi algo inovador, pois já são encontrados resultados semelhantes em várias outras pesquisas (NEGREIROS, 2003; CARVALHO et al., 2009; NICODEMOS; GODOI, 2010). Outro fato interessante foi que em todas as faixas etárias entre os idosos, no Estado, prevaleceu o sexo feminino.

Alguns autores justificam o fenômeno da feminização da velhice como resultado do aumento da expectativa de vida das mulheres em relação aos homens e do maior cuidado das mulheres em relação à sua saúde (VERAS, 2004). Segundo Carvalho et al. (2009, p. 580), “as mulheres são detentoras de saberes e práticas de saúde vivenciadas nas suas experiências cotidianas do cuidar e identificam de forma precoce sinais e sintomas de várias doenças [...]”. Assim, têm-se as mulheres vivendo, em média, sete anos a mais do que os homens (SALGADO, 2002).

Algumas pesquisas justificam a feminização pela menor mortalidade de idosas quando em comparação com os idosos do sexo masculino (NEGREIROS, 2003; LUIZAGA; GOTLIEB, 2013). Os homens morrem mais e mais precocemente do que as mulheres, predominando o sexo feminino entre as pessoas de mais de 60 anos (LUIZAGA; GOTLIEB, 2013).

Vale ressaltar, ainda, que, além dos idosos, as mulheres também demandam por cuidados mais especializados e vol-

tados para as suas necessidades de saúde específicas. Podemos mencionar, dentre esses, a prevenção de câncer de colo do útero e mama, prevenção e tratamento da depressão e diagnóstico e tratamento dos sintomas da menopausa, entre outros.

Apesar de as mulheres se expressarem em maiores proporções e serem mais longevas, quando comparadas aos homens, estas tendem a apresentar maiores números de incapacidades físicas (GRUNDY, 2003). Portanto, consideramos a questão de gênero no planejamento das ações de saúde um fator importante para que possamos prestar uma assistência de qualidade, prevenindo tanto as interações por condições sensíveis como mortes evitáveis.

Em razão da velocidade do aumento do número de idosos presentes no Mundo, no Brasil e no Ceará, como pode ser constatado, foi que Minayo e Coimbra (2002, p. 46) relataram ser necessário “ouvir a lógica deste grupo socioetário”, contando com a sua participação na resolução e satisfação das suas principais demandas, as quais, muitas vezes, coincidem com as da sociedade de maneira geral.

CONCLUSÃO

Por intermédio desta pesquisa, foi possível obter resultados consistentes para a obtenção de um diagnóstico situacional demográfico e analítico relativo aos aspectos ligados ao envelhecimento.

A alteração demográfica é algo real, sendo apontada a necessidade de preparar a sociedade para enfrentar as consequências que poderão surgir com a materialização deste fenômeno, principalmente quando se refere a um estado pobre e

que enfrenta dificuldades sociais e econômicas, situado no interior do Nordeste brasileiro.

O Ceará está caracterizado como Estado com elevada concentração de idosos. Tais pessoas estão mais propensas a registrar doenças crônicas e complicações relativas a esses agravos, necessitam de cuidados apropriados, de maiores gastos e de tecnologias mais avançadas que possam satisfazer as necessidades de saúde específicas desse grupo-alvo.

Este estudo não pretende caracterizar esta alteração demográfica como uma vilã, responsabilizando-a pelas mazelas da sociedade. O foco é demonstrar a necessidade de mudanças e direcionamento das políticas públicas voltadas para esta parcela da população, destacando as necessidades de saúde dos idosos no momento da formulação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. M. L. Envelhecimento ativo: desafios do século. São Paulo: Andreoli, 2008.

BERZINS, M. V; BORGES, M. C. (Orgs.). Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, A. M. (org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, p. 411-426, 2004.

CARVALHO, C. M. R. G.; BRITO, C. M. S.; NERY, I. S.; FIGUEIREDO, M. L. F. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 4, p. 579-582, jul./ago. 2009.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, set. 2010.

GRUNDY, E. The epidemiology of aging. In: TALLIS, R.; FILLIT, H. editors. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. p. 3-20.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Resultado do Censo 2010 [on-line]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php> Acesso em: 25 out. 2013.

LIMA, P. M. R.; COELHO, V. L. D. A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 31, n. 1, p. 4-19, 2011.

LUIZAGA, C. T. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.16, n.1, p.87-99, 2013.

MARIN, M. J. S.; AMARAL, F. S.; MARTINS, I. B. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “risco de quedas”

entre idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57, n. 5, p. 560-564, set./out. 2004.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., CARLOS, E.A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MOIMAZ, S. A. S.; ALMEIDA, M. E. L.; LOLLI, L. F.; GARBIN, C. A. S.; SALIBA, N. A. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. v. 12, n. 3, p. 361-375, 2009.

MOTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA, JR., C.E.A. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002. p. 37-50.

NEGREIROS, T.C. G. M. Envelhecimento e espiritualidade: algumas considerações psicossociais. *Revista Magis Cadernos de Fé e Cultura*, n. 43, 2003.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev. Ciênc. Ext.*, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010.

NUNES, D. P.; NAKATANI, A. Y.; SILVEIRA, É. A.; BACHION, M. M.; SOUZA, M. R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por Equipes Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010.

PAPALÉO-NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V; PY, L; NERI, A. L; CANÇADO, F. A. X; GORZONI, M. L; ROCHA, S. M. (Org). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 2-12.

PEREIRA, A. M. V. B.; SCHNEIDER, R. H.; SCHWANKE, C. H. A. Geriatria, uma especialidade centenária. *Scient Méd*, v. 19, n. 4, p. 54-61, out./dez. 2009.

PICCOLO, G. M. Os caminhos dialéticos do envelhecimento e sua relação com a educação física contemporânea. *Revista Brasileira Ge-*

- riatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 169-177, 2011.
- ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiológica & Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2013.
- SALGADO, Carmen Dalia Sanchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud. Interdiscip. Envelhec.* Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.
- SANTOS, G. A. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n.1, nov. 2002.
- SILVA, L.R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, jan./mar. 2008.
- SILVA, A. M. S.; FEIJÃO, M. L. X. A análise institucional da velhice e o papel das representações sociais como um saber prático. Dezembro, 2008. Disponível em: <<http://analiseinstitucional.wordpress.com/2008/12/12/sobre-a-velhice/>> Acesso em: 09 dez.2013.
- OLIVEIRA, R. C. S. O processo histórico do estatuto do idoso e a inserção pedagógica na universidade aberta. *Revista Histedbr*, Campinas, n. 28, p. 278-286, dez. 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- VERAS, R. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 382-397, 1988.
- _____. Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro/ third age. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- . A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA, A. L; CALDAS, C. P (orgs.). *Saúde do idoso: a arte do cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 3-10.
- VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; VASCONCELOS, F. F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.

CAPÍTULO 11

SUBSÍDIOS PARA PESQUISAS SOBRE A OBE- SIDADE: A INFLUÊNCIA DA INFECÇÃO PELO *HELICOBACTER PYLORI* SOBRE O ES- TADO NUTRICIONAL

Helena Alves de Carvalho Sampaio

Daianne Cristina Rocha

Cícera Beatriz Baratta Pinheiro

Antônio Augusto Ferreira Carioca

Soraia Pinheiro Machado Arruda

José Wellington de Oliveira Lima

INTRODUÇÃO

A incidência de obesidade entre os brasileiros aumentou 54% de 2006 a 2012. Ao todo, 51% da população acima de 18 anos têm excesso de peso. Entre os homens, o excesso de peso atinge 54% e entre as mulheres, 48% (BRASIL, 2013).

Esse é resultado de um montante de fatores relacionados ao estilo de vida, incluindo um aumento na ingestão de alimentos calóricos e diminuição da atividade física, atitudes atribuídas à natureza sedentária do homem moderno e aos meios de transporte (FENTOFU et al., 2009).

Na busca de mais causas determinantes da obesidade, nos últimos anos a literatura começou a explorar uma possível associação entre obesidade e presença de infecção pelo *H. pylori*.

A infecção pelo *H. pylori* ocorre em todo o Mundo e acomete mais da metade da humanidade, sendo considerada importante problema de saúde pública. Sua prevalência é signifi-

cativamente maior em países em desenvolvimento, e em todas as faixas etárias, acometendo de 70% a 90% da população. Em países desenvolvidos a prevalência é menor, situando-se de 25% a 50%. No Brasil a prevalência em adultos de 82% (World Gastroenterology Organization - WGO, 2010).

Pesquisas apontam que a infecção pelo *H. pylori* pode influenciar a ingestão e homeostase calórica mediante a sinalização da grelina (BLASER, ATHERTON, 2004), um peptídeo secretado no estômago e implicado no comportamento de ingestão alimentar e regulação do peso corporal. O tipo de influência que ocorre, entretanto, ainda é tema controverso.

Sabe-se que ocorre elevação fisiológica dos níveis de grelina durante o jejum, aumentando o apetite e sinalizando para a ingestão alimentar. Desde o início do ato de comer, seus níveis vão se reduzindo, na mesma medida em que o apetite também diminui e, desta forma, a alimentação é finalizada (KONTUREK et al., 2004).

Consoante reportam alguns autores, a gastrite frequentemente induzida pela infecção pelo *H. pylori* leva a uma redução dos níveis de grelina gástrica, com repercussão nos níveis séricos. Se esta redução de fato ocorre, pode estar associada à perda ponderal (OSAWA et al., 2005).

Coerentemente, a erradicação da bactéria parece influenciar a dinâmica da grelina, restaurando os níveis desta e aumentando o peso corporal (NWOKOLO et al., 2003; TATSUGUCHI et al., 2004).

A relação, entretanto, não é assim tão clara, de forma que há estudos contraditórios dessas observações citadas (NWOKOLO et al., 2003), mas há ensaios que apontam ganho ponderal com a presença do microorganismo (BLASER,

ATHERTON, 2004). Há, ainda, pesquisas que não detectaram alterações dos níveis de grelina associadas à infecção (OSAWA et al., 2005).

A adição de um potencial mediador no processo de ganho ponderal, a *H. pylori*, produz as seguintes interrogações: existe influência da infecção pelo microorganismo sobre o peso corporal? Há respostas diferenciadas segundo presença ou ausência de excesso ponderal previamente à infecção?

Em face da ausência de conclusões definitivas, justifica-se a realização desta investigação, que pretende estudar os efeitos da presença de *H. pylori* sobre o estado nutricional em pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, de abordagem quantitativa e comparativa, desenvolvido em uma unidade de saúde que atende pacientes do SUS. A Unidade de Saúde foi escolhida com base na existência, ali de um Serviço de Endoscopia Digestiva, uma vez que a realização do exame endoscópico é uma das estratégias disponíveis para diagnóstico da presença de infecção pela *H. pylori*.

A população do estudo foi constituída por pacientes atendidos pelo SUS e que buscaram o Serviço de Endoscopia da Instituição citada para realização de endoscopia digestiva alta.

A amostra foi calculada considerando revisão sistemática com metanálise de Nweneka e Prentice (2011), que avaliaram estudos enfocando a temática a ser aqui abordada. Para o cálculo, dentre os estudos englobados pelos autores citados, foram considerados os que tiveram pelo menos 50 pessoas em cada um dos dois grupos (*H. pylori* positivo ou negativo), com

um erro alfa = 0,05 e poder = 0,80. Assim, a amostra prevista, dependendo do estudo avaliado, variou de 38 a 72 pessoas em cada grupo. Opta-se pelo número maior, para conferir precisão às análises realizadas. Assim, a amostra ficou constituída por 144 pacientes, a serem distribuídos igualmente em cada grupo: 72 pessoas *H. pylori* positivo e 72 pessoas *H. pylori* negativo.

Foram incluídos indivíduos (20 a 59 anos), de ambos os sexos, e que estivessem sendo atendidos no Serviço citado para realização de endoscopia digestiva alta. Foram excluídos pacientes portadores de neoplasia gástrica, pela possível influência nos marcadores a serem avaliados; que não moravam na Capital; pessoas que apresentavam sangramento digestivo; além daquelas que faziam uso de medicação à base de inibidor de bomba de prótons.

A amostra final ficou constituída por 140 colaboradores, sendo 62 *H. pylori* positivos e 78 *H. pylori* negativos.

A coleta de dados ocorreu de julho/2012 a maio/2013 e abrangeu a realização de exames e entrevista para obtenção das informações, como discriminado a seguir:

- Identificação dos participantes (número de cadastro no hospital, nome, sexo, idade, telefone, ocupação, escolaridade, renda mensal familiar e problemas de saúde auto-referidos);
- Exame endoscópico com biópsia;
- Antropometria (aferição de peso e altura).

Os pacientes compareceram em jejum absoluto de seis horas e de oito horas para produtos lácteos, para a realização de endoscopia digestiva alta.

Os participantes foram distribuídos em dois grupos: *H. pylori* positivo (Hp +) e *H. pylori* negativo (Hp -).

O índice de massa corporal - IMC (kg/m²) dos pacientes foi determinado antes do início do exame endoscópico, mediante coleta de dados de peso e altura. Para tal foi adotado protocolo de Alvarez e Pavan (1999), utilizando balança antropométrica, marca Balmak, capacidade 200 kg, com intervalo de 100g e 2,00m, com intervalo de 1,0cm. A partir do IMC, o estado nutricional dos participantes foi categorizado segundo a WHO (1998).

Os dados foram tabulados para apresentação em frequências simples e percentual, médias e desvio-padrão ou medianas e intervalo interquartil, sempre comparando os achados dos dois grupos de pacientes (Hp + e Hp -).

A análise estatística foi efetuada por via dos programas estatísticos Epi InfoTM 7.1.0.6 e SPSS (Statistical Program of Social Science), versão 20.0. As variáveis categoriais foram analisadas pelo Teste Qui-quadrado. Foi realizado Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Com suporte neste, foi utilizado o Teste t de Student, para comparação das médias ou de Mann-Whitney para comparação das médias dos postos. Para todos os testes, foi adotado $p < 0,05$ como nível de significância.

O projeto foi delineado conforme a Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos. O plano de estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição responsável pelo estudo, sob número 11582611-4 e a coleta de dados foi iniciada apenas após aprovação por este órgão. Os participantes, ainda segundo a Resolução citada, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, anuindo sua participação no estudo.

RESULTADOS

Os entrevistados foram caracterizados quanto ao sexo, a faixa etária, a escolaridade, a renda familiar mensal e cor (auto referida), cujos achados estão expostos na Tabela 1.

Dentre os 140 pacientes estudados, 101 (72,1%) eram mulheres e 39 (27,9%) homens. Em relação à presença da bactéria *H. pylori*, 78 (55,7%) eram Hp - e 62 (44,3%) Hp +, havendo 18 homens e 44 mulheres Hp +, sem diferença considerando o sexo ($p = 0,782$). A idade média dos participantes foi $39,7 \pm 12,0$ anos, sendo similar nos dois grupos.

Em relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados tinha de nove a 11 anos de estudo, o que equivale a cursar o ensino médio, sem diferença estatística ($p = 0,196$) entre os dois grupos.

A distribuição dos entrevistados segundo a renda familiar foi determinada conforme a quantidade de salários-mínimos recebidos pela família. A renda familiar média geral foi de $2,4 \pm 1,9$ salários-mínimos, sendo para homens e mulheres. Também não houve diferença entre os dois grupos de pacientes ($p = 0,836$).

A distribuição dos pacientes, segundo a cor, presença da bactéria e o sexo, indicou dados similares ($p = 0,665$), como cor da pele classificada como "outras" foram incluídas negra, parda e amarela.

A situação nutricional do grupo foi investigada, considerando o Índice de Massa Corporal (IMC).

O estado nutricional dos pacientes estudados, determinado pelo IMC e categorizado pela WHO (1998) revelou predomínio de pacientes com diagnóstico nutricional de sobrepeso, tanto nos Hp - (29 - 37,2%) quanto nos Hp + (22 - 35,5%),

como exposto na Tabela 2. Destacam-se duas mulheres (2,6%) Hp - e um (1,6%) homem Hp + com diagnóstico nutricional de magreza grau I. Considerando os pacientes com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e sem excesso de peso (magreza grau I e eutrofia), verifica-se que não houve diferença significativa entre os pacientes Hp - e Hp + ($p = 0,361$), como mostra a Tabela 3.

Considerando não mais a categorização nutricional, mas a média de IMC (Tabela 4), os pacientes negativos, tanto do sexo feminino quanto do masculino exibiram média um pouco maior, porém sem significância estatística ($p = 0,208$).

DISCUSSÃO

Abordando inicialmente os resultados dos testes da urease, percebe-se que, em 140 pessoas, 44,3% eram positivas para a bactéria. Não se trata de um estudo de prevalência, mas esperava-se encontrar valores mais próximos a outros realizados na região, pois os pacientes ingressaram no estudo ao acaso. Os achados também se encontram abaixo dos percentuais encontrados em países em desenvolvimento, mas coincidem com os dos países desenvolvidos (World Gastroenterology Organization - WGO, 2010).

Em relação a dados epidemiológicos brasileiros, também em Fortaleza, a prevalência da infecção pela *H. pylori* foi avaliada em 610 moradores de uma comunidade urbana de baixa renda. Restou evidente que 62,9% (384) tinham *H. pylori* (RODRIGUES et al., 2005). Os dados desse estudo foram coletados em 2000 e 2001, podendo ter havido mudança no quadro encontrado àquela época.

A utilização do serviço de endoscopia foi significativamente maior pelas mulheres (72,1%), confirmando indicadores de que as mulheres buscam mais os serviços de saúde (FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009; TOMASI et al., 2011).

Ainda com relação ao sexo, Nogara, Frandoloso e Rezende(2010) não encontraram diferença significativa entre os pacientes com *H. pylori* (RP = 2,4; IC 95% = 0,79 - 7,19; p = 0,165). Segundo McCallion et al. (1995) e Kodaira, Escobar e Grisi (2002), a infecção é igualmente encontrada em homens e mulheres, o que foi confirmado neste estudo.

Em relação à escolaridade da população, a maioria (55,1%) apresentou nível de escolaridade de 9 a 11 anos de estudos. Segundo dados da PNAD (BRASIL, 2011), o número médio de anos de estudos no Brasil é de 7 e 7,3 anos para homens e mulheres, respectivamente, ao passo que, no Nordeste, estes números caem para 5,6 e 6,4 anos. Portanto, os dados encontrados foram um pouco melhores quando comparados com os anos de estudo no Nordeste e no Brasil. Para Vergueiro et al. (2008), o fator de maior significância para a aquisição de *H. pylori* foi a escolaridade, sugerindo que os hábitos higiênicos e comportamentais possam ser determinantes da infecção. A alta escolaridade em ambos os sexos observada no estudo atual sugere que pode ter influenciado a baixa prevalência da bactéria.

Houve predominância de pacientes com a cor da pele classificada como “outras” (43,6%), que incluía negras, pardas e amarelas, seguida pelos de cor morena (42,2%). Este quadro está em certo acordo com dados da PNAD (BRASIL, 2011), sobre o Nordeste, onde são apontados 28,9% de brancos, 10,5% de pretos, 59,8% de pardos e 0,8% amarelos.

Finalmente, analisando a distribuição por sexo, faixa etária, anos de estudo, renda familiar e cor, detecta-se que os grupos não diferiram, mostrando uma homogeneidade que facilita a interpretação dos achados relativos ao estado nutricional.

Revisão da epidemiologia da infecção pela *H. pylori* encontrou menor prevalência do microorganismo em pessoas de etnia branca (KODAIRA, ESCOBAR, GRISI, 2002). O mecanismo responsável por esta diferença não pode ser atribuído somente às condições socioeconômicas ou ao modo de vida. Graham e colaboradores (1991) relataram uma diferença na prevalência segundo raça, mesmo após ajuste por fatores socioeconômicos. Sendo assim, pode-se presumir que fatores genéticos determinantes de uma susceptibilidade diferente para os grupos étnicos podem ter relevância.

Em relação ao estado nutricional, nota-se que a maioria dos pacientes tanto Hp - (60,3%) quanto Hp + (67,8%) expressaram excesso ponderal, sem diferença entre os grupos (Tabelas 3). Os valores encontrados se situaram acima dos dados apontados no último levantamento nacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) por uma Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (IBGE, 2010), que apontou 49% de excesso de peso na população brasileira acima de 20 anos de idade.

É possível que um estudo com amostra mais robusta aponte maior presença de excesso ponderal entre os Hp +, uma vez que a proporção de portadores de excesso de peso foi elevada em ambos os grupos, podendo impedir uma comprovação a diferença entre eles. Por outro lado, Ioannou et al. (2005), em um estudo de base populacional que incluiu 6.724 participantes adultos da terceira *National Health and Nutrition Examination Survey*, demonstraram que a presença de *H.*

pylori/CagA não estava associada com obesidade [odds ratio ajustado (OR) 1.2, 95% CI: 0.9–1.6 comparando (+/+) com (-/-) e OR ajustado 1.1, 95% CI: 0.8–1.5 comparando (+/-) com (-/-)], nem com sobrepeso [OR ajustado 1.0, 95% CI: 0.7–1.2 comparando (+/+) com (-/-) e OR ajustado 1.0, 95% CI: 0.8–1.3 comparando (+/-) com (-/-)].

Contrariamente, em estudo de Wu et al. (2005) com 414 pacientes com obesidade mórbida e 683 controles, a prevalência da infecção por *H. pylori* foi mostrada ser significativamente mais elevada em pacientes magros do que em obesos, e os autores concluíram que a ausência de *H. pylori* pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade. Os dados desse estudo epidemiológico não são forte argumento para essa hipótese, pois não foram correlacionados com padrões de higiene e socioeconômicos, e esses, como citado anteriormente, são também conhecidos por mostrarem uma relação com o estado nutricional e obesidade (NAGEL et al, 2007; SANTOS, EBRAHIM, BARROS, 2008).

Revisão de literatura indicou que a hipótese de *H. pylori* como um protetor contra a obesidade não tem base científica sólida (WEIGT, MALFERTHEINER, 2009).

Em contrapartida, aumentos modestos de peso e IMC são relatados após a erradicação da *H. pylori*. Em um estudo japonês, houve pequeno ($< 0,5\text{kg/m}^2$), mas significativo aumento do IMC após um ano de sucesso da erradicação da *H. pylori* ($n = 421$), mas não registrou alteração no IMC após fracasso de tratamento ($n = 158$) (FURUTA et al., 2002). Realizou-se um estudo na Europa também investigando o impacto da erradicação da *H. pylori* no IMC e encontrou-se que a média do IMC aumentou de $27,5\text{ kg/m}^2$ para $27,8\text{kg/m}^2$ após 6 meses no grupo de intervenção em comparação com o aumento de $27,0$

kg/m² para 27,2kg/m² no grupo placebo, e a diferença ajustada entre os grupos foi estatisticamente significativa de 0,2 kg/m² (95% CI : 0,11, 0,31) (LANE et al., 2011).

CONCLUSÃO

Pode haver um impacto de marcadores bioquímicos, como a leptina e grelina, aqui citadas, e mesmo estas podem ser influenciadas de forma diferente de acordo com o perfil da população estudada. Há ainda muitas indagações a serem respondidas e mais estudos são necessários, principalmente originados em distintas regiões, ajudando a compor um quadro mais detalhado e aprofundado das inter-relações.

Fica a proposta de continuar a investigação, acompanhando maior número de pacientes, verificando efeitos da erradicação da infecção, realizando dosagens de marcadores bioquímicos de apetite, para citar apenas algumas das lacunas a serem preenchidas e suscitadas por este estudo.

A infecção pela *H. pylori* não influenciou o estado nutricional no grupo populacional avaliado.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, B.R.; PAVAN, A.L. Alturas e comprimentos. In E. L. Petroski (Ed.) *Antropometria: técnicas e padronizações*. Porto Alegre: Pallotti, p. 29-51, 1999.

BLASER, M.J.; ATHERTON, J.C. *Helicobacter pylori* persistence: biology and disease. *J Clin Invest.*, v. 113, p. 321-33, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196/96 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União*; p. 21082-5, 1996.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2011*; Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010135709212012572220530659.pdf>. Acesso em: 6 Ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, 2013.

FENTOFU, O. et al. Periodontal Status in Subjects With Hyperlipidemia. *J Periodontol.*, v. 80, n. 2, p. 267-273, 2009. doi: 10.1902/jop.2009.080104.

FERNANDES, L.C.L; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela estratégia saúde da família. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FURUTA, T. et al. Effect of *H. pylori* infection and its eradication on nutrition. *Aliment Pharmacol Ther.*, v. 53, n. 5, p. 617-24, 2009. doi: 10.1590/S0004-27302009000500014.

GRAHAM, D.Y. et al. Epidemiology of *H. pylori* in an asymptomatic population in the United States. Effect of age, race, and socioeconomic status. *Gastroenterology*, v. 100, n.6, p. 1495-501, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

(IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

IOANNOU, G.N.; WEISS, N.S.; KEARNEY, D.J. Is *H. pylori* seropositivity related to body mass index in the United States? *Aliment Pharmacol Ther.*, v. 21, n. 6, p. 765-72, 2005.

KODAIRA, M.S.; ESCOBAR, A.M.U.; GRISI, S. Aspectos epidemiológicos do *H. pylori* na infância e adolescência. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. 356-69, 2002. doi: 10.1590/S0034-89102002000300017.

KONTUREK, S. et al. Brain gut axis and its role in the control of food intake. *J Physiol Pharma*, v. 55, n.1, p.137-54, 2004.

LANE, J.A. et al. Randomised clinical trial: *H. pylori* eradication is associated with a significantly increased body mass index in a placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.*, v. 33, n. 6, p. 922 - 929, 2011. doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04610.x.

MCCALLION, W.A. et al. Age dependent hypergastrinaemia in children with *H. pylori* gastritis - evidence of early acquisition of infection. *Gut.*, v. 36, n.1, p. 66-76, 2007.

NAGEL, G. et al. Socioeconomic position and the risk of gastric and oesophageal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-EURGAST). *Int J Epidemiol.*, v. 36, n.1, p. 66-76, 2007.

NWENEKA, C.V.; PRENTICE, A.M. *H. pylori* infection and circulating ghrelin levels - A systematic review. *BMC Gastroenterol.*, v. 11, n. 7, p. 1-18, 2011. doi:10.1186/1471-230X-11-7.

NWOKOLO, C.U. et al. Plasma ghrelin following cure of *H. pylori*. *Gut*, v. 52, n. 5, p. 637-640, 2003.

OSAWA, M. et al. Impaired Production of Gastric Ghrelin in Chronic Gastritis Associated with *H. pylori*. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, v. 90, n. 1, p. 10 - 16, 2005.

RODRIGUES, M.N. et al. Prevalence of *H. pylori* infection in Fortaleza, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n. 5, p. 847-849,

2005. doi: 10.1590/S0034-89102005000500022.

SANTOS, A.C.; EBRAHIM, S.; BARROS, H. Gender, socio-economic status and metabolic syndrome in middle-aged and old adults. *BMC Public Health*, v. 8, p. 2458–2462, 2008. doi: 10.1186/1471-2458-8-62.

TATSUGUCHI, A. et al. Effect of *H. pylori* infection on ghrelin expression in human gastric mucosa. *Am J Gastroenterol.*, v. 99, n.11, p. 2121-2127, 2004.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 301-306, 2009. doi: 10.1590/S1413-81232011001200012.

WEIGT, J.; MALFERTHEINER, P. Influence of *H. pylori* on gastric regulation of food intake. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, v.12, p. 522–525, 2009.

WGO. Practice Guidelines: *H. pylori* nos países em desenvolvimento. World Gastroenterology Organisation, 14p., 2010. Disponível em: < http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/helicobacter_pylori_developing_countries_pt.pdf>. Acesso em: 01 de ago de 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva, World Health Organization;1998.276p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization warns of the rising threat of heart disease and stroke as overweight and obesity rapidly increase. Geneva, World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr44/en/index.html>. Acesso em: 05 mar 2011.

WU, M.S. et al. A case-control study of association of *H. pylori* infection with morbid obesity in Taiwan. *Arch Intern Med.*,v.165, n. 13, p.1552–55, 2005.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes avaliados, segundo anos de estudo e renda familiar, e presença de *Helicobacter pylori* e sexo. Fortaleza, 2013.

Anos de estudo								
	Negativo			Positivo			Total n (%)	Teste1
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)		
≤ 8	9 (42,8)	14 (24,6)	23 (29,5)	6 (33,3)	21 (47,7)	27 (43,5)	50 (35,7)	$\chi^2 = 3,26$ $p = 0,196$
9 – 11	11 (52,4)	32 (56,1)	43 (55,1)	9 (50,0)	20 (45,5)	29 (46,8)	72 (51,4)	
≥12	1 (4,8)	11 (19,3)	12 (15,4)	3 (16,7)	3 (6,8)	6 (9,7)	18 (12,9)	
Renda Familiar (SM) 3								
<1	0 (0)	2 (3,5)	2 (2,6)	0 (0)	2 (4,5)	2 (3,2)	4 (2,9)	$\chi^2 = 1,45$ $p = 0,836$
1-3	13 (61,9)	41 (71,9)	48 (61,5)	10 (55,6)	27 (61,3)	43 (69,4)	91 (65,0)	
3-5	7 (33,3)	5 (8,8)	22 (28,2)	4 (22,2)	13 (29,5)	13 (21,0)	35 (25,0)	
≥ 5	1 (4,8)	7 (12,3)	4 (5,1)	3 (13,6)	1 (2,3)	2 (3,2)	6 (4,2)	
NS2	0 (0)	2 (3,5)	2 (2,6)	1 (5,6)	1 (2,3)	2 (3,2)	4 (2,9)	
Cor (auto referida)								
Branca	3 (14,3)	10 (17,5)	13 (16,7)	2 (11,1)	5 (11,4)	7 (11,3)	20 (14,3)	$\chi^2 = 0,82$ $p = 0,665$
Morena	10 (47,6)	22 (38,6)	32 (41,0)	9 (50,0)	18 (40,9)	27 (43,6)	59 (42,1)	
Outras	8 (38,1)	25 (43,9)	33 (42,3)	7 (38,9)	21 (47,7)	28 (45,1)	61 (43,6)	
Total	21 (100,0)	57 (100,0)	78 (100,0)	18 (100,0)	44 (100,0)	62 (100,0)	140 (100,0)	

$1p < 0,05$ como nível de significância; 2NS = Não sabe; 3SM = Salário-Mínimo (R\$ 678,00).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes avaliados, segundo estado nutricional, sexo e presença de *Helicobacter pylori*. Fortaleza, 2013.

Estado nutricional ¹	Masculino		Feminino		Total	
	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Positivo n (%)
Magreza I	0 (0)	1 (5,6)	2 (3,5)	0 (0)	2 (2,5)	1 (1,6)
Eutrofia	11 (52,4)	5 (27,8)	18 (31,6)	14 (31,8)	29 (37,2)	19 (30,6)
Sobrepeso	6 (28,6)	8 (44,4)	23 (40,3)	14 (31,8)	29 (37,2)	22 (35,5)
Obesidade	4 (19,0)	4 (22,2)	14 (24,6)	16 (36,4)	18 (23,1)	20 (32,3)
Total	21 (100,0)	18 (100,0)	57 (100,0)	44 (100,0)	78 (100,0)	62 (100,0)

¹Estado nutricional determinado pelo Índice de Massa Corporal e categorizado segundo World Health Organization (1998), agrupando-se os variados graus de obesidade em categoria única.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes estudados, segundo excesso ponderal, sexo, presença de *Helicobacter pylori*. Fortaleza, 2013.

Excesso ponderal ¹	Masculino			Feminino			Total		
	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Teste2	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Teste2	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Teste2
Não	11 (52,4)	6 (33,3)	$\chi^2=1,430$ $p=0,232$	20 (35,1)	14 (31,8)	$\chi^2=0,119$ $p=0,730$	31 (39,7)	20 (32,3)	$\chi^2=0,836$ $p=0,361$
Sim	10 (47,6)	12 (66,7)		37 (64,9)	30 (68,2)		47 (60,3)	42 (67,8)	
Total	21 (100,0)	18 (100,0)		57 (100,0)	44 (100,0)		78 (100,0)	62 (100,0)	

¹Excesso ponderal, segundo Índice de Massa Corporal categorizado pela World Health Organization (1998), agrupando-se sobrepeso e obesidade; $2p < 0,05$ como nível de significância.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes estudados, segundo sexo, presença de *H. pylori*, sexo e média de Índice de Massa Corporal (IMC). Fortaleza, 2013.

Sexo	H. pylori		
	Negativo IMC Média \pm DP ¹	Positivo IMC Média \pm DP ¹	Teste ²
Masculino	26,6 \pm 5,2	26,2 \pm 3,9	$p = 0,802$
Feminino	28,3 \pm 6,4	26,8 \pm 5,1	$p = 0,191$
Total	27,8 \pm 6,1	26,6 \pm 4,8	$p = 0,208$

¹DP = desvio-padrão; ²Teste t de Student, com $p < 0,05$ como nível de significância

CAPÍTULO 12

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE ATIVIDADE FÍSICA EM ESCOLARES ADULTOS JOVENS

Laryssa Veras Andrade

Thereza Maria Magalhães Moreira

Raquel Sampaio Florêncio

Leandro Araújo Carvalho

INTRODUÇÃO

A exposição a fatores de risco comportamentais, como o sedentarismo, frequentemente se inicia na adolescência e se consolida na vida adulta. Esse fator, interligado a outros, aumenta o risco de desenvolvimento da maioria das Doenças Crônicas Não Infeciosas (DCNI), como as cardiovasculares, diabetes e câncer, principais causas de morbimortalidade na vida adulta. Experiências e exposições ao longo da vida, em especial na infância e juventude, têm repercussões de longo prazo na saúde e podem contribuir para desigualdades em saúde na vida adulta e idosa (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

Apesar de a população ter conhecimento da importância da prática do exercício físico para diminuir as morbidades ao longo da vida, tal comportamento ainda se mostra pouco prevalente na sociedade. Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicaram o sedentarismo como responsável por quase dois milhões de mortes anuais, por 22% dos casos de doença isquêmica cardíaca e por 10% a 16% dos casos de *Diabetes Mellitus* e de cânceres de mama, cólon e reto

(WHO, 2002). Sendo assim, a realização de atividade física destaca-se como forma de promoção da saúde e de prevenção de DCNI.

Alguns autores nos mostram o conceito de atividade física e exercício físico. Segundo Caspersen, Powel e Christenson (1985), a atividade física é qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, podendo ser exemplificada por atividades ocupacionais (trabalho), atividades da vida diária (vestir-se, banhar-se, comer), deslocamento (transporte), e atividades de lazer, incluindo exercícios físicos, jogos, lutas, danças e esportes. Com relação ao exercício físico, os autores definem como atividade repetitiva, planejada e estruturada cujo objetivo é a manutenção e a melhoria de um ou mais componentes da aptidão física. Assim, embora esses dois termos estejam relacionados, não devem ser entendidos como sinônimos.

Nos EUA, são dez milhões de coronariopatas que originam 100 mil intervenções por ano. Estudos controlados evidenciam que os coronariopatas que entram num programa de exercício físico regular diminuem em 25% o risco de morte (ERLICHMAN, KERBEY, JAMES, 2002). Estudos prospectivos populacionais demonstram que a atividade física diminui o risco de doença coronariana e uma metanálise cerca de 40 estudos demonstrou que o risco de doença coronariana em pessoas inativas é 1,9 vez maior, em comparação com as ativas, independentemente de outros fatores de risco (MILLER; BALADY; FLETCHER, 1997).

Segundo Koo e Rohan (1999), Alves et al. (2005) e Huang et al. (1998), a prática do exercício físico diminui o risco de

aterosclerose e suas consequências (angina, infarto do miocárdio, doença vascular cerebral), ajuda no controle da obesidade, hipertensão arterial, diabetes, osteoporose e dislipidemias, e diminui o risco de afecções osteomusculares e de alguns tipos de câncer (colo e mama). Contribui, ainda, no controle da ansiedade, depressão, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, além de proporcionar melhor autoestima e ajudar no bem-estar e socialização do cidadão. Apesar de todas essas evidências científicas no entanto, a maioria da humanidade leva vida sedentária.

Sendo assim, um estilo de vida saudável, incluindo as atividades físicas, é um fator importante na prevenção e controle de certas doenças crônicas não infecciosas (KUJALA et al., 1998). Nesse sentido, a atividade física é expressa como um dos principais componentes de um estilo de vida saudável, mas, infelizmente, sua prática regular continua em número reduzido.

Estudos obtidos em um levantamento nacional nos EUA, nos anos de 1997 e 1998, mostraram que, aproximadamente, quatro em cada dez adultos estadunidenses (38,3%) não participavam de qualquer atividade física no lazer (USDHHS, 2002). No Brasil, estudos menores indicaram valores de 60% a 67% de comportamento sedentário em regiões e populações específicas do Nordeste, Sul e Sudeste (FARIAS, 2002; SOUZA et al., 2000). Esses dados mostram a inatividade física como um dos mais importantes problemas de saúde pública do País. Segundo Michelin, Corrente e Burini (2010), o aumento de 1% no nível de atividade física da população adulta enseja economia de sete milhões de dólares em custos para tratamento de muitas DCNI. Este panorama demonstra a importância de conhecer os níveis de atividade física e possibilitar o desen-

volvimento de metas factíveis para a prevenção e controle da inatividade física.

Consoante Silva et al. (2011), o Brasil é um país que difere muito em costumes, distribuição de renda e acúmulo de riquezas de uma região para outra, diferenças essas que resultam em hábitos de vida distintos e se refletem nos comportamentos de saúde, o que faz ser relevante conhecer os níveis de atividade física nas diversas populações, dentre elas a adulta jovem, visando a elaborar políticas públicas de incentivo a essa prática, adaptadas às questões sociais, ambientais e culturais dessa população. Tal fato faz realçar a necessidade de levantamentos regionais que possam identificar as características de clientela específicas, de forma a subsidiar políticas sociais adequadas, incluindo a vigilância e a promoção de práticas de atividades físicas.

Portanto, o estudo respondeu aos seguintes questionamentos: quais são as características sócio-demográficas e o nível de atividade física dos adultos jovens escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil?

Aspira-se a que as respostas a esses questionamentos se tornem importantes para maior eficácia e elaboração de políticas públicas voltadas à população adulta jovem, visando a sua aderência à prática de atividade física regular e à prevenção de complicações na saúde.

Dessa forma, foi objetivo do estudo foi descrever as características sócio-demográficas e o nível de atividade física dos adultos jovens escolares de Maracanaú-Ceará-Brasil.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado com adultos jovens escolares.

O local da pesquisa compreendeu as escolas da rede estadual de ensino médio e as escolas municipais com Ensino de Jovens e Adultos (EJA) do Município de Maracanaú-Ceará. Este é localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, com população de 206.000 habitantes (IBGE, 2010). Trata-se de região urbana com grande quantidade de indústrias e com a segunda maior receita orçamentária do Ceará. Maracanaú é populosa, tem vários conjuntos habitacionais, muitas casas de alvenaria e, em grande parte, tem saneamento básico e sistema de água e esgoto. Maracanaú foi escolhido neste estudo por ter uma população representativa para dados estatísticos e ter sido premiado nacionalmente na área de atenção à saúde do adolescente e adulto jovem, além de ter o Programa Saúde na Escola (PSE) implantado e boa cobertura da Estratégia Saúde da Família.

O PSE, instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado dos Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos alunos da rede pública de ensino fundamental, médio e tecnológico (BRASIL, 2008).

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as áreas da vida social. Junto com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e conquista da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se locus para ações de promoção da saúde para sua clientela (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

De acordo com a Secretaria de Educação do Estado do Ceará-SEDUC, o Município de Maracanaú dispõe de 96 escolas, sendo 74 municipais de ensino infantil, fundamental,

para deficientes ou educação de jovens e adultos (EJA) e 22 estaduais, sendo dez de ensino fundamental e doze de ensino fundamental e médio.

A população alvo do estudo foi constituída de escolares adultos jovens do referido Município das escolas estaduais e daquelas municipais com EJA. Para fins de delimitação do estudo, essa fase da vida foi compreendida como aquela de 20 a 24 anos de idade, segundo a OMS e o marco legal brasileiro (BRASIL, 2007; OMS/OPAS, 2005).

Para identificar a quantidade de pessoas que compunha a população do estudo, contatamos as Secretarias de Educação e de Saúde do Município de Maracanaú-Ceará, apresentando os objetivos do estudo e a temática. Solicitamos listagem de todos os alunos do Ensino Médio e do Ensino de Jovens e Adultos (EJA) na faixa etária de 20 a 24 anos, matriculados no ano de 2011.

Assim, contou-se com população finita de 1737 estudantes. A amostra foi calculada na fórmula de cálculo de amostra para população finita, adotou-se prevalência de 50% (prevalência do nível de atividade física na população era desconhecida) e utilizou-se erro de 4%, obtendo amostra de 446 adultos jovens. Foi critério de exclusão da amostra o aluno ausente nos dias da coleta de dados.

A coleta foi realizada em duas fases. Na primeira, foram mostradas a temática e objetivo do estudo à comunidade escolar, selecionando os alunos com potencial para inserção na amostra, com assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na segunda foi preenchido um questionário com as características sócio-demográficas (sexo, idade, série, estado civil, renda familiar, filhos, trabalho remunerado e ho-

ras trabalhadas) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta, pois estudos observaram que suas duas versões (longa e curta) apresentam reprodutibilidade similar (MATSUDO et al., 2001).

Após, estes indicadores foram registrados em banco de dados. Para as características sócio-demográficas, foram **calculadas medidas estatísticas descritivas**. Para analisar os dados do nível de atividade física, foi utilizado o consenso realizado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física, de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e pelo Center of Disease Control and Prevention (CDC), de Atlanta, considerando os critérios de frequência e duração, que classifica as pessoas em cinco categorias: Sedentários, Insuficientemente Ativos A, Insuficientemente Ativos B, Ativos e Muito Ativos (CDC, 2000). Para efeito de análise, essas cinco categorias foram agrupadas em duas: inativos (sedentários, insuficientemente ativos A e B) e ativos (ativos e muito ativos). Os resultados foram apresentados em gráfico e tabela.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob Parecer N°11044795-6.

RESULTADOS

Na Tabela 1, tem-se a organização dos dados sócio-demográfico.

TABELA 1 - Características sóciodemográficas dos escolares adultos jovens (n=446). Maracanaú-Ceará-Brasil, 2013.

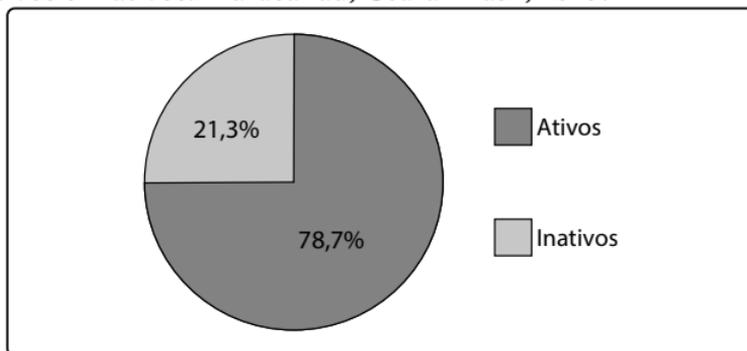
Variáveis	f	%	\bar{X}	DP
Sexo				
Masculino	216	48,4		
Feminino	230	51,6		
Idade				
20 anos	224	50,2	21,08	± 1,32
21 anos	80	17,9		
22 anos	56	12,6		
23 anos	54	12,1		
24 anos	32	7,2		
Série (Ensino Médio)				
1°	91	20,4		
2°	159	35,7		
3°	185	41,5		
Não preenchido	11	2,4		
Estado Civil				
Sem companheiro (a)	349	78,3		
Com companheiro (a)	94	21,1		
Não preenchido	3	0,6		
Renda familiar mensal				
< 2 salários mínimos*	357	80,0	1,19	± 0,40
> 2 salários mínimos	89	20,0		
Tem filhos				
Sim	99	22,2		
Não	342	76,7		
Não preenchido	5	1,1		
Trabalha de forma remunerada				
Sim	269	60,3		
Não	164	36,8		
Não preenchido	13	2,9		
Horas de trabalho por dia				
<6	239	53,6	1,35	± 0,47
>6	129	28,9		
Não preenchido	78	17,5		

f: Frequência absoluta; %: Frequência relativa; \bar{x} : Média; DP: Desvio-padrão; *Salário mínimo (R\$ 622,00 vigente em 2012).
Fonte: elaboração dos autores.

Na tabela 1, verificou-se que pouco mais da metade (51,6%) dos adultos jovens escolares eram do sexo feminino e tinham 20 anos (50,2%). A média de idade foi de 21,08 anos ($\pm 1,32$). Predominaram as pessoas sem companheiro (a) (78,3%) e sem filho (a) (76,7%). Concernente à renda familiar mensal, obtivemos a informação que 80,0% das famílias tinham renda até dois salários-mínimos, o equivalente a 1.244,00 reais. A média da renda familiar mensal foi de 1,19 salários-mínimos ($\pm 0,40$).

Quando indagados se trabalhavam remuneradamente, a maioria dos escolares respondeu afirmativamente (60,3%). Com relação às horas diárias de trabalho, mais da metade (53,6%) respondeu que trabalhava até seis horas por dia e a média de horas diárias trabalhadas foi de 1,35 ($\pm 0,47$). A maior parte dos pesquisados cursava o 3º ano do ensino médio (41,5%). No gráfico 1, a seguir expomos o pesquisado sobre o nível de atividade física, constatando predomínio de ativos (78,7%) sobre inativos (21,3%).

GRÁFICO 1– Classificação dos escolares adultos jovens em ativos e inativos. Maracanaú, Ceará-Brasil, 2013.



Fonte: elaboração dos autores.

DISCUSSÃO

Sobre a descrição das características sociodemográficas, a predominância foi de mulheres, de 20 anos, sem companheiro ou filho, com renda de até dois salários-mínimos, que trabalhavam até seis horas por dia remunerado. Quanto ao nível de atividade física, mais de três quartos do total era de ativos.

Houve predominância do sexo feminino em outros estudos (FONTES; VIANNA, 2009; BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009; DEL CIAMPO et al., 2010). Alguns autores acreditam que este fato esteja relacionado não só a questões demográficas, mas pela crescente participação das mulheres no campo profissional e, conseqüentemente, no educacional (GOMES et al., 2012). Em relação à faixa etária, o encontro confirma o fato de as políticas educacionais atuais prezarem pela proporcionalidade entre idade e ano escolar cursado.

No item estado civil, Fontes e Vianna (2009), ao avaliarem a prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes adultos jovens, verificaram que 90,6% viviam sem companheiro (a). Moura Júnior et al. (2011), ao analisarem o nível de atividade física e perfil sociodemográfico dos usuários adultos jovens dos ambientes públicos de atividades físicas de João Pessoa-PB-Brasil, constataram predominância de pessoas sem companheiro (a). Esse perfil de pessoas solteiras pode estar relacionado à faixa etária jovem do estudo, pois muitos deles ainda moram com os pais.

A renda familiar evidenciou baixo poder aquisitivo entre os adultos jovens. Esse dado converge com os resultados de Gomes et al. (2012), ao analisarem adultos jovens escolares de Juazeiro do Norte-Ceará; no entanto, contrapõe-se ao estudo de Moura Júnior et al. (2011), que verificaram apenas 37,3% de

usuários de ambientes públicos com essa renda familiar. Bungum e Vincent (1997) acenaram que o nível socioeconômico pode influenciar o número de oportunidades oferecidas aos jovens, já que os mais ricos podem ter envolvimento em atividades estruturadas (academias e clubes) e em atividades livres gratuitas (parques, vizinhança ou playground), enquanto os mais pobres, teoricamente, só teriam a segunda opção.

Quanto à não existência de filhos, resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Fontes, Vianna (2009). Esse resultado pode ter sido influenciado pela idade jovem dos participantes do estudo, que ainda vivem com os pais e sem companheiro (a).

Nesta pesquisa, houve maior número de pessoas que trabalhavam de forma remunerada. Bielemann et al. (2007) encontraram em seu estudo resultados convergentes. Pesquisa feita por Gomes et al. (2012) mostrou que a maioria dos adultos jovens conciliava trabalho e estudo (63,2%) e continuava vivendo na casa dos pais, sem companheiro(a). Tal situação é observada nessa sociedade, dada a percepção das dificuldades da inserção no mercado de trabalho e da busca por salários melhores, ao que se alia a vontade de seguir desfrutando do conforto da casa dos pais. Divergindo desse achado, pesquisa feita por Fontes e Vianna (2009) encontrou 60,5% dos estudantes sem trabalhar remuneradamente. Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, porém, o jovem brasileiro cada vez mais está buscando trabalho e o Brasil figura entre os países que mais possui jovens trabalhadores (DIEESE, 2013). Quanto ao total de horas trabalhadas, isso pode ser justificado pelo fato de a população do estudo ser de escolares adultos jovens que conciliavam estudo e trabalho.

Relativamente à classificação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) aplicado, as maiores porcentagens de respostas foram para os escolares ativos (78,7%), em detrimento dos inativos (21,3%). Melo, Oliveira, Almeida (2009), em estudo realizado com escolares do ensino médio da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, identificaram alta ocorrência de nível de atividade física satisfatório (69,1%). Valores maiores de atividade física (81,3%) foram encontrados por Mielke et al. (2010). Estudo feito, no Estado de São Paulo, por Matsudo, Matsudo e Araújo (2002) encontrou apenas 56,3% de ativos. Valores de inatividade física aproximados aos do presente estudo foram observados no estudo VIGITEL, inquérito telefônico em todas as capitais brasileiras, no qual as prevalências de inatividade física variaram de 18,7% em Palmas a 25,6% em São Paulo e 32,3% em Natal (ZANCHETTA, 2010).

Alguns autores destacam que a participação nas aulas de Educação Física é um fator associado ao nível de prática de atividades físicas e à exposição a comportamento não sedentário em estudantes do ensino médio. Nesse sentido, as escolas devem estar atentas ao planejamento desse componente curricular no âmbito escolar, de modo a incentivar os jovens a se engajarem nas atividades físicas. Considerando que esta é uma fase da vida em que as atividades em grupo são muito motivadoras, a organização de equipes, de campeonatos e de atividades extras na escola pode ser incrementada, de modo a proporcionar e alargar os espaços de convívio social, aumentando as possibilidades de envolvimento dos adolescentes e jovens nessas atividades. Além disto, como os hábitos de atividade física na adolescência estão associados à atividade física na idade adulta, os benefícios desses programas e ações podem ser ainda mais amplos (TENÓRIO et al., 2010).

CONCLUSÃO

O estudo mostrou predominância de mulheres, com 20 anos, sem companheiro ou filho, com renda de até dois salários-mínimos, que trabalhavam com remuneração até seis horas por dia e eram ativas. O conhecimento das características sociodemográficas é fundamental para orientar o desenvolvimento de políticas promotoras de saúde, simplificando o traçado de estratégias individuais e coletivas.

Sobre a atividade física, percebemos o quanto essa prática pode e deve ser incentivada no ambiente escolar. Os estudantes estão continuamente sujeitos a trabalhos, prazos de entrega, longas horas de estudo e situações de exaustão física e mental. Assim, estudar o nível de atividade física de escolares é importante e pode incentivar a adoção de estratégias preventivas específicas para o estilo de vida saudável. A escola dissemina saberes, cultura e valores dos quais a atividade física não pode estar excluída.

Este ensaio tem limitações no que tange à validade das medidas subjetivas das atividades físicas via auto relato. Recomendamos estudos futuros com agregação de medidas objetivas da atividade física.

REFERÊNCIAS

ALVES, J.G.B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. *Rev Bras Med Esporte*, v. 11, n. 5, p. 291-294, 2005.

BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. P.; GIATTI, L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, supl. 2, p. 9-17, 2009.

BIELEMANN, R. et al. Prática de atividade física no lazer entre acadêmicos de educação física e fatores associados. *Rev. bras. ativ. fis. saúde*, v. 12, n. 3, set./dez., 2007.

BUNGUM, T. J.; VINCENT, M. L. Determinants of physical activity among female adolescents. *Am J Prev Med*, v. 13, p. 115-122, 1997.

BRASIL. 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.

_____. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 2012.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness. *Public. Health Reports*, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CDC- Center For Disease Control and Prevention. Promoting physical activity: a best buy in public health; 2000.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, v. 3, p. 49-76, 2008.

DEL CIAMPO, L.A. et al. Percepção corporal e atividade física em uma coorte de adultos jovens brasileiros. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, v. 20, n. 3, p. 671- 679, 2010.

DIEESE.O trabalho tolerado de crianças até catorze anos. [acessado em 20 de março de 2013]. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/esp/especial.html>>

ERLICHMAN, J.; KERBEY, A.L.; JAMES, W.P. Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 1: The impact of physical activity on cardiovascular disease and all-cause mortality: an historical perspective. *Obes Rev*, v. 3, p. 257-271, 2002.

FARIAS JUNIOR, J.C. Estilo de vida de escolares do ensino médio no Município de Florianópolis, Santa Catarina. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis (SC). Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

FONTES, A. C. D.; VIANNA, R. P. T. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste - Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, v. 12, n. 1, p. 20-29, 2009.

GOMES, E.B. et al. Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Enferm*, v. 65, n. 4, p. 594-600, jul./ago., 2012.

HUANG, Y et al. Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 in older. *Med Sci Sports Exer*, v. 30, n. 9, p. 1430-1435, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União. Dados: Maracanaú/Ceará. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=23>. Acesso em: 18 out. 2012.

KOO, M.N; ROHAN, T.E. Comparison of four habitual physical activity questionnaires in girls aged 7- 15 yr. *Med Sci Sports Exer*, v.31, n. 3, p. 421-427, 1999.

KUJALA, U.M et al. Relationship of leisure-time physical activity and mortality: the finish twin cohort. *JAMA* ,v. 279, p. 440-444, 1998.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física

(IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde., v. 6, n. 2, p. 05-18, 2001.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.K.; ARAÚJO, T. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e desconhecimento. Rev Bras Ciência Mov., v. 10, n., p. 41-50, 2002.

MELO, F.A.P.; OLIVEIRA, F.M.F.; ALMEIDA, M.B. Nível de atividade física não identifica o nível de flexibilidade de adolescentes. Rev Bras Ativ Fís Saúde , v.14, n. 1,p.48-54, 2009.

MICHELIN, E.; CORRENTE, J.E.; BURINI, R.C. Associação dos níveis de atividade física com indicadores socioeconômicos, de obesidade e de aptidão física em adultos. Rev Bras Ativ Fis Saúde, v.15, n.1, p.35-41, 2010.

MIELKE, G.I et al. Atividade física e fatores associados em universitários do primeiro ano da Universidade Federal de Pelotas. Rev Bras Ativ Fis Saúde, v.15, n.1, p. 57-64, 2010.

MILLER, T.D; BALADY, G.J.; FLETCHER, G.F. Exercise and its role in the prevention and rehabilitation of cardiovascular disease. Ann Behav Med, v.19, p. 220-229, 1997.

MOURA JUNIOR, J.S. et al. Nível de atividade física e perfil sociodemográfico dos usuários dos ambientes públicos de atividades físicas na cidade de João Pessoa-PB.Rev Bras Ciênc Saúde, v. 15, n. 3, p. 349-356, 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Prevenção de Doenças Crônicas: um investimento vital. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005.

SILVA, D.A.S et al. Diferenças e similaridades dos estágios de mudança de comportamento para atividade física em adolescentes de duas áreas brasileiras.Rev Paul Pediatr, v. 29, n. 2, p. 193-201, 2011.

SOUZA, G.S et al. Estilo de vida e aptidão física relacionada à saúde de servidores da Universidade de Pernambuco. Rev Baiana Educação Física, v. 1, p. 6-14, 2000.

TENÓRIO, M. C. et al.. Physical activity and sedentary behavior among adolescent high school students. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 13, p. 105-117, 2010.

USDHHS. Physical activity fundamental to preventing disease. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, p.1-19, 2002. USDHHS (US Department of Health and Human Services). Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta: Center for Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports, 1996.

WHO. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.

ZANCHETTA, L. M. et al. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 13, n. 3, p. 387-399, 2010.

CAPÍTULO 13

MORTALIDADE INFANTIL: ANÁLISE DE FATORES DE RISCO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Lídia Samara de Castro Sanders

Jardenia Chaves Domeneguetti

Francisco José Maia Pinto

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é considerada grave problema de saúde pública mundial, pois, apesar da diminuição global de seus índices, esta ainda é uma realidade presente em vários países em desenvolvimento (UNICEF, 2013).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um dos melhores indicadores do nível de vida e bem-estar social de uma população (WHO, 2010). Este clássico indicador de saúde é um importante componente epidemiológico internacional, visto que tem grande peso na expectativa de vida ao nascer (GARCIA; SANTANA, 2011).

Os óbitos de crianças menores de um ano são eventos indesejáveis, pois são mortes precoces e, em muitos casos, evitáveis. A redução da mortalidade infantil integra um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso dos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) para que, com a globalização, o Mundo se torne mais inclusivo e equitativo no novo milênio (IPEA, 2010).

Desse modo, torna-se necessária a redução das desigualdades em saúde e, em especial, a sobrevivência infantil, que é alvo da atenção de organizações internacionais e do Governo

brasileiro. Uma dessas iniciativas é o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste e Amazônia Legal, que faz parte de um compromisso mais amplo, proposto pelo Governo federal, para acelerar a redução das desigualdades regionais (GARCIA; SANTANA, 2011).

Nas últimas décadas, observou-se redução na TMI, em várias regiões do Mundo. O Brasil, também expressa tendência de declínio, com melhora em seus indicadores sociais, porém, ainda ostenta grandes disparidades regionais, principalmente no que se refere à região Nordeste, dentre as quais estão as desigualdades raciais, de renda per capita, escolaridade e expectativa de vida ao nascer (SOUSA; LEITE-FILHO, 2008).

O Ceará, de 1980 a 2010, foi o segundo estado brasileiro que mais reduziu a TMI. Em 30 anos, deixaram de morrer 91,8 crianças menores de um ano para cada mil nascidas, número menor apenas do que o da Paraíba, que em 2010 evitou 94,2 mortes em relação a 1980. Em 1980, o Ceará tinha a terceira pior TMI do Nordeste, de 111,5 por mil nascidos, à frente apenas de Alagoas (111,6), e da própria Paraíba (117,1). Em 2010, o Ceará ficou com a segunda melhor taxa da região, de 19,7 por mil nascidos, atrás apenas de Pernambuco, que registrou taxa de 18,5 (IBGE, 2010).

Apesar dessa redução observada no Nordeste, especialmente no Ceará, a TMI ainda continua com índices acima do recomendado por órgãos internacionais. Para tanto, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) constituem em importantes ferramentas para enfrentar o desafio da mortalidade infantil, visto que, em estudos epidemiológicos, a utilização desses sistemas de informação possibilita a detecção de fatores de risco associados à mortalidade nesse grupo etário.

Ademais, a análise de fatores de risco em menores de um ano é um valioso determinante na elaboração de estratégias efetivas de políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade infantil.

Com efeito, esta investigação teve como objetivo analisar fatores de risco para a mortalidade infantil, no município de Fortaleza-CE, no período de 2005 a 2010.

MÉTODOS

Este é um estudo do tipo caso-controle, realizado em Fortaleza-CE.

As informações que serviram de base a este ensaio foram coletadas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), ambos alimentados pelas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) e Declarações de Óbitos (DO), do período de 2005 a 2010, disponibilizados pela Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEP) da Secretaria Municipal de Saúde Escola de Fortaleza.

A população do estudo foi composta de todos os nascidos (230.080) em Fortaleza com DNV devidamente preenchida, no período de 01/01/2005 a 31/12/2010, filhos de mulheres residentes no referido município. Foram inclusos nessa população, também, todos os óbitos em menores de um ano (3.694) registrados nas DO, originados desses nascidos.

A amostra foi constituída por 588 registros, sendo 147 casos (óbitos) e 441 controles (não óbitos). Para identificar os óbitos em menores de um ano, usou-se a técnica de linkage entre os dois bancos de dados do SINASC e do SIM. Foram utilizadas as variáveis: data do nascimento, peso ao nascer, en-

dereço de residência da mãe e nome da mãe, para facilitar a identificação do par perfeito.

Neste estudo, a variável dependente foi à ocorrência do óbito em menores de um ano (sim ou não). As variáveis independentes, referentes à exposição foram classificadas em modelo hierárquico, com três níveis de determinação, conforme está à frente.

a) Bloco 1 ou nível distal (variáveis sociodemográficas e socioeconômicas maternas) - idade da mãe (< 20 anos, 20 a 34 anos e \geq 35 anos); estado civil (com companheiro e sem companheiro); escolaridade da mãe (< 4 anos, 4 a 7 anos, \geq 8 anos de estudo).

b) Bloco 2 ou nível intermediário (variáveis relacionadas à assistência na gestação e no parto) – número de consultas de pré-natal (\leq 3 consultas, quatro a seis consultas, \geq 7 consultas); idade gestacional (\leq 36 semanas, 37 a 41 semanas, \geq 42 semanas); tipo de gestação (única ou gemelar); e tipo de parto (vaginal ou cesáreo).

c) Bloco 3 ou nível proximal (variáveis relacionadas à criança ao nascer) – sexo (masculino ou feminino); peso (< 1.500 gramas, 1.500 a 2.499 gramas e \geq 2.500 gramas); índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida (0-3, 4-7, 8-10).

Para o processamento dos dados, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 20.0. Na análise dos dados, para testar a associação dos vários fatores de risco com o óbito infantil, ou seja, verificar a associação entre cada variável de exposição e a variável-resposta, foram realizadas análises univariadas e multivariadas.

Na análise univariada, verificamos a distribuição de frequência, tabulação cruzada entre variáveis, estimativa da probabilidade de óbito em menores de um ano, segundo as

categorias de exposição, existência de associação nas variáveis qualitativas, entre o desfecho e as variáveis explicativas. Utilizamos o teste do Qui-Quadrado, ao nível de significância de 5%. Foi observado o critério de entrada das variáveis no modelo, tendo sido selecionadas aquelas que apresentaram nível descritivo, $p < 0,20$ e as que permaneceram no modelo, apenas aquelas que tiveram valor de $p < 0,05$.

A medida da força de associação entre as variáveis foi obtida pela regressão logística, que identificou por meio da razão de chances (Odds Ratio – OR) o valor da OR bruta para as variáveis de cada bloco que apresentaram associação significativa ($p < 0,05$). O controle dos possíveis fatores de confusão existentes nas associações obtidas na análise univariada, foi conseguido por meio da técnica de análise multivariada, da qual foi obtido o valor da OR ajustada.

Finalmente, realizamos a regressão logística múltipla, apenas com as variáveis significativas em cada bloco hierarquizado. Deste modo, as variáveis significativas do bloco 1 foram anexadas sucessivamente às variáveis significativas dos blocos 2 e 3. Este ajuste por bloco permitiu identificar as variáveis de confusão, bem como a importância de cada variável que participou do modelo final.

A análise final da regressão logística realizada obedeceu aos critérios de Hosmer e Lemeshow (1989), nos termos dos quais o bom ajuste do modelo final proposto pode ser verificado, por meio da diferença não significativa entre as probabilidades preditas e observadas. As variáveis significativas e incluídas em cada bloco fizeram parte do ajuste do modelo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e aprovado pelo Parecer N° 124.46.

RESULTADOS

No ano de 2005, a TMI encontrada em Fortaleza foi de 20,6 óbitos por mil nascidos (NV) e, em 2010, reduziu-se para 11,9/1000 NV. Dos 147 casos de óbitos da amostra, 119 (81%) ocorreram no período neonatal e 28 (19%) no período pós-neonatal, sendo que a maioria 88 (59,9%) dos óbitos ocorreu no período neonatal precoce.

Na análise univariada realizada com o modelo hierarquizado, demonstrou associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), com o óbito infantil, as seguintes variáveis: escolaridade da mãe menor do que quatro anos de estudo (bloco 1); número de consultas pré-natal menor do que quatro, idade gestacional inferior a 37 semanas, gestação gemelar, parto cesáreo (bloco 2) e peso ao nascer (bloco 3).

A análise univariada do bloco 1 (nível distal) mostrou que somente a escolaridade materna (menor do que quatro anos de estudo) teve associação com o desfecho, pois se exibiu altamente significativa ($p < 0,001$). As mães que estudaram menos de quatro anos expressaram alto risco de seus filhos virem a óbito (OR: 170,183; IC: 73,219; 395,555) (Tabela 1).

TABELA 1- Fatores de risco distais não ajustados para a mortalidade infantil, de acordo com as características sociodemográficas e socioeconômicas maternas, Fortaleza-CE, no período de 2005 a 2010.

Variáveis	Casos		Controles		OR não ajustada	IC 95%	p
	N=147*	%	N=441*	%			
Idade materna							0,809
< 20 anos	27	18,4	71	16,1	1,178	0,717; 1,935	
20 a 34 anos	102	69,4	316	71,7	1,0		
≥ 35 anos	18	12,2	53	12,0	1,052	0,589; 1,878	
Total	147	100,0	440	99,8			
Escolaridade materna							<0,001
< 4 anos	131	89,1	32	7,3	170,183	73,219; 395,555	
4 a 7 anos	5	3,4	107	24,3	1,943	0,604; 6,252	
≥ 8 anos	7	4,8	291	66,0	1,0		
Total	143	97,3	430	97,6			
Estado civil							0,358**
Sem companheiro	99	67,3	285	64,6	0,99	0,99; 1,00	
Com companheiro	48	32,7	150	34,0	1,0		
Total	147	100,0	435	98,6			

Fonte: SIM/SINASC/SMS/CEVEP.

OR: odds ratio; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; p: Qui-quadrado.

** Teste da Razão de Máxima Verossimilhança.

*Nota: em algumas variáveis, a amostra não correspondeu ao tamanho da amostra estabelecida para a pesquisa.

No bloco 2 (nível intermediário), constatamos, ao realizar a análise univariada, que todas as variáveis tiveram associação significativa com o desfecho: tipo de gestação ($p < 0,001$); número de consultas de pré-natal ($p < 0,025$), pelo teste da Razão de Máxima Verossimilhança; idade gestacional ($p < 0,001$) e tipo de parto ($p < 0,001$).

A gestação gemelar e a idade gestacional demonstraram maior risco de desencadear o desfecho, com altíssimos valores relativos ao cálculo da razão de chances (OR: 633,167; IC: 166,744; 240,818) e (OR: 259,571; IC: 106,867; 630,478), respectivamente. O número de consultas de pré-natal menor do que quatro indicou duas vezes maior risco de levar as crianças ao óbito (OR: 2,177; IC: 1,221; 3,880). O parto cesáreo mostrou-se como fator de proteção (OR: 0,027; IC: 0,011; 0,067) em relação ao desfecho (Tabela 2).

TABELA 2 - Fatores de risco intermediários não ajustados para a mortalidade infantil, de acordo com as características relacionadas à assistência sobre gestação e parto. Fortaleza-CE, no período de 2005 a 2010.

Variáveis	Casos		Controles		OR não ajustada	IC 95%	p
	N=147*	%	N=441*	%			
Tipo de gestação							
Única	15	10,2	435	98,6	1,0		<0,001
Gemelar	131	89,1	6	1,4	633,167	166,744; 240,818	
Total	146	99,3	441	100,0			
Nº de consultas							0,025
≤ 3	26	17,7	46	10,4	2,177	1,221; 3,880	
4 a 6	74	50,3	201	45,6	1,418	0,934; 2,152	
≥ 7	47	32,0	181	41,0	1,0		
Total	147	100,0	428	97,1			
Idade gestacional							<0,001**
≤ 36 semanas	138	93,9	35	7,9	259,571	106,867; 630,478	
37 a 41	6	4,1	395	89,6	1,0		
≥ 42 semanas	-	-	2	0,5			
Total	144	98,0	432	98,0			
Tipo de parto							<0,001
Vaginal	141	95,9	190	43,1	1,0		
Cesáreo	5	3,4	250	56,7	0,027	0,011; 0,067	
Total	146	99,3	440	99,8			

Fonte: SIM/SINASC/SMS/CEVEP.

OR: odds ratio; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; p: Qui-quadrado.

**Teste da Razão da Máxima Verossimilhança.

*Nota: em algumas variáveis, a amostra não correspondeu ao tamanho da amostra estabelecida para a pesquisa.

A análise univariada do bloco 3 (nível proximal), referente às características da criança ao nascer, revelou que somente o baixo peso ao nascer teve associação altamente significativa com o desfecho, com valor de $p < 0,001$. O baixo peso ao nascer, pelo cálculo da razão de chances, possui aproximadamente 26 vezes maior risco de levar as crianças ao óbito (OR: 26,267; IC: 7,574; 91,087) (Tabela 3).

TABELA 3 - Fatores de risco proximais não ajustados para a mortalidade infantil, de acordo com as características da criança ao nascer, Fortaleza-CE, no período de 2005 a 2010.

Variáveis	Casos		Controles		OR não ajustada	IC 95%	p
	N=147*	%	N=441*	%			
Sexo							0,782
Masculino	81	55,4	240	54,4	1,055	0,723; 1,539	
Feminino	66	44,6	201	45,6	1,0		
Total	147	100,0	441	100,0			
Peso							<0,001
< 1500 g	6	4,1	15	3,4	274,979	112,504; 672,095	
1500 a 2499 g	134	91,2	32	7,3	26,267	7,574; 91,087	
≥ 2500 g	6	4,1	394	89,3	1,0		
Total	146	99,3	441	100,0			
Apgar no 1º minuto							0,614
0 a 3	2	1,4	7	1,6		0,774; 2,114	

4 a 7	26	17,6	62	14,1	0,872	0,179; 4,253	
8 a 10	119	81,0	363	82,3	1,0		
Total	147	100,0	432	98,0			
Apgar no 5º minuto							0,736**
0 a 3	-	-	1	0,3			
4 a 7	4	2,7	11	2,5	1,012	0,317; 3,229	
8 a 10	143	97,3	398	90,2	1,0		
Total	147	100,0	410	93,0			

Fonte: SIM/SINASC/SMS/CEVEP.

OR: odds ratio; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; p: Qui-quadrado.

**Teste da Razão da Máxima Verossimilhança.

*Nota: em algumas variáveis a amostra não correspondeu ao tamanho da amostra estabelecida para a pesquisa.

Na tabela 4, consta o resultado referente à análise multivariada com todas as variáveis que participaram da análise univariada e foram significativas ($p < 0,05$) e, ainda, tinham $p < 0,20$, como critério de inclusão, na etapa de ajuste com as demais variáveis significativas dos blocos seguintes.

TABELA 4 - Análise multivariada de fatores relacionados às características sociodemográficas e socioeconômicas maternas, informações sobre gestação e parto e características da criança ao nascer associados ao óbito infantil. Fortaleza-CE, no período de 2005 a 2010.

Variável	OR ajustada	IC 95%	p
Bloco 1: Características sociodemográficas e socioeconômicas maternas			
Escolaridade			
<4 anos	3,855	0,879; 16,905	0,074
4 a 7 anos	0,847	0,188; 3,812	0,829
≥8 anos	1,0		0,132
Bloco 2: Informações sobre gestação e parto			
Tipo de gestação			
Única	1,0		
Gemelar	71,137	19,529; 259,125	<0,001
Nº de consultas			
≤3	0,667	0,136; 3,262	0,617
4 a 6	0,830	0,235; 2,929	0,772
≥7	1,0		0,883
Idade gestacional			
≤36 semanas	20,514	6,297; 66,824	<0,001
≥37 semanas	1,0		
Tipo de parto			
Vaginal	1,0		
Cesáreo	0,119	0,030; 0,484	0,003
Bloco 3: Características da criança ao nascer			
Peso			
<1500 g	1,049	0,089; 12,386	0,970
1500 a 2499 g	1,993	0,233; 17,020	0,529
≥2500 g	1,0		0,631

Fonte: SMS/CEVEP/SIM/SINASC.

OR: odds ratio; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; p: Qui-quadrado.

Ao examinarmos o efeito das variáveis significativas no modelo univariado do bloco 1 em conjunto, sobre o desfecho exercido pelas variáveis relacionadas às características socio-demográficas maternas, notamos que a escolaridade materna perdeu a significância estatística, não sendo incluída no modelo final.

Em relação ao efeito das variáveis significativas no modelo univariado do bloco 2 em conjunto, sobre o desfecho exercido pelas variáveis relacionadas à gestação e ao parto, permaneceram estatisticamente significantes as seguintes variáveis: idade gestacional ≤ 36 semanas ($p < 0,001$), gestação gemelar ($p < 0,001$) e parto cesáreo ($p = 0,003$), que foram incluídas no modelo final. O número de consultas no período pré-natal não apresentou significância estatística ($p = 0,883$) e não foi incluído no modelo final.

Quanto à relação do efeito das variáveis em conjunto sobre o desfecho exercido pelas variáveis relacionadas às características da criança ao nascer (bloco 3), verificamos que a variável peso perdeu a significância estatística ($p = 0,631$), não sendo incluída no modelo final.

A tabela 5 traz o modelo final, constituído com suporte nas variáveis significantes ocorridas no modelo multivariado: tipo de gestação, idade gestacional e tipo de parto, relacionadas ao desfecho.

A regressão logística foi realizada ajustando as variáveis significativas apenas do bloco 2 com o desfecho, pois os demais blocos não apresentaram variáveis estatisticamente significativas. Portanto, mantiveram associação com o óbito infantil as seguintes variáveis: gestação gemelar e idade gestacional ≤ 36 semanas. O parto cesáreo demonstrou-se como fator de proteção.

TABELA 5 - Modelo final dos fatores de risco associados ao óbito infantil, Fortaleza-CE, no período de 2005 a 2010.

Variável	OR ajustada	IC 95%	p
Bloco 2: Informações sobre gestação e parto			
Tipo de gestação			
Única	1,0		
Gemelar	78,104	22,136; 275,580	<0,001
Idade gestacional			
≤36 semanas	18,754	6,168; 57,024	<0,001
≥37 semanas	1,0		
Tipo de parto			
Vaginal	1,0		
Cesáreo	0,121	0,031; 0,477	0,003

Fonte: SMS/CEVEP/SIM/SINASC.

OR: odds ratio; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; p: Qui-quadrado.

DISCUSSÃO

O uso de bancos de dados secundários para a realização de pesquisas científicas é importante. Denota, porém, apresenta vantagens e desvantagens. Este se expressou como grande fonte para diversas investigações e são capazes de gerar grande contribuição para a saúde pública, especialmente quanto à

análise do perfil de óbitos e seus fatores de risco. A falta de controle de qualidade da informação e padronização nos procedimentos utilizados para a coleta das informações configura-se, no entanto, como uma desvantagem.

A persistente precariedade nos dados do SIM e SINASC encontrados em alguns estados das regiões Norte e Nordeste, especificamente em alguns municípios, resulta na falta de qualidade das informações de ambos os sistemas(FRIAS et al., 2010).

A técnica de *linkage* utilizada nesta pesquisa revelou e confirmou as incompletudes desses dois bancos de dados, fato que pode ter se exibido como uma limitação do estudo.

Neste experimento, os óbitos infantis indicam que o componente neonatal contribuiu com o maior percentual da mortalidade em menores de um ano, com 119 (81,0%), sendo que o período neonatal precoce corresponde ao maior número de óbitos com 88 (59,9%).

Nas últimas décadas, diversas pesquisas confirmam essa crescente participação dos óbitos neonatais na TMI, em comparação ao componente pós-neonatal, e que o componente neonatal precoce representa a maior parcela desses óbitos, sendo responsável por mais da metade das mortes no primeiro ano de vida (RISSO; NASCIMENTO, 2010; SILVA et al., 2010; SOARES; MENEZES, 2010; RIBEIRO et al., 2009).

Notamos que a maioria das mães, tanto para casos como para controles, exibiu faixa etária de 20 a 34 anos, com 102 (69,4%) e 316 (71,7%), respectivamente. Este resultado é corroborado por vários estudos(RISSO; NASCIMENTO, 2010; ZANINI et al., 2011; DOMINGUES et al., 2012), onde aproximadamente 70,0% das mães se encontravam nessa faixa etária.

Em relação à escolaridade materna, verificamos que o tempo de estudo inferior a quatro anos mostrou associação significativa, na análise univariada, com o desfecho. As mães que estudaram menos de quatro anos expressaram maior risco de seus filhos morrerem. Após a regressão logística, contendo essa variável não permaneceu como fator de risco no modelo final. Resultado semelhante foi encontrado por Jehan et al (2009), quando também analisaram a escolaridade materna em modelo de regressão logística e análise hierárquica.

Com relação ao estado civil, 65,2% das mães viviam sem companheiro, proporção semelhante para o grupo dos casos (67,3%) e dos controles (64,6%). Não houve associação estatística entre a situação conjugal materna e o óbito em menores de um ano. Esse achado foi corroborado pela pesquisa de Carvalho et al (2007), onde também não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre estado civil e óbito neonatal.

Neste estudo, dentre as variáveis do bloco 2, apenas o número de consultas de pré-natal não teve associação com o óbito infantil. Embora o número de consultas de pré-natal não tenha mostrado associação com o desfecho, verificamos que o número de consultas inferior a quatro possui risco de 2,1 vezes maior das crianças morrerem. Este resultado da razão de chances foi semelhante ao realizado por Santa Helena, Sousa e Silva (2005), em cuja análise univariada mostraram que mães que realizaram um número de consultas no pré-natal menor ou igual a três exteriorizaram risco 2,29 vezes maior para mortalidade no período neonatal do que as mães que realizaram um número maior de consultas.

Em relação ao tipo de gestação, além da gravidez gemelar ter mostrado associação significativa com o desfecho, o risco de morte se mostrou aproximadamente 78 vezes maior em

relação à gravidez única. Este resultado foi corroborado por outros estudos (SOARES; MENEZES, 2010; ZANINI et al., 2011).

A associação entre mortalidade infantil e gemelaridade é descrita na literatura por vários autores. Esta é considerada importante fator de risco, porque, na maioria das vezes, está relacionada à baixa idade gestacional e ao baixo peso ao nascer (SILVA et al., 2010; RIBEIRO et al., 2012).

Analisando a idade gestacional, observamos que, no grupo dos casos, a maioria das mães (93,9%) teve filhos prematuros, de menos de 37 semanas de gestação. Estes achados foram semelhantes às pesquisas de Silva et al (2010) e de Ribeiro et al (2009), onde indicou a maioria dos óbitos com nascimento pré-termo, 88,7% e 57,7%, respectivamente. Ao analisar o grupo dos controles, percebemos que a idade gestacional a termo foi predominante (89,6%). Estudo de Doldan, Costa e Nunes (2011) apontou achados semelhantes, quando mostrou que os nascimentos a termo foram mais prevalentes (95,7%) entre os controles.

Em pesquisa efetuada por Ortiz e Oushiro (2008), a idade gestacional abaixo de 37 semanas, também, esteve associada estatisticamente com o óbito neonatal, nas análises univariada e multivariada, permanecendo associada, inclusive, no modelo final da análise, onde se registrou um risco 29,4 vezes maior de óbito, naqueles nascidos de gestações com duração de 22 a 27 semanas, quando comparados com os nascidos de gestações com duração acima de 37 semanas.

Neste estudo, o parto cesáreo apresentou-se como fator de proteção para o óbito infantil (OR: 0,121; IC95%: 0,031; 0,477). Achado semelhante foi destacado por outros estudos na literatura (SOARES; MENEZES, 2010; RIBEIRO et al., 2009; ORTIZ; OUSHIRO, 2008).

Diversos estudos brasileiros apontam essa associação, entre o parto normal e a mortalidade infantil, quando comparado com o cesariano. Nesta associação, destaca-se o papel exercido pela má qualidade da assistência ao parto vaginal, pela alta incidência de cesarianas no País e pelas distorções na indicação da via de parto, como a realização de cesarianas em gestações de baixo risco e parto vaginal nas de alto risco para o óbito neonatal (SOARES; MENEZES, 2010; RIBEIRO et al., 2009; ORTIZ; OUSHIRO, 2008).

É relatado ainda, o fato que o parto operatório pode exprimir efeito protetor sobre a mortalidade neonatal, principalmente, em virtude da sua maior concentração no Brasil em hospitais privados, cuja população de melhor nível socioeconômico possui outras características que contribuem para a sobrevivência no período neonatal(ORTIZ; OUSHIRO, 2008).

Em relação aos determinantes proximais, referentes às características da criança ao nascer, o sexo masculino foi o mais prevalente (54,6%). Resultado semelhante foi encontrado por Shoeps et al (2007), com (51%). O predomínio de óbitos, também, foi maior neste sexo (55,4%), porém, não foi constatada relação estatisticamente significativa entre sexo da criança e óbito infantil, desfecho que condiz com os resultados encontrados por Santa Helena, Sousa e Silva(2005) e por Schoeps et al (2007).

A variável sexo da criança não recebeu influência direta das características maternas, assistência à gravidez e ao parto, o que poderia justificar ausência de relação estatística (SANTA HELENA; SOUSA; SILVA, 2005; SHOEPS et al., 2007).

Quanto ao índice de Apgar no 1º e nos 5º minutos, não houve associação entre esta variável e o óbito infantil. É importante ressaltar, porem que, na literatura há estudos sobre mortalidade infantil, principalmente no período neonatal,

afirmando que quanto menor o escore de Apgar, no primeiro e no quinto minutos de vida, menor é a chance de sobrevivência (RISSO; NASCIMENTO, 2009; GEIG et al., 2010).

O índice de Apgar representa um importante fator de risco para a mortalidade infantil, essencialmente no período neonatal. Este fato remete ao papel da organização da atenção obstétrica e neonatal, no sentido de minimizar os fatores que podem levar a asfixia e, conseqüentemente, ao óbito nessas crianças (RISSO; NASCIMENTO, 2009; GEIG et al., 2010).

O baixo peso ao nascer foi a única variável, referente aos determinantes proximais, que teve associação com o óbito infantil, mostrando na análise univariada uma significância altamente estatística ($p < 0,001$) e um risco de morte, aproximadamente, 26 vezes maior, quando comparado com crianças com peso normal ao nascer. Verificamos, no entanto, que após a regressão logística essa variável perdeu a significância estatística e foi excluída do modelo final.

O resultado evidenciado neste estudo foi corroborado pelo de Mombelli et al (2012), o qual demonstrou que os recém-nascidos de baixo peso possuem risco 4,9 vezes maior de morrer, do que aqueles com peso igual ou superior a 2500g. Estudo de Geib et al (2010) indicou o baixo peso (1500 a 2499g) com risco variando de 6,7 a 10,8, enquanto os de muito baixo peso ($< 1500g$) expressaram risco de 79,7. Barros et al (2008) verificaram que os recém-nascidos com baixo peso e prematuros registraram risco de óbito quatro vezes maior do que aqueles com peso acima de 2500g ou a termo.

A significativa associação encontrada entre o baixo peso ao nascer e o óbito infantil evidencia a interação dos fatores biológicos e sociais, já consagrado na literatura, e reforça a sua manutenção como critério isolado para a identificação de crianças vulneráveis ao óbito (BARROS et al., 2008).

CONCLUSÃO

Neste estudo, configuram-se como fatores de risco para a mortalidade infantil as variáveis que permaneceram no modelo final: gestação gemelar e idade gestacional inferior a 37 semanas. O parto cesáreo foi expresso como fator de proteção.

Embora os determinantes que levem ao óbito no primeiro ano de vida sejam variados e interajam com diversas intensidades, observamos, entre os fatores de risco identificados, a importância dos relacionados com a atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, redutíveis pela atuação do setor saúde.

Nesse sentido, torna-se necessário um olhar mais aprofundado para a atenção pré-natal e, conseqüentemente, para a assistência ao parto e ao recém-nascido, sendo fundamental avaliar a estruturação da rede assistencial e a qualidade dos serviços oferecidos pelo Município.

Consideramos como um fator limitante desta pesquisa a utilização somente de dados secundários, pois constatamos ausência de informações em muitas variáveis, além de duplicidade nos registros dos bancos de dados do SIM e do SINASC. Este achado, porém, não invalidou a análise final e os seus resultados.

Ressalta-se, contudo, a importância da sensibilização dos profissionais de saúde quanto ao correto e completo preenchimento das declarações de nascimentos e de óbitos, para que as informações coletadas sejam fidedignas, capazes de refletir a realidade. Essa medida aumentaria a consistência e a reprodutibilidade de pesquisas de base epidemiológica para o planejamento das ações de saúde e, assim, contribuiria para a diminuição da mortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. J. D. et al. Neonatal mortality: description and effect of hospital of birth after risk adjustment. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 1, p.1-9, 2008.

CARVALHO, P. I.; PEREIRA, P. M. H.; FRIAS, P. G.; VIDAL, S. A.; FIGUEIROA, J. N. Fatores de risco para a mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 16, n. 3, p. 185-194, 2007.

DOLDAN, R. V.; COSTA, J. S. D.; NUNES, M. F. Fatores associados à mortalidade infantil no município de Foz de Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-controle. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 4, p. 491-498, 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; ANDRADE, C. L. T.; LIRA, P. I. C.; SZWARCOWALD, C. L. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no Estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 671-681, 2010.

GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3717-3728, 2011.

GEIB, L. T. C. et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 363-370, 2010.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley, 1989.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). Estimativas das Populações dos Municípios em 2010. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br.html>> Acesso em 16 de março de 2012.

IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA). Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea; 2010.

JEHAN, I. et al. Neonatal mortality, risk factors and causes: a prospective population based cohort study in urban Pakistan. *Bull. World Health Organ.*, v. 87, n. 2, p. 130-138, 2009.

MOMBELLI, M. A. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Estado do Paraná, de 1997 a 2008. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 30, n. 2, p.187-194, 2012.

ORTIZ, L. P.; OUSHIRO, D. A. Perfil da Mortalidade Neonatal no Estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 19-29, 2008.

RIBEIRO, A. M.; GUIMARÃES, M. J.; LIMA, M. C.; SARINHO, S. W.; COUTINHO, S. B. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 246-255, 2009.

RISSO, S. P.; NASCIMENTO, L. F. C. Fatores de risco para óbito em unidade de terapia intensiva neonatal, utilizando a técnica de análise de sobrevivência. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 19-26, 2010.

SANTA HELENA, E. T.; SOUSA, C. A.; SILVA, C. A. Fatores de risco para a mortalidade neonatal em Blumenau, Santa Catarina: linkage entre banco de dados. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 5, n. 2, p. 209-217, 2005.

SHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007.

SILVA, Z. P. et al. Morte neonatal precoce segundo complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 123-134, 2010.

SOARES, E. G.; MENEZES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2010.

SOUSA, T. R. V.; LEITE-FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status no Nordeste Brasileiro. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, p.796-804, 2008.

UNICEF (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA). Statistics by area: (child survival and health: under five mortality). Disponível em: http://www.childinfo.org/mortality_underfive.php>. Acesso em: 20 out. 2013.

WHO (World Health Organization). World Health Statistics 2010. WHO; 2010.

ZANINI, R. R et al. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no rio Grande do Sul por dois métodos de análise. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 79-89, 2011.

CAPÍTULO 14

HUMANIZAÇÃO DO PARTO: ESTUDO ETNOGRÁFICO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE FORTALEZA

Maria Celestina S. de Oliveira

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

A atenção humanizada ao parto compreende conhecimentos, práticas e atitudes que buscam a promoção do parto natural, nascimentos saudáveis e prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001). Humanizar, então, engloba assistência de qualidade técnica e não técnica, formação continuada dos profissionais de saúde, evidências científicas que orientam as rotinas assistenciais, instalações físicas adequadas e recursos financeiros (BRASIL, 2006).

No Brasil, a institucionalização do parto, ao longo da década de 1940, foi, provavelmente, a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Nos anos 1960, a preocupação com a saúde materna se limitou à assistência ao parto. Com a chegada da Medicina preventiva ao País e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil. Nos anos 1980, ocorreram iniciativas voltadas para a redução da mortalidade materna. No Ceará, uma iniciativa de destaque foi o projeto desenvolvido pelo médico Galba de Araújo, tendo como objetivo integrar as parteiras leigas ao sistema local de saúde (ARAÚJO, 1987). Também, em 1990, no Ceará, nova

iniciativa de humanização do Sistema Único de Saúde deu-se, no Hospital Geral de Fortaleza, com o desenvolvimento de um trabalho em prol da qualidade e da humanização na saúde.

Em janeiro de 2000, um passo importante é dado a caminho da humanização do parto, quando a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) publicam o Manual do Parto Humanizado (SESA, 2000.). Em junho deste mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Neste programa, os elementos estruturais foram assim estabelecidos: percepção da mulher como sujeito; conhecimento e respeito aos direitos reprodutivos; a perspectiva da humanização (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde, no ano de 2003, define sete áreas prioritárias de atuação e cria a Política Nacional de Humanização (PNH). O foco das atenções passou do hospitalar a todo o sistema de saúde. Os eixos de ação para a implementação do PNH foram assim definidos: o das instituições, o da gestão do trabalho, o do financiamento, o da atenção, o da educação permanente, o da informação/comunicação e o da gestão da própria PNH. Poder-se-ia citar como exemplo da prática dessa Política Nacional de Humanização, o caso do Ceará, com a criação dos comitês estaduais e municipais e dos grupos de trabalho de humanização da atenção e da gestão nas unidades de saúde (SESA, 2006).

Apesar de todas as experiências, as recomendações baseadas em evidências científicas sobre acompanhamento do parto, sintetizadas e publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), são ainda hoje desconsideradas no Brasil (RNFSDR, 2002). Há um predomínio do modelo de atendimento ao nascimento, que valoriza o saber técnico dos profis-

sionais e desconsidera aspectos sociais e culturais das pacientes (DAVIS-FLOYD, 2001; DIAS; DESLANDES, 2004). Pesquisa realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar revela que as taxas de cesarianas no Brasil são quatro vezes acima das recomendadas pela OMS (BRASIL, 2005). Outras referências confirmam essas elevadas taxas (FAÚNDES; CECATTI, 1991; ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO, 2003).

Em face dessa realidade, tenta-se responder, por intermédio desta pesquisa, aos seguintes questionamentos: quais os saberes não técnicos presentes nos atos dos profissionais da Obstetrícia? Até que ponto a humanização do parto é uma prática presente nos hospitais? Como vão se incorporando as práticas de humanização às atividades dos profissionais da Obstetrícia?

Compreendendo que a humanização é uma temática atualmente trabalhada em todas as áreas da saúde e que se tornou imprescindível para a mudança no modelo de atenção à saúde, a busca de respostas a essas perguntas levou a pensar e aprofundar a investigação sobre humanização da saúde, parto natural e nascimento saudável.

Em razão da humanização na saúde, a saúde da mulher constitui área de conhecimento e práticas no espaço da maternidade. Portanto, este capítulo procura o modo como os conhecimentos e as práticas sobre humanização da saúde estão sendo incorporados pelos profissionais da Obstetrícia.

METODOLOGIA

Neste trabalho, empregou-se uma abordagem etnográfica baseada principalmente em métodos qualitativos de coleta de dados. Dentre as definições de pesquisa etnográfica, selecionou-se a que é defendida por Fabietti & Remoti (FABIETTI;

REMOTI, 1997) como “atividade de pesquisa no terreno [...] por prolongado período de tempo [...] com contato direto com o objeto de estudo [...] seguido pela sistematização em formato de texto da experiência”. Pôde-se daí deduzir que a etnografia está, do começo ao fim, imersa na escrita. Essa escrita relata a experiência na forma de texto (GLIFFORD, 2002).

A metodologia etnográfica é adotada com certa frequência nos temas da área de saúde (BONADIO, 1996; CARVALHO, 2001; MENEZES, 2001; CAPRARA; LANDIM, 2008). Ao utilizar essa metodologia, pretendeu-se mediante seus procedimentos, dar resposta às questões sobre humanização do parto.

Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de Fortaleza-CE, de abril a outubro de 2006. O Hospital Público escolhido, cujo nome omiti-se para evitar certos constrangimentos, desenvolve ciclos de seminários e cursos sobre humanização da saúde para os funcionários, e possui uma estrutura física individualizada de atenção para cada mulher na sala de parto.

Para a coleta de dados, seguiu-se duas fases: o atendimento à gestante, considerando-se o pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto; e a humanização na sala de parto.

A coleta de dados ocorreu na sala de parto e no alojamento conjunto. Adotou-se para essa pesquisa, o esquema de plantões de oito horas por dia, três vezes por semana, num período de seis meses. Somaram-se ao todo 576 horas de observação participante e entrevistas semi-estruturadas com sete pacientes, quatro médicos, quatro enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem e uma voluntária. O grupo de profissionais foi dividido em três equipes, de acordo com o dia do plantão. Durante a observação participante, escolheu-se os profissionais para as entrevistas de acordo com a maior participação na cena do parto. As pacientes, pertencentes ao grupo de mulhe-

res sem complicações obstétricas, foram escolhidas de maneira aleatória. Os dados foram interpretados segundo a Análise de conteúdo (BAUER; GASKELL, 2002) e a antropologia interpretativa de Geertz (GEERTZ, 1989) foi utilizada como suporte para a interpretação.

Das leituras repetidas das transcrições dos dados coletados surgiram duas linhas temáticas: os cuidados materno-fetais e a incorporação de práticas de humanização na sala de parto.

Todos os nomes citados nesta pesquisa foram substituídos, a fim de evitar identificação das pessoas. Para a participação nesta pesquisa, os profissionais e pacientes, livremente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução Nº. 466/12 do CNS/Ministério da Saúde, Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

OS CUIDADOS MATERNOFETAIS

O atendimento à gestante, considerando-se o pré-natal, pré-parto, parto e pós-parto, mediante as observações percebidas, dos relatos das pacientes e dos profissionais, segue um modelo ritualístico no qual a paciente, na maioria das vezes, não participa das decisões clínicas.

O pré-natal tem início com a primeira consulta sob a responsabilidade de uma enfermeira.

No primeiro encontro, as pacientes são convidadas a participarem do curso do parto. Segundo a enfermeira Sueli, o ideal seria a mulher iniciar o primeiro módulo no primeiro trimestre. Para ela o curso consta de três módulos: no primeiro fez-se explanação sobre vacina, higiene e gravidez. No

segundo discutiu-se as mudanças fisiológicas, aleitamento materno e o cuidado do bebê. No terceiro, faz-se a visita à sala de parto e ao alojamento conjunto. Sobre esse treinamento, o testemunho de uma paciente, chamada Rita, sobre as orientações recebidas, é de importância capital para os cuidados materno-fetais: “Teve o curso do parto. Compareci a dois módulos. Ai, eles vinham e mostrava a sala de parto; onde ia ser o parto. Mostrava as enfermeiras e as pessoas. Como ia ser. Aí dava orientação, palestras, falava com a assistente social”.

Falando sobre pré-natal e curso do parto, a enfermeira Sueli percebeu que a participação das mulheres, o aprendizado delas em si é acanhado. Pelas palavras dessa enfermeira, ela avalia o profissional do ambulatório o qual tem pressa em passar as informações para as gestantes, comprometendo a relação profissional/paciente. Portanto, não se dando o protagonismo e a corresponsabilidade das mulheres. A enfermeira Sueli é clara sobre esse ponto de vista: “Mas às vezes a gente tem aquela pressa né! Elas, já, estão muito tempo esperando. Às vezes é assim: a gente vai vendo os tópicos, pergunta se ela [..].O que você quer saber? Às vezes elas fazem perguntas”

O pré-natal de qualidade envolve profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiras e médicos, fortalecendo o curso do parto, para que a mulher tenha conhecimento dos seus direitos e deveres como cidadã. Acolhimento, cuidado, suporte emocional, presença do acompanhante, curso do parto são aspectos da humanização na saúde. Essa nova prática precisa ser mais efetiva, porque o avanço das tecnologias não está conseguindo resolver os problemas que temos (MORIN, 2005).

O meu primeiro contato com a realidade das visitas das gestantes à sala do parto, ocorreu às 3 horas da tarde.

No diário de campo, registrou-se o cotidiano das visitas das gestantes do curso do parto. Uma enfermeira acompanhou um grupo de gestantes na sala de parto. Elas caminham em grupo fazendo uma visita de leito a leito. Uma delas se destaca com perguntas: “é um quarto para cada mulher? A cama se modifica na hora de ganhar o bebê? Na hora de ganhar o bebê as pernas ficam penduradas?” O restante do grupo permaneceu calado, ouvindo e observando o ambiente desconhecido. Nas visitas seguintes, a rotina da enfermeira se repetiu com suas explicações para as gestantes, enquanto a participação das mulheres era mínima.

Outro aspecto que pareceu aviltante ao atendimento da gestante e seus familiares foi o serviço hospitalar

As gestantes e seus familiares aguardam, sentados nos bancos da pequena sala de espera, atendendo as regras hospitalares. Para que a paciente possa ser examinada, é necessário passar pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e preencher a ficha de atendimento.

A emergência geral está em reforma e, na ocasião o SAME fica mais distante da sala de parto. O funcionário do SAME, na maioria das vezes, não entra em contato com a própria paciente, não vê as condições da gestante, pois é o familiar que vai fazer a ficha. Existe uma demora no preenchimento da ficha; as reclamações de pacientes e familiares, nesta ocasião, são mais frequentes do que de costume. É o caso da paciente Gorete que, já em fase de expulsão fetal, tem que enfrentar problemas burocráticos antes de um atendimento necessário.

Gorete é uma gestante que procurou o hospital por apresentar contrações uterinas de dez em dez minutos. Ela sente dificuldades para fazer a ficha de atendimento. “É muito distante, porque a outra está em reforma, aqui deste lado que é

a sala de parto e é lá do outro lado... Aí fica do outro lado do hospital”. À medida que se conversou sobre o atendimento inicial, outras dificuldades vão sendo reveladas. “Ai, bati lá. A gente toca a campainha; ai eu disse assim: moça ele disse que não ia fazer a ficha. Só entra com a ficha? Ela disse: é; então eu disse: vou parir aqui no meio do banco porque... Ela disse: não aguarde um pouquinho que ela vai já chegar”. Este é um momento de troca de plantão. O funcionário que está saindo não quis fazer a ficha, deixando essa tarefa para o outro que o substituirá. Ao mesmo tempo, a funcionária que falou com a paciente entendia o que estava acontecendo, mas não abriu exceção para um atendimento sem a ficha, submetendo a gestante a uma sobrecarga de estresse e a um risco de ter que assistir um parto na sala de espera.

Na sala de espera, a paciente Rosa Maria, também, passa por algumas horas de preocupação, por saber que o material de parto é suficiente, apenas, para assistir dois partos; e ela é a quarta paciente, em face do aviso da funcionária, que transmite a informação do profissional em exercício: “A doutora que estava de plantão saiu lá fora e disse: a máquina de esterilização do hospital está com defeito; eu só tenho material para duas pacientes; quem for a mais necessitada fica, quem não for vai para casa ou vai transferida para outro hospital”.

Com esse depoimento, pôde-se observar que o problema da instituição hospitalar, como o de uma máquina de esterilização quebrada, é dividido com as pacientes e seus familiares pela plantonista. Tal fato concorre para ser um elemento gerador de aflição para a gestante.

Um aspecto importante a ser relatado vem a ser o primeiro exame pré-parto.

São sete horas da manhã, uma gestante entra na sala de exame sem acompanhante. Algumas exceções são feitas para mulheres com problemas com a justiça, adolescentes, portadoras de problemas mentais e outras possíveis. Uma pergunta é feita pela auxiliar de enfermagem ainda na porta de entrada: “tá sentindo dor?” O profissional com essa pergunta tenta fazer uma seleção entre pacientes de ambulatório e pacientes de emergência. Durante o primeiro exame obstétrico, a paciente, não identifica a categoria nem o nome dos profissionais que a atendem, assim comenta a paciente: “quem me internou foi uma loirinha de azul”.

Na maioria das vezes, o exame físico é realizado antes da anamnese ou então, as perguntas clínicas são realizadas durante o exame obstétrico. O médico confere o cartão de pré-natal e se dirige à paciente para o exame. As perguntas assim como o exame obstétrico são realizadas com muita objetividade, sem detalhes da vida da mulher: o que está sentindo? Já tem filhos? Última regra? Neste espaço a relação médico-paciente é muito passageira

Às 9 horas da manhã, chega uma paciente sentindo muita dor. O profissional a submete a exames costumeiros de toque vaginal e ausculta fetal. Esses exames fornecem várias informações sobre a possibilidade de o parto ser normal: dilatação do colo uterino, apresentação fetal, variedade de posição, altura da apresentação e as condições da bolsa das águas. Os batimentos do coração fetal são registrados pelo aparelho chamado sonar. As anotações são feitas no partograma. Algumas mulheres saem do primeiro exame obstétrico para um internamento sem nenhuma informação sobre as suas reais condições de trabalho de parto ou até mesmo com informações equivocadas. A paciente Josefa está na sexta gravidez e ainda não sabe o que significa dilatação completa do colo uterino, e com

total desconhecimento de tal fato, afirma: “Eu estava com sete centímetros; ai eu, não! Sete vai custar mais. Acho que o nenê nasce com dois ou três centímetros, ai ta perto”. Comumente, o profissional médico, na maioria das vezes, não conversa com a paciente, esclarecendo-a sobre a sua avaliação.

A espera pelo parto é sempre traumatizante, pelo que se observou durante as reações das pacientes.

São 10 horas da manhã. A paciente Francisca está desesperada: chora, grita e acha que vai morrer. Plantonista Antônia entra no quarto e diz: “estou cansada de ensinar as coisas para essa menina, parece que estou falando com a parede”. Francisca foi internada no plantão anterior e já são mais de seis horas de trabalho de parto com vários toques vaginais. O fato de ter alguém para conversar ou distrair a mulher, neste momento de dor do trabalho de parto, é reconhecido pela gestante como muita atenção recebida. No depoimento de Gorete constatou-se esse fato: “Eu fui tratada super bem. Ela chegou, sentou, e ficou lá conversando até eu ter”. Gorete comenta ainda que se sente bem cuidada, porque está com sete centímetros de dilatação e não tem necessidade de a toda hora e todo instante de novo toque vaginal.

A maioria das gestantes, contudo, permanece sem acompanhante. Os profissionais de plantão não se aproximam, exceto quando necessitam realizar um procedimento de rotina. A presença dos voluntários, em alguns plantões, oferece cuidados às mulheres.

O momento do parto apresenta duas faces, de um lado o medo, a dor e de outro a alegria de uma vida que chega.

Após a dilatação completa do colo uterino, a mulher em trabalho de parto entra no período expulsivo o qual termina

com o nascimento da criança; e é essa ocasião referida por algumas mulheres como o pior momento de dor.

A presença de um familiar ou até de mesmo um grupo de estudantes na hora do parto significa ajuda, apoio. Uma paciente, de nome Carmem, comenta de que gosta da presença dos estudantes. “Só assim eu não me sentia tão só; foi bom eles estarem lá perto de mim todo o tempo”. E, principalmente, a presença da mãe no nascimento do nenê lhe deu forças e as duas puderam dividir a emoção. Assim se expressa: “Deu força demais; e quando o nenê saiu, ela chorou muito e eu também”.

Os partos são assistidos, a maioria, com a mulher na posição deitada ou semisentada. Nessas horas de nascimento, a palavra “força” é utilizada com grande insistência pelos profissionais da saúde. Segundo a enfermeira Sandra, o esforço físico é mérito da mulher porque o menino nasce com ou sem o médico.

A expressão “força” comumente usada no trabalho de parto é com ênfase repetitória pela médica Vânia, quando percebe contração uterina. “Força, força, força, força, força, força”. A paciente faz a força que tem condição ou necessária. No depoimento escrito em diário de campo, a paciente Auzira comenta: “eu acho que quem manda[...]. Quando chega a hora a natureza expulsa por si só, não tem como não nascer; chegou a hora tem que nascer em qualquer canto que estiver”. A paciente que tem experiência com o parto normal sabe a diferença entre palavras de ordem e de estímulo e muitas vezes se mantém calada na hora do parto por sabedoria própria.

O pós-parto, realiza-se com o nascimento da criança e a saída da placenta. Alguns plantonistas fazem pressão no fundo uterino para acelerar a saída desse anexo uterino. Nesta ocasião espera-se pela necessidade ou não de correção de episiotomia

ou laceração espontânea do canal de parto. É da responsabilidade do profissional que fez a assistência ao parto acompanhar esse momento e tomar as condutas necessárias.

O nascimento da criança não modifica a rotina dos procedimentos da sala de parto. Há pressa em executar a tarefa da rotina hospitalar o que concorre para que o funcionário se esqueça da relação mãe-filho, quando, logo, algumas crianças são levadas para o asseio antes dos primeiros cuidados da mãe.

A paciente Natália, cujo parto normal não precisou de nenhuma correção na região do canal de parto, está livre, cuida do filho antes que alguém leve para o banho. Vitoriosa, diz: “uma felicidade. Eu vi o bichinho colocado em cima de mim. Aí depois levou. Não fui pontuada, tá uma coisa que me deixou muito feliz. Tudo normal”. Diante da visão avaliativa de uma mãe de examinar o próprio filho e de sua alegria de que tudo está perfeito, negar à mãe esse primeiro contato é desumano e, ao mesmo tempo, se perde um processo de cooperação avaliativa.

INCORPORAÇÃO DAS PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO NA SALA DE PARTO

Alguns funcionários deste Hospital Distrital falam de um curso que a Secretaria de Saúde do Ceará realizou junto a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e que na época tomaram conhecimento de formas alternativas para aliviar e melhorar a dor da mulher em trabalho de parto.

A enfermeira Maria fala com emoção do curso da JICA, tal como ficou conhecido. Segundo ela, o novo aspecto da atenção à mulher inclui acolhimento, cuidado e coloca-se no lugar do outro ou à disposição do outro para ajudá-lo. “O que

está ao alcance da gente (...) o que a gente pode fazer para melhorar esse trabalho de parto para a mãe; torná-lo mais suave; menos traumático para ela; para tornar a experiência do parto positiva, prazerosa; procuro fazer com que ela encare o parto, realmente, como uma experiência positiva que vai trazer alegria, felicidade e a graça de ser mãe” afirmou a enfermeira.

A médica Paula tomou conhecimento do curso da JICA cujo objetivo era humanização do parto. Algumas pessoas foram para o Japão; outras fizeram o curso aqui em Fortaleza. Ela percebe que desde esse curso, algumas mudanças ocorreram dentro da sala de parto. Assim comenta: “ Eu observei a participação maior de outros profissionais; a enfermeira passou a fazer parto normal; foi introduzido instrumento como o cavalinho e a bola; algumas mudanças de condutas como massagens nas mulheres, não fazer mais tricotomia, não fazer clister evacuativo, dieta líquida ao invés de zero”.

Mesmo ao se referir às mudanças na sala de parto, Paula observa que há resistência de uma parcela importante dos profissionais médicos. Considera que, talvez, essa “resistência foi em função de que o espaço que era do médico seria ocupado pela enfermeira”. A possibilidade da perda de seu poder na atuação do serviço de parto para as enfermeiras afastou os médicos do conhecimento das novas práticas de saúde da mulher.

Ocorre, comumente, que os profissionais, que trabalham em sala de parto, independentemente de sua categoria profissional, estão submetidos a uma rotina hospitalar, concorrendo para que muitos desses profissionais adquiram mais habilidade com as tarefas técnicas do que desenvolver atitudes de apoio emocional às pacientes. Encontrou-se na fala de uma enfermeira o quanto a prática diária de normas técnicas pode influenciar a dimensão psicossocial e relacional com as pacien-

tes: ... “Vai naquela rotina e começa a trabalhar como se fosse máquina sem sensibilidade, sem carinho, sem amor, sem se colocar no lugar do outro”. O modelo biomédico, centrado na técnica obstétrica, não valoriza o saber da mulher e deixa de lado o aspecto subjetivo da relação (AYRES, 2000; AYRES, 2004; BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Nas palavras de Michel Odent, se encontra justificativas para o desconhecimento dos elementos da humanização do parto e uso abusivo dos procedimentos obstétricos, no caso especial da cesariana, no lugar da espera pelo fisiológico: “a obstetrícia moderna não sabe nada e se preocupa menos ainda, quanto ao fato de que o trabalho de parto, o parto e a fase inicial da amamentação são partes integrais da vida sexual da mulher” (ODENT, 2002, p.18).

Dois tipos básicos de profissionais se destacam na assistência ao parto normal. O primeiro é aquele profissional que está ao lado da mulher, que trabalha todos os seus sentidos, porque aposta nas tecnologias leves mencionadas por Merhy (2000). O outro é aquele que sempre se põe à frente da mulher na assistência ao recém-nascido e que, na maioria das vezes só reconhece o poder da técnica obstétrica e desconsidera o apoio emocional como uma etapa do acompanhamento profissional. Neste caso, a supervalorização das técnicas se sobrepõe à relação profissional-paciente (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Sobre as observações dirigidas para a realidade do parto da maternidade do Hospital Público selecionado, na busca de aspectos de humanização das práticas de saúde voltadas para a gestante, três situações foram destacadas e descritas.

Na primeira situação é a realização de três partos num período exíguo de duas horas, quando a humanização se torna

uma prática difícil em face das resistências de certos profissionais que têm pressa em resolver o problema do parto.

A emergência encontra-se superlotada. Na sala, cinco gestantes em trabalho de parto e destas, três já passaram pela experiência de ser mãe. Às 9 horas é decidido pela plantonista Antônia iniciar medicação ocitocina nas gestantes. Uma sucessão de nascimentos, um após outro. As três primeiras mulheres a conhecerem que seus filhos foram experientes múltiparas. Às 10 horas a terceira múltipara pariu. A plantonista Antônia demonstra surpresa com a rapidez dos nascimentos e chega a fazer o seguinte comentário: “essa minha mania de querer resolver logo as coisas!”. Nestes casos, o medicamento utilizado nas gestantes que estão em trabalho de parto normal provoca um efeito que aumenta mais ainda a contração uterina e como resultado foi o nascimento de três crianças num tempo muito rápido.

A auxiliar de enfermagem Fátima conta que o que aprendeu nos quatro módulos do curso da JICA tenta colocar em prática, mas é difícil porque não são todos os plantonistas que aceitam a nova maneira de acompanhar a paciente. Pela razão de o tempo com o parto fisiológico ser demorado, o médico abrevia esse momento com um procedimento da técnica obstétrica. “ [...] acontece da gente preparar uma paciente para o parto normal com banho morno, exercícios na bola, exercícios de respiração e massagem; está tudo bem; chega a hora do nenê nasce; ai, chama o doutor! Aí, ele decide fazer uma episiotomia sem anestesia. Eu achei que ele desfez tudo, desmanchou toda a preparação; a própria paciente disse: o que é mais terrível é esse corte”.

Fátima, conta ainda que, é testemunha de momentos belíssimos no qual o parto deu certo; com luz na penumbra, sem

episiotomia e com calma, um clima de harmonia. Ela observa que também não é só a falta de apoio de um grupo de profissionais; “há pacientes muito despreparadas que só conseguem evoluir para um parto com muito sofrimento”. Chama a atenção para um pré-natal no qual a mulher se prepara para um parto fisiológico com conhecimento de seu corpo e todas as etapas necessárias para um bom parto normal.

Na segunda situação foi observada a função da voluntária, denominada de doula, na sala do parto.

Um grupo de mulheres é acolhido na sala de parto com práticas e técnicas humanizadas, de acordo com as políticas de saúde do Brasil. As práticas são percebidas com naturalidade nas falas das pacientes. “Doutora, vamos fazer borboletas?”. “Doutora, quero ir para a bola”. Durante o trabalho de parto as pacientes andam, sentam, deitam, tomam banho, fazem exercícios espontaneamente ou com a ajuda das voluntárias. São frequentes e espontâneas as atividades de movimentação dentro da sala de parto e a manifestação do desejo de tomar banho. O trabalho de parto evolui muito mais rápido e com menor sofrimento. Algumas gestantes quebram o ciclo da tensão-medo e dor, tendo à sua disposição um profissional que estimula, orienta e se mostra acessível as suas solicitações.

São 11 horas da manhã; há duas voluntárias na sala de parto. Elas fazem massagens na região lombar, no abdome e nas costas das gestantes. Estimulam as pacientes a ficarem de cócoras, ensinam a puxar o ar, prender e soltar com a boca fechada. O tempo é preenchido com conversa, explicação, toque de mãos e olhares.

Uma das voluntárias encontra-se com uma bata amarela e se identifica como Doula. Ela mesma define que “Doula significa mão amiga”. Segundo essa profissional, “a Doula não tem

função de ajeitar prontuário ou medir pressão como a enfermeira e a auxiliar de enfermagem. Nós somos da mãezinha”. Como voluntária, ela está disponível, não tem tarefa de rotina, e consegue contar histórias, cantar, fazer orações, aplicar massagens, levar para o banho, estimular um pensamento positivo, como, por exemplo, “pensar no filho que vai nascer” é uma forma para suportar a dor do trabalho de parto.

Na terceira observação se pode chamar de parto assistido com humanização e nascimento feliz.

No quarto três há uma paciente em trabalho de parto. Observa-se a Doula utilizando seu braço direito como apoio para as costas da paciente; a enfermeira encontra-se sentada na posição de assistência à criança; o médico está à esquerda da paciente. O quarto tem pouca luz e no momento não há barulho na sala. As pessoas que acompanham o parto estão pacientes e a mulher recebe orientações, massagens, estímulos e toque de mãos. Na hora da contração, ela se espreme, faz força e se apoia em um suporte a sua frente e no braço da Doula para ficar na posição semisentada. São 11 horas da manhã, momento em que o pólo cefálico abaula discretamente o períneo; há um clima de confiança de que tudo se encaminha para um parto normal, sem complicações. A paciente demonstra sentir dor forte durante contração, mas depois fica tranquila e recebe orientação para respirar profundo e não se esforçar quando não há contração. Após 20 minutos, a apresentação fetal força o períneo e há um questionamento entre a enfermeira e o médico quanto à necessidade da episiotomia. Decidem que não precisa do procedimento. Médico e enfermeira estão em campo e preparados para a recepção ao recém-nascido. A criança nasce bem, chora e é colocada sobre o ventre materno. Alguém comenta “conversa com o teu bebê mãe”. Ela está

sorrindo e não consegue pronunciar nenhuma palavra. Todos estão felizes porque é um parto bem-sucedido e um nascimento saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências relatadas pelas mulheres que pariram na Maternidade do Hospital Público, em Fortaleza, Ceará, selecionado para esta pesquisa, mostram que encontrar os elementos da humanização, como cuidado, acolhimento, suporte emocional, presença do acompanhante seja durante o pré-natal ou no momento do parto, é uma realidade incomum.

Fragmento de discurso de uma paciente que passou pela experiência de um parto vaginal reflete bem essa situação. São palavras suas: “uma experiência ruim pela forma como as pessoas me trataram; não deram importância para mim, nem para as minhas dores, nem para os meus medos e minhas ansiedades”, portanto, a realidade traumatizante da falta de uma prática humanizada trará para essas mulheres um sofrimento sempre presente.

A baixa qualidade do atendimento no pré-natal se repete em todas as etapas do parto. Há um total desconhecimento de que a humanização do parto faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde do Brasil, com apoio da OMS, para melhorar a saúde reprodutiva, porque assim entendem que a saúde reprodutiva é fundamental para os casais e famílias, assim como o desenvolvimento social e econômico das comunidades e nações.

Uma reflexão a ser feita recai sobre o modelo de atendimento à gestante, centrado no problema que desconsidera a subjetividade da paciente e a recebe de forma mecânica. Para a

humanização da saúde, o profissional precisa valorizar a cultura da mãe, disponibilizar tempo para apoio emocional e incluir nas suas condutas as decisões da paciente.

Outro aspecto de importância capital é fazer da sala de parto um espaço de humanização, onde a luz da vida renasce em cada criança e não transformá-la, em uma fábrica com uma linha de montagem e uma produção a ser alcançada.

Investir em uma relação profissional-paciente com maior qualidade favorece satisfação profissional, por diversas ocasiões, e supera problemas da gestão e de atenção hospitalar.

Percebeu-se uma grande diferença nas relações mantidas pelo profissional que fez o curso Humanização do Parto e aquele que não o desenvolveu. Na primeira, há uma sintonia entre profissional-paciente que reduz a assimetria da relação. Na segunda, a relação se limita a cumprir as tarefas de rotina.

Utilizou-se dos conhecimentos disponíveis para compreender e explicar as dificuldades de implementação da prática de humanização da saúde, especialmente na Obstetrícia. Há necessidade de conhecimento, tanto filosófico quanto científico, de novos cursos na formação do profissional de saúde que o habilite a trabalhar com as novas práticas de saúde.

A proposta de utilização da dualidade do conhecimento compreensão-explicação fica como uma estratégia a ser utilizada para discutir humanização na saúde em benefício da constituição e reconstituição das práticas de saúde a serem utilizadas nas maternidades.

Espera-se que outros estudos possam ser realizados abordando este tema, contribuindo com a política de humanização das maternidades brasileiras, gerando, assim, benefícios para pacientes e profissionais de saúde, envolvidos nesse processo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. Partejas Tradicionais na atenção obstétrica no Nordeste. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

AYRES, J. R. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface-Comunicação, Saúde, Educação. v. 6, p. 117-120, 2000.

AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, p. 73-92, 2004.

BAUER, M. W; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BONADIO, I. C. Ser tratada como gente: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) USP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização da assistência hospitalar. Brasília, 2000.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Disponível em < portal da saúde-www.saúde.gov.br/saúde/área-cfm?id-área=390> acesso em: 30/03/2005.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, 3ª ed-Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidência sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1316-1327, 2005.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 139-146, 2004.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. Disponível em: [HTTP://www.interface.org.br/arquivosaprovados/artigo46pdf](http://www.interface.org.br/arquivosaprovados/artigo46pdf) acesso: 20/03/2008. pré-publicação.

CARVALHO, M. L. M. A participação do pai no nascimento da criança: as famílias e os desafios institucionais em uma maternidade pública. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, UFRJ.

DAVIS-FLOYD, R. E. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and obstetrics*, v. 75, p. 5-23, 2001.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 109-116, 2004.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO/REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, São Paulo, 2002.

FABIETTI, U; REMOTI F. *Dicionario di antropologia: etnologia, antropologia sociale*. Editora: Zanichelli. Bologna, 1997.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 150-173, 1991.

GEERTZ, G. A interpretação das culturas. Tradução: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. Rio de Janeiro, 1989.

GLIFFORD, G. A experiência etnográfica. Editora da UFRJ, Rio de Janeiro, 2002.

MENEZES, R. A. Etnografia do ensino médico em um CTI. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. v. 5, p. 117-130, 2001.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface- Comunic, Saúde, Educação. v. 4, p. 109-116, 2000.

MORIN,E. O método 3: conhecimento do conhecimento, O método 4: as idéias, O método 5: a humanidade da humanidade. Tradução de Juremir Machado da Silva. 3ª edição-Porto Alegre: Sulina, 2005.

ODENT, M. A cientificação do amor.2ºed. Tradução de Marcos de Noronha e Tália Gevaerd de Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA-FILHO, N. A. Epidemiologia & Saúde. 6ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). Manual do Parto Humanizado: projeto luz. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2000. Disponível em: www.amigasdoparto.com.br/jica.htmlt_9k.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA). Seminário Estadual de Humanização. Programa e anais; núcleo de humanização-Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2006.

CAPÍTULO 15

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FAMILIARES DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Ana Camila Moura Rodrigues

Roberta Meneses de Oliveira

Adriana Catarina de Souza Oliveira

Leticia Lima Aguiar

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

INTRODUÇÃO

O capítulo teve como objetivo geral analisar as necessidades de familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, utilizando como base o Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados e Terapia Intensiva- INEFTI.

A família ocupa um papel importante no cuidado da criança cardiopata, principalmente a mãe, a que permanece o maior tempo na unidade e, muitas vezes, suas necessidades são desconhecidas pelo enfermeiro. A família vivencia uma experiência regida por sofrimento, insegurança, preocupação, frustração, desapontamento, ansiedade e falta de confiança na capacidade de cuidar do seu filho. A satisfação dos familiares é definida como um grau de congruência entre a percepção deste sobre o cuidado recebido em unidades especializadas.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram concebidas com a finalidade de oferecer atenção contínua e suporte avançado aos pacientes críticos, com risco de morte, lançando mão de recursos de alta tecnologia que auxiliam ou substituem

a função de órgãos vitais. A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é um ambiente de alta complexidade tecnológica e possui uma linguagem técnica bastante específica e familiar aos profissionais de saúde, entretanto, assusta àqueles que adentram o ambiente pela primeira vez (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010).

Na maioria das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) Pediátricas, a permanência é restrita aos funcionários que ali trabalham e aos pais das crianças internadas, que disponibilizam somente de uma hora de visita diária, sendo isto um fator gerador de angústia para os pais que esperam o dia inteiro para ver seus filhos.

As instituições hospitalares alegam que esta metodologia de funcionamento diminui os riscos de infecções, manuseio excessivo dos pacientes e o barulho dentro da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, colaborando assim para a recuperação da criança e minimizando o sofrimento dos pais, pelo fato de não presenciarem os procedimentos realizados com seu filho (CUNHA; ZAGONEL, 2006).

Geralmente, crianças que necessitam de cuidados médicos ou cirúrgicos nas primeiras horas de vida são encaminhadas para as UTIs pediátricas, onde recebem assistência imediata de profissionais aptos. Desse modo, o número de internações nessas unidades é elevado, em detrimento das condições de nascimento, tais como: cardiopatias associadas a prematuridade, muito baixo peso ao nascer, desconforto respiratório prolongado, infecções intra e perinatal, mal formações e outros diagnósticos que predis põem a criança a tratamentos especializados.

Cerca de seis milhões de crianças nascem anualmente no Brasil, das quais aproximadamente 45 mil são portadoras de

alguma anomalia cardíaca. Tendo em vista a quantidade de nascidos, a grande maioria não tem acesso a tratamento clínico ou cirúrgico, mesmo sabendo-se que 80% são portadoras de cardiopatias congênitas e necessitam ser submetidas à cirurgia cardíaca até o sexto mês de vida (MALUF et al, 2009).

A família também se percebe doente, em razão de vivência diária do risco iminente da perda do filho, sensação de impotência diante da doença, por vezes carregando consigo sentimento de culpa por ter que administrar cuidado entre a criança doente e os demais filhos. A família, na maioria dos casos, inevitavelmente sofre não somente pela situação crítica da criança, tanto em relação à doença da criança como sua internação na UTI, como também passa por um processo doloroso de culpabilidade e medo de perder definitivamente o vínculo, a afetividade e o sentimento de perda. Todo isso pode influir diretamente e dificultar o processo assistencial. (GORGULHO, RODRIGUES, 2010).

O cuidado da família é parte fundamental para a recuperação de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, tornando-se ainda mais importante em casos de crianças com adoecimento cardíaco de natureza grave: porém, para a família nem sempre é fácil manter-se presente, haja vista a dificuldade em lidar e encarar as incertezas sobre o futuro do seu familiar (SALIMENA et al, 2012).

Questões como essas suscitam uma reflexão acerca das necessidades específicas apresentadas pelos familiares e suas elevadas frequências de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação na UTI, e, segundo Castro (1999), muitas vezes, esses sentimentos persistem após a morte do seu ente querido.

A família como sujeito importante no cuidado de pacientes internados em UTI e suas necessidades, especialmente de informação sobre todo este processo como agente participante que complementa o afrontamento das dificuldades da própria doença do paciente, foi estudada e indicada por muitos autores e organizações internacionais como um meio de proporcionar ao paciente crítico um cuidado de qualidade com uma atenção holística o integral (LLAMAS-SÁNCHEZ et al, 2008; KEAN, 2010; DAVIDSON et al, 2010).

Com efeito, faz-se necessário que a humanização da assistência de enfermagem se configure como elemento basilar para o estabelecimento de um cuidado integral, seguro e de qualidade, capaz de atender as demandas não só do doente, mas também de toda a sua família. Para tanto, ela deve ser embasada em conhecimentos técnicos e científicos, de modo que os profissionais compreendam o processo saúde-doença segundo o ponto de vista da criança e de seus familiares (OLIVEIRA et al, 2013).

A família, quando devidamente preparada e educada para ser agente participante do processo de cuidar, traz benefícios ao paciente, dando respostas às necessidades da família e paciente, além de fortalecer o vínculo afetivo e a confiança entre a família e a equipe de trabalho na UTI, ainda considerando que é a família quem cuidará e realizará o seguimento do cuidado depois da alta hospitalar (DUSING, VAN DREW, BROWN, 2012).

O primeiro estudo que abordou as necessidades da família no contexto da UTI foi publicado pela enfermeira dos EUA Nancy Molter, em 1979, e teve como objetivo identificar as necessidades percebidas pelos familiares dos pacientes. Foram levantadas 45 necessidades (MORGON, GUIRARDELLO, 2004).

Em 1986, a enfermeira Jane Leske replicou o trabalho de Molter, aplicando o mesmo questionário após reorganização randômica da sequência dos itens. Esse questionário recebeu o nome de *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), sendo constituído pelas mesmas 45 necessidades, às quais os familiares atribuíam diferentes graus de importância, numa escala crescente de 1 a 4. Em 1991, Leske conduziu um estudo com 677 familiares, utilizando o CCFNI e, após análise fatorial, os itens foram alocados em cinco dimensões: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança (MORGON, GUIRARDELLO, 2004).

Outros estudos utilizaram este instrumento na íntegra e parcialmente. Dada a relevância e a pertinência com as questões vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde brasileiros, o instrumento foi adaptado e validado para a cultura do País, sendo denominado Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados e Terapia Intensiva- INEFTI, constituído de 43 necessidades que se dividem em cinco categorias: informação, segurança, acesso, suporte e conforto (CASTRO, 1999).

Com base no exposto, interrogamos: que tipo de necessidades como base no Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados e Terapia Intensiva-INEFTI os familiares de crianças internadas expressam?

Para responder a esta questão este estudo destaca, como objetivo geral, analisar as necessidades de familiares de crianças internados em duas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital público de referência, utilizando como base o Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Pacientes Internados e Terapia Intensiva- INEFTI.

METODOLOGIA

A pesquisa configura um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa), sendo um recorte de uma pesquisa intitulada Qualidade da Assistência de Enfermagem Fundamentada no modelo Donabedian (estrutura- processo- resultado): análise de organizações hospitalares de Fortaleza-CE.

O estudo foi realizado em duas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica existentes em um hospital de referência em cuidados cardíacos e pulmonares, da rede pública Estadual do Ceará, localizado em Fortaleza. O levantamento de dados foi realizado nos meses de setembro a novembro de 2013.

O tipo de assistência à saúde das UTIs varia de acordo com as necessidades do paciente, levando em conta o cuidado progressivo em saúde. Dessa forma, a primeira unidade, denominada UTI pediátrica, recebe pacientes graves ou com risco iminente de morte. Dispõe de nove leitos, sendo dois destes para isolamento e outro para pacientes transplantados. A equipe de Enfermagem é composta por 14 enfermeiras e 33 técnicos e auxiliares de Enfermagem, divididos em escala mensal da seguinte forma: em cada plantão de 12h, existem duas enfermeiras e seis auxiliares. Caso a unidade receba uma criança transplantada, é necessário que exista uma enfermeira a mais durante o plantão até o momento da alta.

A segunda UTI, denominada UTI Pediátrica Pós-Cirúrgica, recebe pacientes advindos de cirurgias eletivas de coração e/ou pulmão. É dotada de oito leitos, sendo dois destes reservados às situações de isolamento. Dispõe de duas enfermeiras por plantão, seis auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem, uma

secretária, uma pessoa responsável por material e serviços externos, um médico diarista e um médico plantonista.

A população foi composta pela totalidade de familiares de pacientes que estavam internados, durante o período de coleta de dados, nas unidades em estudo.

A amostragem da pesquisa foi do tipo intencional e determinada pelo objetivo do estudo em um grupo o mais homogêneo possível.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: mãe ou avós (em razão do protocolo da instituição estudada) com idade igual ou superior a 18 anos; que tenham permanecido na unidade, no mínimo, três dias com o paciente na UTI e que apresentaram condições de compreender e de responder o instrumento de coleta de dados.

Apesar de as duas UTIs possuírem 17 leitos ocupados, somente 15 mães foram entrevistadas. Justifica-se a ausência de duas, pois elas não compareciam as unidades em questão para visita diária, no decorrer da coleta do estudo.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta: questionário sócioeconômico da família e Instrumento de Inventário de Necessidades dos Familiares (INEFTI) em Terapia Intensiva, com base em Castro (1999). Para este estudo, foram empregados 21 itens do *Critical Care Family Needs Inventory* (CC-FNI), organizados em quatro categorias de necessidades, a saber: necessidade de conhecimento/ informação, na qual serão agrupados os itens relacionados à necessidade dos familiares de receber informações das mais variadas, ou de obter conhecimento relacionado ao estado de saúde ou aos procedimentos envolvidos na terapêutica do familiar doente; necessidade de conforto, relacionada ao planejamento físico da unidade, mo-

bília nela contida e necessidade dos familiares em sentirem-se confortáveis na sala de espera ou na própria unidade no decorrer de sua estada; necessidade de segurança emocional, na qual foram agrupados os itens relacionados às necessidades dos familiares de sentirem-se seguros, menos ansiosos e/ou temerosos quanto ao estado de saúde e ao prognóstico de seu familiar; e necessidade de acesso ao paciente e aos profissionais da unidade, na qual foram agrupados os itens relacionados à necessidade dos familiares em ter mais acesso aos profissionais da instituição (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros funcionários não relacionados às reais necessidades de saúde) que aborda necessidades relacionadas a quatro dimensões (conforto, informação, proximidade e segurança, aproximando, da realidade e do contexto família, hospital e paciente).

O instrumento é composto por duas escalas: importância e satisfação. As escalas são crescentes, ou seja, quanto maior o valor atribuído aos itens, maior é o grau de importância ou satisfação deles.

Após aplicação do instrumento INEFTI, foram escolhidas as situações de maiores médias de respostas apresentadas nas duas unidades de terapia intensiva para elaboração da escala da razão (ER).

O sistema de pontuação utilizado seguiu a aplicação feita por Lucchese (2003) com escores em escala do tipo Likert, variando de 1 a 4. As necessidades com média maior ou igual a 3 foram definidas como importantes e satisfeitas. A escala Likert é uma escala psicométrica das mais conhecidas e utilizada em pesquisa quantitativa, que pretende registrar o nível de concordância ou discordância com uma declaração dada.

Após aplicação do instrumento INEFTI, foram escolhidas as situações de maiores médias de respostas expressas nas duas unidades de terapia intensiva para elaboração da escala da razão. Outra técnica empregada foi a observação da realidade do serviço e suas ações, com registros em um diário de campo.

A estatística descritiva foi utilizada para caracterização dos pacientes e dos respectivos familiares. As variáveis dependentes fizeram parte do levantamento das necessidades relativas à dimensão de conhecimento/informação, conforto e segurança. As variáveis independentes relativas à dimensão de necessidade de acesso ao paciente, por apresentarem poucos registros, foram apenas listadas pelo INEFTI. A aplicação do instrumento ocorreu em local privativo e foi realizada em quatro momentos, com duração média de 50 minutos.

A maioria dos estudos que utilizou o CCFNI considerou como aspecto importante o tipo de escala de medida utilizado na aplicação e análise desse instrumento. Na adaptação brasileira, a escala de medida varia de 01 a 04.

Nesta pesquisa, optamos por utilizar, para classificar o grau de importância, uma escala numérica (ESCALA DA RAZÃO: ER) de 01 a 21, que é o quantitativo de necessidades apresentadas aos participantes, além de uma escala de categoria, que produz dados descritivos.

Para a elaboração do instrumento, buscou-se conciliar quatro das cinco dimensões utilizadas no instrumento do INEFTI, a saber: Conforto; Informação; Acessibilidade e Segurança, que contemplam as necessidades dos familiares que têm pacientes internados em UTI.

Cada necessidade do instrumento foi mostrada aos participantes, que foram solicitados a assinalar o grau de importância

que eles atribuíam àquelas necessidades. Para cada dimensão abordada, foram elaboradas instruções específicas em folhas separadas, de modo que cada familiar expôs, em momentos distintos, suas necessidades sobre quatro abordagens diferenciadas. Em cada necessidade abordada em uma das dimensões foi dada oportunidade para que as famílias entrevistadas discutissem, contassem fatos, chorarem, agradecessem, reclamassem, dessem sugestões. Todas as respostas foram registradas, imediatamente, à medida que as entrevistas transcorreram.

O projeto passou pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, visando a obedecer aos preceitos éticos da pesquisa em saúde com seres humanos (BRASIL, 2012), assim como o compromisso social com eles. Após aprovação, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital cenário da pesquisa, obtendo Parecer de nº 77180.

RESULTADOS

Caracterização de pacientes e familiares

Os dados coletados estão em tabelas, o que permite a caracterização dos familiares entrevistados quanto a estado civil, escolaridade, religião, situação de trabalho e renda familiar.

TABELA 1 - Características dos familiares de duas UTIs pediátricas: Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	n=15 f	%
Estado civil		
Casada	2	13,3
Solteira	2	13,3
União estável	11	73,3
Idade		
15-20 anos	1	6,7

21-30 anos	5	33,3
31-40 anos	7	46,7
Escolaridade		
Analfabeta	1	6,7
Fundamental incompleto	5	33,3
Fundamental completo	3	20,0
Médio incompleto	2	13,3
Médio completo	3	20,0
Superior incompleto	1	6,7
Religião		
Católica	9	60
Evangélica	5	33,3
Outros	1	6,7
Situação de trabalho		
Diarista	2	13,3
Dona de casa	7	46,7
Agricultora	4	26,7
Outros	2	13,3
Renda familiar (SM= salário-mínimo)		
Menos de 1 SM	5	33,3
1 SM	6	40
1 a 2 SM	4	26,7
Tipo de moradia		
Própria	8	53,3
Alugada	1	6,7
Cedida	6	40

FONTE: pesquisa direta.

Na amostra analisada, 100% são do sexo feminino e mães das crianças internadas. A idade das genitoras variou de 31 a 40 anos. Os dados estão de acordo com achados na literatura, como o estudo realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), no qual foi constatado um predomínio de mulheres cuidadoras (73%) (CERQUEIRA, OLIVEIRA, 2002).

Quanto à ocupação, sete delas referiram trabalhos domésticos e cuidados com os outros filhos, ficando a renda principal a cargo do parceiro. Do total, 73,3% das mães vivem em regime de união conjugal estável, 40% têm renda familiar de um salário-mínimo e 53,3% moram em casa própria. O nível de escolaridade de 33,3% era ensino fundamental incompleto e 60% das entrevistadas eram católicas.

Na variável religião, foi possível identificar o fato de que grande parte dos familiares relatou ser católico, o que já foi demonstrado em outros estudos (CASTRO, 1999; FREITAS, KIMURA, FERREIRA, 2007). É importante ressaltar que a fé em Deus independe da religião seguida, representa aspecto importante que permeia o processo saúde-doença, principalmente em uma UTI. O apego ao “espiritual” está muitas vezes relacionado à necessidade de cura ou de esperança, enquanto se espera um milagre, proporcionando muitas vezes alívio e amparo em relação à adversidade.

No que concerne à caracterização das crianças, notamos que a totalidade das internações foi motivada por cardiopatias congênitas (100% dos casos), onde há uma malformação estrutural do coração ou dos grandes vasos presentes no nascimento, podendo representar defeito cardíaco único ou uma combinação deles (OLIVEIRA et.al, 2012).

O desenvolvimento cardiovascular anormal é responsável por uma grande quantidade de cardiopatias, permitindo considerável variação em efeitos clínicos. Sua maioria origina-se no desenvolvimento embrionário e não se sabe a causa determinada (OLIVEIRA et.al, 2012).

No período de coleta de dados, a maioria das crianças internadas estavam com idade de dois a quatro meses de vida. Destas, 12 estavam internadas em um período de zero a dois meses.

Avaliação do grau de importância e satisfação das necessidades de familiares de pacientes internados.

Necessidade é compreendida como “manifestação de carência (sentida ou não) de uma condição interna desencadeando processos psicológicos e fisiológicos que se traduzem em comportamentos particulares” (CHALIFOUR, p. 32, 2008).

Conforme Nascimento, Erdmann (2006), os familiares percebem que o aparato tecnológico é capaz de dar mais segurança e tranquilidade em relação ao cuidado ofertado a seu ente, no entanto, também, é responsável em grande parte pelo isolamento e pela solidão a que os paciente e familiares são submetidos. É comum que estes expressem o desejo e a necessidade de prestar algum conforto, de contribuir com sua presença, de ficar perto e, ainda, de participar do tratamento.

TABELA 2 - Necessidades de conhecimento/ informação e o grau de importância atribuído por familiares de pacientes internados em UTI Pediátrica. Fortaleza-CE, 2013 (n=15).

Necessidades	1		2		3		4		Média ± DP
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
NECESSIDADE TOTAL	15	-	-	-	-	-	-	-	2,1873±025483
1.Sentir-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções	2	13,3	9	60,0	2	13,3	2	13,3	2,27±0884
2.Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente	-	-	3	20,0	9	60	3	20,0	3,00±0655
3.Ser comunicado sobre possíveis transferências	10	66,7	-	-	1	6,7	4	26,7	1,93±1,387

4.Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado	5	33,3	2	13,3	6	40,0	2	13,3	2,33±1,113
5.Saber qual tratamento médico está sendo dado ao paciente	11	73,3	1	6,7	1	6,7	2	13,3	1,60±1,121
6.Saber porque determinados tratamentos foram realizados com o paciente	10	66,7	1	6,7	1	6,7	3	20	1,80±1,265
7.Saber quais as chances de melhora do paciente	4	26,7	6	40,0	5	33,3	-	-	2,07±0,799
8.Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	4	26,7	7	46,7	3	20,0	1	6,7	2,07±0,884
9.Começar a visita na hora marcada	-	-	-	-	2	13,3	13	86,7	3,87±0,352
10.Receber explicações que possam ser compreendida	15	100,0	-	-	-	-	-	-	1,00±0,000
11.Ter perguntas respondidas com franqueza	10	66,7	2	13,3	2	13,3	1	6,7	1,60±0,986
12.Ajudar a cuidar do paciente na UTI	2	13,3	-	-	4	26,7	9	60,0	3,33±1,047
13.Saber quem pode dar a informação que necessita	9	60,0	1	6,7	2	13,3	3	20,0	1,93±1,280
14.Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente	7	46,7	1	6,7	3	20,0	4	26,7	2,27±1,335
15.Sentir que há esperança de melhora do paciente	1	6,7	11	73,3	1	6,7	2	13,3	2,27±0,799

16.Ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente	8	53,3	3	20,0	2	13,3	2	13,3	1,87±1,125
17.Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita	12	80,0	1	6,7	-	-	2	13,3	1,47±1,060
18.Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia	9	60,0	-	-	3	20,0	3	20,0	2,00±1,309
19.Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital	-	-	6	40,0	8	53,3	1	6,7	2,67±0,617
20.Ser informado sobre serviços religiosos	4	26,7	11	73,3	-	-	-	-	1,73±0,458
21.Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	3	20,0	-	-	8	53,3	4	26,7	2,87±1,060

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 2, foram citadas cinco necessidades e somente duas foram julgadas muito importantes e totalmente satisfeitas. “Saber quais as chances de melhora do paciente” e “sentir que há esperança de melhora do paciente” foram citadas por mais de 50% das entrevistadas. A necessidade “ser informado sobre serviços religiosos” recebeu o menor índice de satisfação, pois 73,3% da amostra se apresentam como bastante insatisfeitos com o serviço.

TABELA 03 - Necessidades de conforto classificadas conforme grau de importância e satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI Pediátrica. Fortaleza-CE, 2013 (n=15).

Necessidade de conforto	n	%
Senti-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções	9	60
Saber quais chances de melhora do paciente	6	40
Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	7	46,7
Sentir que há esperança de melhora do paciente	11	73,3
Ser informado sobre serviços religiosos	11	73,3

FONTE: Pesquisa direta.

A busca por informações demonstra a necessidade que o familiar tem de conhecer o real estado de saúde da criança internada em UTI. Assim, compreender as reais chances de melhora do paciente foi entendido como um modo de prestar apoio para recuperação de seu parente.

TABELA 4 - Necessidades de segurança classificadas, conforme grau de importância e satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI Pediátrica. Fortaleza-CE, 2013 (n=15).

Necessidade de segurança	n	%
Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente	9	60
Estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente	6	40
Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital	8	53,3
Conversar com a mesma enfermeira todos os dias	8	53,3

FONTE: Pesquisa direta.

Quatro itens foram destacados como necessidades de segurança e três receberam destaque quanto à importância e satisfação: “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente”, “estar seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado” e “sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital”. A necessidade “conversar com a mesma enfermeira todos os dias” foi classificada por 80% da amostra como muito importante e recebeu deles 80%, o menor índice de satisfação, referindo que essa demanda nem sempre consegue ser suprida, talvez por conta do excesso de afazeres e trabalhos burocráticos na unidade.

O maior índice de insatisfação foi quanto a “conversar com a mesma enfermeira todos os dias”. Assim, o achado corrobora o que foi afirmado por Freitas (2005), quando ele traz em seu estudo que a relação enfermeiro – família deve ser melhorada durante os momentos de visita. Autores ressaltam as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para manter essa interação em decorrência de problemas pessoais ou organizacionais, o que implica uma menor satisfação por parte dos pais/parentes (CASTRO, 1999; SOARES, SANTOS E GASPARINO, 2010).

Dois necessidades se enquadraram como acesso ao paciente. Estas foram: “começar a visita na hora marcada,” destacada como muito importante e satisfeita; “ajudar a cuidar do paciente na UTI”, classificada por 66,7% das entrevistadas como muito importante e recebeu de 86,7% o menor grau de satisfação.

TABELA 5 - Necessidades de acesso ao paciente classificadas conforme grau de importância e satisfação dos familiares de pacientes internados em UTI Pediátrica. Fortaleza-CE, 2013 (n=15).

Necessidade de acesso ao paciente	n	%
Começar visita na hora marcada	13	86,7
Ajudar a cuidar do paciente na UTI	9	60

FONTE: Pesquisa direta.

Durante as entrevistas, 86,7% das mães relataram o desejo de um horário de visitas livre e a necessidade de ajudar a cuidar do paciente na UTI. Tais reivindicações vão contra os estudos de Castro (1999), Morgon e Guirardello (2004) e Freitas (2005), que demonstraram a falta de interesse dos familiares dos pacientes de UTI em ajudar de seus parentes, tendo em vista compreender em que o manejo muito frequente pode interferir no bom funcionamento da unidade e no bem-estar do paciente.

DISCUSSÃO

De acordo com Soares, Santos e Gasparino (2010), os níveis de instrução e renda podem estar diretamente associados ao fato de a pesquisa ter sido feita em instituição pública, tendo em vista o público-alvo.

Na variável religião, foi possível identificar o fato de que grande parte dos familiares relatou ser católico, o que já foi demonstrado em outros estudos (CASTRO, 1999; FREITAS, KIMURA, FERREIRA, 2007).

Segundo Oliveira et al. (2013), a separação do filho, por ter que o deixou na UTI, contribui para aumentar o desespero da família durante os dias de hospitalização. A gravidade do quadro e o passar do tempo deixam as mães mais frustradas ante a impossibilidade de viver a expectativa cultivada durante toda a gestação, já que o desfecho esperado do processo é o nascimento e desenvolvimento de uma criança saudável que seja imediatamente integrada à convivência familiar.

O tempo de internação prolongado provoca o rompimento ou o não estabelecimento de vínculo afetivo entre a criança e a família. Quando a mãe recebe o diagnóstico da doença cardíaca congênita do filho, antes ou após o seu nascimento, tem início, para ela, a vivência do processo de transição de saúde-doença do filho, o qual se desenvolve como um processo de transformações com origem na notícia de que seu filho possui a doença (WIGERT, HELLSTRÖM, BERG, 2008). O tempo de internação em UTI também foi indicado como espaço considerado ponte entre a criança e a família. Esta ponte pode ser um elo ou distanciamento entre família e criança, dependendo das atitudes dos profissionais e da própria instituição. Quando à internação, é de larga duração e existe uma ponte de distanciamento, os benefícios não aparecem e as consequências podem ter uma grande magnitude no desenvolvimento da criança no âmbito afetivo, moral e físico (TALMI, HARMON, 2003; SIQUEIRA, DIAS, 2011).

Apoiado no INEFTI, o estudo apontou que 73,3% dos familiares avaliaram como importantíssimas as necessidades das dimensões acesso ao paciente e conhecimento/informação, atribuindo menor importância às dimensões segurança (51,7%) e conforto (58,7%).

Este dado sugere que a maior preocupação do familiar é com a criança internada e aspectos relacionados aos cuidados ofertados e o interesse da equipe em manter o familiar informado. Os aspectos direcionados ao conforto e segurança que atingem diretamente o familiar foram pouco valorizados.

Do total de 21 necessidades extraídas no INEFTI, dez foram classificadas como necessidade de conhecimento/ informação e sete apareceram com maiores índices de importância e satisfação, citadas na tabela. Duas destas mereceram destaque, por expressarem maiores índices dentre as entrevistadas: “Receber explicações que possam ser compreendidas” e “Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita”.

Os familiares necessitam obter informações que possam ser compreendidas de forma clara e objetiva, para melhor entendimento do prognóstico de suas crianças internadas, e querem obter informações acerca dos cuidados de Enfermagem realizados diariamente, dentre os quais, os procedimentos de rotina da unidade e tudo o mais que venha a contribuir para o restabelecimento da saúde do paciente (SOARES, 2007).

Em pesquisa realizada por Santanae Madeira (2013), que também avaliava as necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos, os autores obtiveram como resultados das necessidades de conforto que os familiares valorizam bastante o espaço físico e a mobília da sala de espera da UTI.

Pedro et al. (2008) lembram que os familiares acompanhantes têm que se adaptar ao cenário hostil do hospital e, embora não seja uma experiência prazerosa, assumem seus papéis com resignação, amparados por uma obrigação moral em relação ao paciente.

A ausência do profissional causa ainda mais apreensão para os familiares, que esperam aflitos pelo momento da visita, para retirarem as suas dúvidas e receberem notícias, de preferência, boas. Por isso, o horário em que ocorrem as visitas deve ser encarado como um momento para os profissionais, principalmente o enfermeiro, entrarem em contato com a família do doente, o que permitirá a identificação das condições psicológicas e emocionais dos familiares e a compreensão das reais necessidades, além de estabelecer relações interpessoais fortalecedoras.

Almeida Neto et.al (2012), Morgon e Guirardello (2004) e Reichert Lins, Collet (2007) sugeriram em seus estudos compartilhar a assistência familiar com outro profissional para minimizar tais dificuldades há pouco citadas. Por exemplo: solicitar que um colega enfermeiro acompanhe um familiar enquanto está executando outras atividades.

É domínio de saber o fato de que os enfermeiros devem fornecer informações aos familiares a respeito de suas crianças internadas na unidade. Foi observado que 80% das entrevistadas não tinham o conhecimento acerca da enfermeira que cuidava dos pacientes, sendo por muitas vezes esta confundida com técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Durante a análise de campo, enfrentamos dificuldades em identificar a enfermeira de plantão.

CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos para este estudo, os resultados encontrados permitiram as conclusões delineadas sequentemente.

Todas as crianças internadas possuíam algum tipo de cardiopatia congênita e estavam nas unidades em média há dois meses. As mães representaram a totalidade da amostra entrevistada, tendo em vista sua maioria residir fora da cidade do hospital em estudo. Em observação, notamos a ausência de alguns familiares das crianças internadas, haja vista a sua maioria ser procedente de outras localidades distantes de Fortaleza, onde o hospital é situado.

De forma geral, as necessidades foram consideradas igualmente importantes pelos familiares entrevistados. Cerca de 90% das necessidades foram avaliadas como importantes ou muito importantes pelos familiares.

As necessidades de maior pontuação estavam relacionadas às necessidades de conhecimento/informação e acesso ao paciente. De acordo com o nível de satisfação, 76,2% das necessidades foram consideradas satisfeitas.

A hospitalização da criança na unidade de cuidados intensivos pode acarretar desequilíbrio na estrutura familiar. A família ocupa um papel importante no cuidado da criança, principalmente a mãe, que permanece o maior tempo na unidade e muitas vezes, suas necessidades são desconhecidas pelo enfermeiro.

Em geral, os familiares chegam à UTI com medo do que irão ver e do estado em que se encontrará o seu ente querido. Desconhecem as características físicas e as rotinas da unidade, já que, na maioria dos casos, os familiares estão vivenciando a internação ou estão entrando nesse ambiente pela primeira vez, sendo tudo uma novidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA NETO, A. B.; EVANGELISTA, D. T. O.; TSUDA, F. C.; PICCININ, M. J.; ROQUEJANI, A. C.; KOSOUR, C. Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da fisioterapia e à identificação de suas necessidades. *Fisioterapia e pesquisa*. v. 19, n. 4, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466/2012. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASTRO, D. S. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio - encefálico em terapia intensiva. 1999. 144f. Tese. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro. 1999.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol USP*. São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 03 de julho de 2014.

CHALIFOUR, J. A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta, v. 1, 2008.

COSTA, M. C. G.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI neonatal sob a ótica das mães. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n14/v12n14a15.htm>>. Acessado em: 30 de junho de 2014.

CUNHA, P. J. C.; ZAGONEL, I. P. S. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [S.I.], v. 8, n. 02, ago, p. 292-297, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7044/4996>>. Acesso em: 03 Jul. 2014.

DAVIDSON, J. E.; DALY, B. J.; AGAN, D.; BRADY, N. R.; HIGGINS, P. A. Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Critical care nursing quarterly*, v. 33, n. 2, p. 177-189, 2010.

DUSING, S. C.; VAN DREW, C. M.; BROWN, S. E. Instituting parent education practices in the neonatal intensive care unit: an administrative case report of practice evaluation and statewide action. *Physical therapy*, v. 92, n. 7, p. 967-975, 2012.

FREITAS, K. S. Necessidades de familiares em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. 2005. 108f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, 2005.

FREITAS, K. S.; KIMURA, M.; FERREIRA, K. A. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Rev Latinoam Enferm*. v. 15, n. 1, p. 84-92, 2007.

GORGULHO, F. R.; RODRIGUES, B. M. R. D. A relação entre enfermeiros, mães e recém-nascidos em unidades de tratamento intensivo neonatal. *Rev Enferm UERJ*. v. 18, n. 4, p. 541- 546, 2010.

KEAN, S. Children and young people's strategies to access information during a family member's critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, v. 19, n. 1-2, p. 266-274, 2010.

LLAMAS-SÁNCHEZ, F.; FLORES-CORDÓN, J.; ACOSTA-MOSQUERA, M. E.; GONZÁLEZ-VÁZQUEZ, J.; ALBAR-MARÍN, M. J.; MACÍAS-RODRÍGUEZ, C. Needs of the families in a Critical Care Unit. *Enfermería intensiva/Sociedad Espanola de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*. v. 20, n. 2, p. 50-7, 2008.

LUCCHESI, A. C. Estudo sobre os familiares dos pacientes internados no hospital geral e suas necessidades. 2003. 79f. Dissertação. São Paulo, Escola Paulista de Medicina da UNIFESP. 2003.

MALUF, M. A.; FRANZONI, M.; MELGAR, E.; HERNANDEZ, A.; PEREZ, R. A cirurgia cardíaca pediátrica como atividade filantrópica no país e missão humanitária no exterior. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, São José do Rio Preto, v. 24, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010276382009000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de julho de 2014.

MOLINA, R. C. M.; FONSECA, E. L.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. A percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-8, 2009.

MORGON, F. H.; GUIRARDELLO, E. B. Validação da escala da razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 12, n.2, p. 1-14. Mar./Abr. 2004.

NASCIMENTO K.C.; ERDMANN A.L. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. *Rev. Enferm. UERJ*; 14(3): 333-341, jul.-set. 2006

OLIVEIRA, K.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H.; CORRÊA, D. A. M. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc Anna Nery*, v.17, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013.

PEDRO, I. C. S.; GALVÃO, C. M.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio social e famílias de crianças com câncer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, n. 3, 2008.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Rev. Eletrônica Enferm.* [Internet], v.9, n.1, p.200-13, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acessado em: 25 de junho de 2014.

SALIMENA, A. M. O.; OLIVEIRA, C. P.; BUZATTI, J. R.; MOREIRA, A. M. F.; AMORIM, T. V. A comunicação entre enfermeiras e pais de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal. *HU Revista*. Juiz de Fora, v. 38, n. 1, p.79-83, jan./mar. 2012.

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L. M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. *Rev. Enf. Cent. O. Mineiro*, Minas Gerais, v. 3, n. 1, p. 475-87, jan./abr. 2013.

SIQUEIRA, M. B. C., DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. *Epidemiol Serv Saúde*. v. 20, n. 1, p. 27-36, 2011.

SOARES, L. O.; SANTOS, R. F.; GASPARINO, R. C. Necessidades de familiares e pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, v. 19, n. 4, p. 644-50, out./dez. 2010.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. n. 19, v. 4, p. 481-4, 2007.

TALMI, A.; HARMON, R. J. Relationships between Preterm Infants and Their Parents: Disruption and Development. *Zero to Three (J)*. v. 24, n. 2, p. 13-20, 2003.

WIGERT, H.; HELLSTRÖM, A. L.; BERG, M. Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care—a field study. *BMC pediatrics*, v. 8, n. 1, p. 3, 2008.

CAPÍTULO 16

FAMILIARES QUE ACOMPANHAM USUÁRIOS DE *CRACK* PARA O CUIDADO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD)

*Milena Lima de Paula
Maria Salete Bessa Jorge*

INTRODUÇÃO

As transformações científicas e tecnológicas, juntamente com o modelo capitalista vigente na nossa sociedade, contribuem para a ascensão de valores voltados para a competitividade, individualismo, estética e consumo. Dessa forma, em uma sociedade na qual o consumo é bastante incentivado, o uso da droga pode ser considerado alternativa rápida de obtenção de prazer, bem como estratégia de esquiva de sofrimentos também comuns em um mundo marcado por desigualdades sociais (SOUSA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Esse uso de drogas, no entanto traz também prejuízos; no caso do *crack*, a droga ocasiona agravos orgânicos e psíquicos, como sentimento de perseguição, agitação motora, problemas respiratórios, perda de apetite, falta de sono e outros. Há também muitos conflitos nos relacionamentos interpessoais dos usuários, principalmente com as suas famílias (BRASIL, 2009).

Desse modo, muitas vezes, a convivência familiar de usuários de *crack* é marcada por sofrimento, pois é comum que os usuários realizem pequenos furtos em casa e apresentem comportamentos violentos quando contrariados, fato que enseja

uma impotência familiar diante da situação (NONTICURI, 2010).

Além de a família ser afetada com as consequências do uso do crack, acredita-se que esta possui também um papel importante na formação dos filhos, podendo funcionar tanto como um fator de proteção como de risco para o comportamento de consumir drogas. A família protege quando oferece um ambiente de suporte, harmônico, estável e seguro, no entanto pode funcionar como fator de risco quando o ambiente familiar tem pouco suporte, há uso de drogas e também falta de monitoramento em relação aos filhos (SCHENKER; MINAYO, 2004).

O fato de a família ser considerada como um fator de risco, mas também de proteção, para o uso da droga justifica-se, segundo Seleglim et al. (2011), pelo fato de o uso ser aprendido a partir do relacionamento entre a pessoa e suas fontes primárias de socialização, que correspondem à família, à escola e ao grupo de amigos.

Sobre o conceito de família, Santos (2006) o considera muito impreciso, pois, para o autor, as relações de parentesco modificaram-se no decorrer da história. Geralmente no entanto, a família está relacionada a pessoas ligado pelo sangue, pelo casamento, pela adoção, podendo também referir-se a pessoas pertencentes a uma determinada linhada importante. O termo presume também a coabitação de seus membros, porém, muitas vezes, os componentes de uma família não vivem sob um mesmo teto. Portanto, a família compreende diversos tipos de agrupamento familiar, que podem ou não viver juntos.

Na contemporaneidade, a coexistência dos diversos tipos de configurações e estruturas familiares amplia esse conceito de família. Dessa forma, nas duas últimas décadas, é impossí-

vel observar: tendência em relação ao número de pessoas que compõem a família; aumento do número de divórcios e recasamentos, maior participação da mulher na vida econômica, bem como no sustento do lar; e aparecimento dos casais de dupla carreira. Também são comuns modelos familiares diferentes dos nucleares, como os constituídos por duplas homossexuais, monoparentais, recasados e outros (WAGNER; TRONCO; ARMANI, 2011), (BROEKER; JOU, 2007), (RIOS; GOMES, 2009), (GABARDO; JUNGES; SELLI, 2009).

Mesmo ante as modificações ocorridas nos últimos anos, segundo Pratta e Santos (2007), a família ainda é reconhecida e valorizada, tendo papel importante na sociedade. Em relação ao contexto de uso de drogas, a família tem a relevante função de motivar o usuário a procurar ajuda. Almeida (2010) e Pulcherio (2010) destacam a família como principal impulsionadora para a busca de tratamento, pois é o principal suporte para enfrentar os desafios desse processo. Dessa forma, os usuários, ao perceberem que ao iniciarem um tratamento podem ter seus vínculos familiares recuperados, já que é comum que os laços de família sejam rompidos em decorrência de relacionamentos difíceis, sentem-se motivados a inserirem-se em terapêuticas.

Percebe-se, então, que a família assume papel importante em relação ao cuidado e ressocialização dos usuários de serviço de saúde mental, o que acarreta sobrecarga de cunho financeiro, relacionada a gastos com consultas e medicamentos; sobrecarga do cuidado, pois geralmente o usuário fica na responsabilidade de uma só pessoa; sobrecarga física e emocional, ocasionada pela tensão e nervosismo em decorrência do relacionamento familiar conflituoso. Tal fato também justifica a necessidade de atenção às famílias dos usuários do serviço (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Além disso, se a família for devidamente estimulada e acompanhada, terá mais recursos para lidar com o membro usuário de *crack* e demonstrará maior comprometimento, na tentativa de contribuir para a manutenção do usuário em tratamento, haja vista que os familiares possuem responsabilidade pelo problema do uso da droga. Portanto, os centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) configuram-se como serviços de saúde relacionados ao tratamento de drogas, centrados na reabilitação psicossocial do usuário e de sua família, incluindo em suas atividades o trabalho com familiares usuários, oferecendo suporte e apoio a eles (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

O CAPS AD exprime a principal estratégia de atenção à saúde relacionada ao consumo de substâncias, e utiliza estratégias de redução de danos como ferramentas nas ações de prevenção e promoção da saúde. Assim, O CAPS AD é um serviço substitutivo, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais preconizam que o tratamento para dependência química seja feito preferencialmente em meio aberto e seja articulado à rede de saúde mental, enfatizando a reabilitação e reinserção social dos usuários (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Destarte, na presença dos vários tratamentos oferecidos na rede de serviços substitutivos, desde a reforma psiquiátrica, há que se considerar a importância da família, pois esta é percebida pelos próprios familiares e pelos usuários de drogas como um recurso fundamental na reabilitação psicossocial do usuário, pois, ao compreender a terapêutica, a família consente em colaborar com ela e a lidar melhor com o problema do uso do *crack*. Sobre esse prisma, a família representa predominantemente afeto e apoio que irão contribuir para que o usuário se mantenha em tratamento (JORGE et al., 2008).

Em razão da importância da família para o êxito dos tratamentos relacionados ao sofrimento psíquico, os CAPS consideram a atenção à família como fundamento na orientação de suas práticas, de acordo com o modelo psicossocial de re-inserção da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade e no próprio meio familiar. Algumas atividades voltadas a esse público no serviço CAPS geral podem ser destacadas, como acolhimento, visita domiciliar, atendimento individual e em grupo (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2007).

Em razão da importância do restabelecimento de vínculos sociais e familiares para a motivação do usuário a iniciar e manter um tratamento, e da escassa literatura sobre atenção aos familiares de usuários de drogas, pois os estudos existentes se restringem ao CAPS geral, elaborou-se o objetivo principal da pesquisa: analisar o modo como a família é incluída nas ações/intervenções desenvolvidas pelo CAPS AD relacionadas ao cuidado integral aos usuários de **crack**.

MÉTODOS

O estudo foi de natureza qualitativa, com vista a buscar significados, opiniões, sentimentos, como possibilidade de 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).

A pesquisa qualitativa reconhece a existência de uma relação entre o pesquisador e o objeto de estudo, ou seja, uma interdependência do sujeito em relação ao objeto, estabelecida de maneira interpretativa, sem neutralidade. O sujeito é parte do processo, sujeito-observador, que atribui significado aos

fenômenos que interpreta. O objeto é constituído, ou seja, é significado na relação direta entre ele e o sujeito, com suporte numa problematização (DEMO, 1989).

A pesquisa foi realizada no CAPS AD das Secretarias Executivas Regionais IV e V do Município de Fortaleza – Ceará. A SER IV possui 280 mil habitantes e é composta por 19 bairros, e a SER V possui 570 mil habitantes e 76 bairros (FORTALEZA, 2008). A escolha do território político-administrativo das SERs IV e V decorre do fato de estas estarem pactuadas no Sistema Municipal Saúde-Escola, no qual a UECE e a Prefeitura de Fortaleza desenvolvem parcerias no âmbito da formação e atividades sócio comunitárias.

Delimita-se, como participantes do estudo, 14 trabalhadores de saúde que atuam no CAPS AD, SER IV e V, 21 usuários em tratamento no CAPS AD, em razão do uso de *crack*, e nove familiares. Como critérios de inclusão dos participantes na pesquisa, estabelece-se: para os trabalhadores, aqueles que estivessem acompanhando usuários de *crack* em tratamento e que atuassem no CAPS AD há, no mínimo, seis meses; para os usuários, escolhe-se aqueles que fizessem tratamento no CAPS AD há, no mínimo, seis meses, que tenham buscado tratamento em consequência do uso problemático do *crack* e que fossem maiores de 18 anos.

Para os familiares, foram selecionados aqueles que estiverem acompanhando um membro de sua família em tratamento no CAPS AD, relacionado ao uso de *crack*, não necessitando de laços consanguíneos. Dessa forma, participaram do estudo 44 pessoas. Esse quantitativo se deu à medida que se coletava e analisava-se o fenômeno, pois havia a compreensão e o aprofundamento das questões levantadas, denominados de saturação teórica.

Portanto, os participantes do estudo foram constituídos por três grupos de informantes: Grupo 1 - Usuários de *crack* em tratamento nos CAPS AD; Grupo 2 – Familiares de usuários de *crack*; Grupo 3 – Trabalhadores dos CAPS AD.

Realizou-se entrevistas em profundidade com os participantes, que abordavam temáticas relacionadas a intervenções de familiares em tratamento para usuários de *crack* em CAPS AD. As entrevistas aconteceram no próprio serviço e foram gravadas com a concordância prévia do entrevistado, após a leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, formulado conforme os padrões do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo como número do Parecer: 10724251-6. Destarte, as entrevistas foram transcritas e submetidas a todas as fases de análise de dados.

Após a transcrição das entrevistas, realizaram-se leituras flutuantes e exaustivas, para conhecer o material de forma aprofundada.

Para análise das informações, utilizou-se a técnica de Análise Hermenêutica Crítica, que possibilitou estabelecer convergências, divergências e complementaridades, bem como confrontos, referentes ao tema estudado.

Minayo (2010), citando Gadamer (1999), exprime que a Hermenêutica se caracteriza como movimento abrangente e universal do humano, fundado na compreensão. A Hermenêutica tem origem na intersubjetividade e objetivação humanas e significa a capacidade do pesquisador de se colocar no lugar do outro; podendo-se dizer, então, que tal compreensão contém a gênese da consciência histórica.

A Hermenêutica é a arte de compreender textos que considerou-se presente como unidade temporal, em que se marca o encontro entre o passado e o futuro. Essa compreensão é me-

diada pela linguagem, que pode ser transparente ou intransparente, e pode levar a um entendimento (que nunca é completo ou total) ou a um impasse na comunicação (MINAYO, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Expectativas e reflexões ante intervenções com famílias de usuários de drogas

De acordo com relato dos entrevistados, os profissionais acreditam que a família tem um papel importante no comportamento de usar drogas, bem como na eficácia em tratamentos relacionados a drogas:

[...] atribuo, sim, a essa questão (uso de crack) da família desestruturada e tal, pai que bebe, é o tio que usa e já oferece ao sobrinho [...] (Grupo 3).

[...] então mexe muito com o psicológico da família toda, então acho que tem que ter um acompanhamento NE, principalmente a mãe ou um irmão, a mulher ou uma filha [...] (Grupo 4).

Tais reflexões estão de acordo com o modelo atual de Saúde Mental, que enfatiza a importância da família e recomenda o tratamento do usuário desses serviços no seio familiar. Assim, a família passa a ser inserida no âmbito terapêutico, contribuindo para a reabilitação psicossocial do usuário. Antes, os familiares se mantinham afastados do tratamento; hoje o serviço necessita buscar a inserção da família, incentivando a sua participação nas atividades propostas pelo serviço. Tal realidade está de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que caracteriza os serviços de Saúde Mental, os CAPS, como de atendimento comunitário e

ambulatorial (BIELEMANN et al., 2009)

Os profissionais também acreditam que a família, quando não sabe lidar com o problema do abuso de drogas, contribui para as recaídas dos usuários:

[...] mas a família não aceita qualquer recaída, acha que está perdido, aí dificulta muito porque a família bota para fora de casa. Um dos maiores motivadores de recaída é a família. É a família, sabe, os ressentimentos [...] (grupo 3).

Assim, nota-se que os profissionais acreditam que a família dos usuários também necessita de atenção, pois, quando devidamente orientados, os familiares contribuem para a eficácia do tratamento, já a família que não possui nenhum tipo de suporte piora a situação dos usuários.

Desse modo, a ideia dos profissionais sobre a importância da família corrobora a discussão de Azevedo e Miranda (2010), ao acreditarem que a necessidade de a família ser inserida em terapêuticas voltadas para o abuso de drogas pode ser explicada, em parte, pelo fato de os familiares serem, geralmente, os mais comprometidos com os problemas apresentados pelo usuário e por isso, quando devidamente estimulados, por exemplo, mediante intervenções nos serviços de saúde, são os sujeitos que mais têm recursos para auxiliar o usuário de drogas.

Ante a importância que os profissionais atribuem à família, alguns consideram que uma parceria entre familiares e as equipes do serviço é fundamental para eficácia do tratamento.

Apenas com o usuário, o caminho é bem mais longo, já com a ajuda da família o caminho é bem mais curto [...]. A família tem que

estar junto [...] é difícil sem a família compreender como é esse processo de tratamento e a pessoa acaba sem nenhum apoio. Por isso que é importante a presença do familiar (Grupo 3).

Essa visão da família como parceira foi constituída com base em processos de desinstitucionalização, que mostraram a falência de instituições totais, como os hospitais psiquiátricos (ROSA, 2005).

Ante a crença na importância da família para um tratamento eficaz, os profissionais do serviço de saúde CAPS AD buscam restabelecer vínculos com as famílias daqueles usuários que já romperam com seguinte família, fato descrito pelos usuários:

[...] os profissionais daqui já convidaram minha esposa, minha mãe, para vir participar [...]. Aí tentaram entrar em contato com meu filho, pra ver o que ele podia fazer, porque nessas condições não podia ficar, mas eu pedindo a Deus até que ele nem atendesse (Grupo 3).

Assim, a maioria dos usuários de *crack* que foram entrevistados possui uma relação bastante difícil com a família, caracterizada por vários conflitos ocasionados ou agravados pelo uso de *crack*, o que culminou na perda de contato com seus parentes.

Tal situação está de acordo com a literatura estudada, pois a pesquisa de Selegim et al. (2011) sobre vínculos familiares de usuários de crack em uma unidade de internação apontou que a maioria dos entrevistados não possuía relação estável com o parceiro, e boa parte era separada e também não man-

tinha boa relação com os pais, havendo histórico de agressão contra os familiares.

Nesse contexto de perdas, é importante que o usuário procure restabelecer vínculos, principalmente com a família, já que esta representa um suporte muito importante, devendo os serviços relacionados a tratamentos de álcool e drogas facilitar esse processo, buscando sempre a aproximação das famílias ao serviço, contribuindo para o fortalecimento da rede de suporte.

Portanto, é fundamental que a equipe se empenhe em convocar a família ao serviço, bem como no suporte a todo o sistema familiar, visto que o tratamento tenderá a ser mais eficaz se houver a participação dos familiares (GUIMARÃES; ALELUIA, 2012).

Outro fato que justifica a necessidade de atenção aos familiares é a sobrecarga que a família enfrenta com o problema de uso de droga, pois a família é considerada a principal cuidadora dos sujeitos com problemas relacionados ao abuso de drogas e, por isso, frequentemente, se acha sobrecarregada ante a situação em que vive, o que ocasiona a necessidade de cuidados a esse público também:

[...] agora eu tô cansada de todo dia você chegar e ver aquela mesma situação [...] tenho que buscar ajuda. Já tive até depressão por essas coisas [...] aí eu liguei pra clinica aí: olha, é 1200 reais; aí eu conversei, aí consegui pela metade né; aí tudo bem. Lá vai eu, aí organizei tudo para levar né. No dia de levar, aí ele resolveu que não ia porque era uma covardia que estavam fazendo comigo, que eu não poderia pagar uma clínica para ele e que ele ia largar sozinho [...] (Grupo 2).

Outro componente importante da família é servir de ponte entre os familiares e os serviços de saúde, pois muitos profissionais relataram que os familiares costumam acompanhar os usuários durante os atendimentos. Os trabalhadores também acreditam que o usuário, muitas vezes, continua participando do tratamento em razão do acompanhamento de seus familiares:

[...]. Eu o acompanho aqui, a gente é bem atendido (Grupo 2).

[...] alguns vêm porque os familiares trazem (Grupo 3).

Tal fato está de acordo com literatura estudada, pois Bielemann et al. (2009) destacam que, muitas vezes, a família é responsável por promover o contato entre o usuário e os serviços de saúde. Assim, os familiares estimulam o usuário a procurar um tratamento e a manter-se, por meio do acompanhamento do usuário ao serviço.

Quanto às expectativas dos familiares ao procurarem por intervenções voltadas para eles, nota-se que eles esperam um suporte para o enfrentamento do problema, buscando aprender melhores estratégias de lidar com o usuário.

Aqui, eu tenho vontade assim de me fortalecer para lidar com a situação, porque quando ele começou né eu tava forte [...] agora eu to cansada [...] eu tenho que buscar ajuda e, algum lugar que encontre apoio né, uma ajuda de alguma forma (Grupo 2).

Tais achados convergem com os estudos de Seadi e Oliveira (2009), ao ressaltarem que a maioria das famílias vai em busca de terapêuticas direcionadas às famílias de usuários de

drogas para aprender a lidar melhor com o ente que usa drogas e receber orientação profissional.

Logo, apreende-se que os familiares, ao iniciarem uma terapêutica direcionada ao problema de uso de drogas, passam a nutrir melhores expectativas e prognósticos em relação ao tratamento do usuário, fato que melhora a relação familiar.

Os usuários de *crack* no entanto, que estavam em tratamento no CAPS AD, não reconhecem a importância da família em tratamentos relacionados ao abuso de crack, considerando que preferem uma terapêutica voltada apenas para eles, pois muitas vezes não querem que a família tome conhecimento do uso de drogas.

Assim, por mim eu não queria que eles soubessem disso, não. Para mim eu não achava interessante eles precisarem de tratamento não... Da outra vez que eu passei aqui não envolveram a minha família não, foi só comigo mesmo, só comigo mesmo e eu até acho melhor (Grupo 1).

Tal situação foi encontrada na literatura, pois, de acordo com Nonticuri (2010), em muitos casos, o usuário esconde da família o uso e tenta se afastar para impedir que ela saiba.

Já os familiares que demonstram assiduidade diante dos processos terapêuticos relacionados ao uso de droga do seu parente relatam melhoras decorrentes do engajamento em intervenções voltadas para famílias:

[...] porque tem me dado muito respaldo; assim, muito apoio. Eu me sinto mais fortalecida [...]. Está dando resultado para mim, para mim está, né (Grupo 2).

Intervenções direcionadas a famílias

Nos CAPS estudados, as ações voltadas para os familiares mais citadas por profissionais, usuários e familiares foram acolhimento, visita domiciliar, atendimento individual e em grupo.

O grupo de família parece ser a principal estratégia direcionada a esse público e caracteriza-se como um espaço no qual os familiares são acolhidos pela equipe do CAPSAD, dividem suas angústias, compartilham suas histórias e identificam-se uns com os outros:

Têm os grupos de família que são coordenados pela terapeuta X e pela /y que é assistente social [...] e nesse grupo elas vão compartilhar angústias, porque aquela família pensa que só ela que está com aquele problema e toda família que tem usuário, tem sempre sofrimento né, aquela angústia, então esses grupos de família são feitos para isso... Então nesse grupo, eles dividem as angústias, são acolhidos na ausência né, na ausência tanto do usuário quanto do familiar [...] (Grupo 3).

Assim, o grupo composto por familiares surge como forma de inserir a família e também como maneira utilizada pelo serviço para contribuir no processo terapêutico do usuário, restabelecendo o vínculo familiar e instrumentalizando a família para o cuidado, no entanto essa intervenção possui limites, por não abranger a totalidade das necessidades sentidas pelos familiares (PONCIANO; CAVALCANTI; FÉREZ-CARENIRO, 2010).

Quanto à composição desses grupos, observa-se que não existe um grupo exclusivo para familiares de usuários de *crack*. Desse modo, podem participar familiares de usuários de várias drogas.

Assim, o grupo cumpre papel importante em relação ao acolhimento das famílias, já que os familiares se acham acolhidos em um grupo em que os outros componentes passam pelo mesmo problema, e aprendem muito com as histórias de seus colegas, porém tal ação não deve se limitar ao compartilhamento de histórias, pois existem outras necessidades que devem ser privilegiadas, que variam de família para família e que só serão conhecidas com a compreensão da dinâmica familiar de cada usuário.

Um fato a ilustrar que a dinâmica de cada família não é levada em conta nesse tipo de ação voltada à família nos CAPS pesquisados é que a metodologia utilizada possui formato de palestras, nas quais os profissionais passam informações às famílias sobre as drogas, bem como acerca das consequências do uso, e ensinam à família melhores formas de lidar com o problema:

Eu estou aprendendo aqui no CAPS a como conviver com ele, agora eu estou tendo uma relação boa com ele, eu converso com ele, eu chamo ele, vou deixar na rede o de comer dele. Também tem umas palestras que eu assisto nas terças, muito boa, elas ensinam como a gente convive com ele em casa (Grupo 2).

Destarte, pode-se observar que a intervenção realizada neste estudo não leva em conta a influência da família na manifestação do uso abusivo de drogas. Sobre esse tipo de intervenção, Schenker e Minayo (2004) discutem que se caracterizam por pretender trabalhar habilidades e operacionalizar condutas da família, sem considerar a formação dos vínculos familiares, produzindo mudanças limitadas no usuário e no familiar.

Nesse contexto, as ações desenvolvidas nos serviços de atenção psicossocial têm relevância, pois possibilitam espaços para tirar dúvidas sobre o tratamento e o manejo com o usuário, falar das angústias e dos cansaços, desabafar, no entanto, a utilização de palestras não possibilita reflexões e mudanças internas no modo de pensar a saúde das famílias e das pessoas em situação de sofrimento. Portanto, esse processo de trabalho com as famílias poderia levar em consideração as metodologias ativas (rodas de conversa, oficinas) em que haja interlocução com familiares e usuários no processo de cuidado.

Nesses grupos com familiares, os entrevistados também destacaram o grupo de fuxico, os quais são importantes, segundo os trabalhadores do serviço, pois também funcionam como um acolhimento para aqueles familiares que estão no serviço acompanhando o usuário, pois, em vez de ficarem parados, podem participar de uma atividade prazerosa.

[...] tem o grupo do fuxico, alguns falam né que fazem o trabalho de arte enquanto seus companheiros e maridos estão sendo trabalhados aqui; esse também é uma forma de acompanhamento familiar porque é uma forma de acolher essas pessoas que ficariam paradas em pé [...] (Grupo 3).

É o grupo de família, a gente faz trabalho de reciclagem, a gente faz fuxico, a gente faz muitas coisas de artesanato que as meninas ensinam [...] pra levar tempo né, o tempo da pessoa para não está pensando besteiras [...] (Grupo 2).

As oficinas também podem ser vistas como estratégia de grupo de integração entre família, equipe e usuário, contribuindo ainda mais para a motivação da família para participação nos serviços do CAPS.

Nesse sentido, as oficinas no CAPS caracterizam-se por ser em um espaço que possibilita o contato dos usuários e famílias com atividades manuais, o que ajuda a explorar a criatividade e a inventividade, sendo coordenada por profissionais habilitados (SCHRANK; OLSCHWSKY, 2008).

Os trabalhadores do CAPS AD também acreditam que a visita domiciliar que realizam é outra forma de intervenção direcionada à família, pois entendem que tal atividade é uma forma de acompanhar o familiar. A visita domiciliar, normalmente, é realizada quando o usuário está ausente do serviço. Assim, é realizada a chamada “busca ativa”, na qual os profissionais se deslocam até a residência do usuário e conversam com a família sobre as causas das possíveis faltas, com o objetivo de fazer com que o usuário retorne ao tratamento.

Tem as visitas, eles vão até as casas dos usuários, chama-se de busca ativa. Quando o paciente tá ausente, vai buscar o que foi que houve, porque essa pessoa não está vindo [...]. O acompanhamento da família ocorre através de visitas domiciliares, quando elas são pertinentes né, no caso, por faltas contínuas do paciente [...] (Grupo 3).

Nessa perspectiva, é relevante que os trabalhadores que lidam com as familiares e usuários de *crack* procurem se aproximar das famílias para mobilizar discursos, ideias e novas possibilidades de conhecimento. Assim, a visita domiciliar é uma prática que contribui exatamente para a aproximação entre trabalhadores da saúde e famílias.

Corroborando a ideia, Schrank e Olschwsky (2008) consideram que a visita domiciliar se caracteriza como prática assistencial essencial para o cuidado do usuário e da família, pois pode ser entendida como um acolhimento desses sujei-

tos no meio em que vivem, oferecendo cuidados alternativos àqueles centrados na instituição, o que possibilita uma noção mais realista das reais necessidades do usuário e familiares, bem como a compreensão da dinâmica da família. Viabiliza, também, uma parceria entre profissionais e familiares, para, juntos, atuarem na manutenção do usuário no tratamento.

Desse modo, a visita familiar, quando realizada não apenas com o objetivo de conhecer os motivos da falta do paciente, pode ser bem mais eficaz. Logo, a visita deve cobrir outros objetivos, como acolhimento dos familiares, conhecimento da dinâmica familiar e aproximação das famílias. Caso contrário, as visitas não serão muito eficazes, nem mesmo para o objetivo de fazer com que o usuário seja mais assíduo ao tratamento.

Outro problema de realizar a visita apenas para realizar o que os profissionais chamam de “busca ativa” é que, dessa forma, nem todos os familiares são contemplados com tal acompanhamento, fato que pode ser percebido de acordo com o relato dos usuários:

No momento, minha família não recebe acompanhamento do caps [...] o pessoal (equipe) não foi a minha residência ainda falar com minha família (Grupo 2).

Não recebi nenhuma visita ainda do pessoal do CAPS não, só eu sou acompanhado aqui (Grupo 3).

Outro tipo de intervenção voltada à família, relatado pelos trabalhadores, foi o atendimento individual, o qual ocorre quando há necessidade; no entanto, mesmo esse tipo de atendimento não acontecendo com muita frequência, os profissionais ressaltam que geralmente tentam aproveitar a presença daquele familiar no serviço, procurando escutá-lo e engajá-lo.

Tem acompanhamento com a família, a atuação entre a família e também a escuta com familiares, quando achamos necessário [...] há o acompanhamento individual, normalmente, quase todos os atendimentos eu converso com o paciente e converso com a família ou separado ou junto (Grupo 3).

Tal estratégia é deveras interessante para compreender melhor a dinâmica familiar de cada usuário e também contribui para um melhor acolhimento, no entanto, notamos que tal prática ocorre com uma frequência bem menor em relação à do grupo. Além disso, a necessidade do atendimento é analisada pelos profissionais, e não pelos usuários e famílias.

Partilhando da ideia, Schrank e Olschowsky (2008) acreditam que há de existir tantos recursos grupais como individuais para usuários e também para os familiares. Afinal, o atendimento individual também é importante, pois permite uma maneira mais direta de acolher o familiar e escutar o seu sofrimento, possibilitando também uma conversa mais resolutiva das dificuldades encontradas por profissionais, usuários e familiares.

Outras atividades, como festas, para que haja maior aproximação entre usuários e suas famílias e também para aproximar esses familiares do serviço, foram relatadas. Ademais, esses eventos proporcionam momentos de lazer:

Esse mês agora, mês de novembro, foi uma turma danada, levamos os pacientes para praia. Passaram a manhã todinha na praia de Sabiaguaba. Dia 19 agora vai ter o Natal da gente [...] a gente sempre tá fazendo coisa para eles se sentirem melhor (Grupo 3).

Sobre esses momentos de lazer, Azevedo e Miranda (2010) expressou que os passeios, festas e comemorações, que costumam acontecer regularmente nos CAPS, congregam usuários, familiares e técnicos, sendo considerados formas de participação informais porque não fazem parte das atividades regulares realizadas semanal ou mensalmente.

As intervenções citadas acima estão de acordo com o relato dos trabalhadores dos familiares e de alguns usuários do CAPS AD, no entanto percebe-se uma contradição com a fala de alguns usuários, que verbalizaram que suas famílias não estavam sendo acompanhadas pelos trabalhadores através de grupos:

Minha família não passa por nenhum acompanhamento aqui, só eu (Grupo 2).

No momento, minha família não recebe acompanhamento do caps [...] o pessoal (equipe) não foi a minha residência ainda falar com minha família (Grupo 2).

Tal fato pode estar relacionado à própria ausência dos familiares do serviço, que, segundo os profissionais do CAPS, é frequente:

A família muitas vezes não ajuda [...] às vezes quando o cara começa a fazer o atendimento, a família não vem pros grupos de família [...]. Existe uma resistência dessas famílias, de estarem vindo ao serviço 'ah, mas eu não tenho tempo, ah mas eu trabalho, eu tenho uma vida muito ocupada', e acabam que depositam os pacientes aqui [...] (Grupo 3).

Assim, foi percebido que o próprio CAPS possui muitas dificuldades para manter a família no tratamento como questões econômicas (muitos familiares não têm como pagar

transporte e muitas vezes o serviço não fornece o vale-transporte) e problemas de horários (muitos familiares trabalham o dia inteiro e os serviços CAPS pesquisados funcionam em horário comercial).

Portanto, um dos principais problemas nos serviços de saúde mental é assegurar a presença de familiares, porque tal público possui sobrecarga de tarefas domésticas, principalmente aquele familiar responsável pelo cuidado com usuário. Além disso, há as dificuldades econômicas, pois se deslocar com certa frequência a um serviço de saúde torna-se oneroso para a família. Rosa (2005) ressalta que alguns serviços oferecem o vale-transporte para o familiar, mas, mesmo assim, é rara a manutenção de frequência semanal, apesar de a família reconhecer a importância dessas intervenções.

Aspecto importante percebido em todas as intervenções foi o seguimento de um modelo que considera problemas referentes ao uso de drogas como doença, pois profissionais, familiares e usuários entrevistados relataram que recebem muitas informações sobre essa “doença” durante os atendimentos e aprendem muito com isso:

Eu aprendi aqui que era uma doença [...] eu nem tinha a cura dela, dessa doença [...] (Grupo 2).

Dessa forma, é muito positivo oferecer informações sobre o problema em questão aos familiares, no entanto, a ideia de que problemas com o uso de drogas é uma doença que encaixa-se numa visão do usuário como um doente. Nesses casos, enfatiza-se bem mais a substância psicoativa do que a relação que o sujeito estabelece com a droga em contextos múltiplos de relações (com família, amigos, comunidade) num determinado espaço sociocultural (SCHANKER; MINAYO, 2004).

Corroborando o exposto, Rosa (2010) discorre sobre as consequências de considerar o uso de substâncias psicoativas como doença e o usuário como doente. O autor acredita que, dessa forma, se cria um estereótipo de dependência, negando a autonomia do usuário, o que favorece o poder médico e torna menos importantes os outros aspectos do abuso de drogas, como o social, tornando o problema bastante simplista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se que os profissionais do serviço CAPS AD partilham da crença de que a família é o principal recurso do usuário, sendo a rede de suporte principal para o enfrentamento do problema do uso de drogas. Quando, porém, a família não sabe lidar com o problema, esta também pode contribuir para recaídas. Destarte, para os profissionais do serviço, é importante que a família seja engajada em alguma terapêutica para aprender a lidar com o problema, contribuindo para uma maior eficácia do tratamento relacionado ao uso de droga.

Dessa forma, é importante que os profissionais tenham essa visão da família como parceira em relação ao tratamento. É preciso pensar, contudo, também em melhores estratégias de atender a esses familiares, pois, apesar de os profissionais acreditarem que a família possui participação importante no desenvolvimento do comportamento de usar drogas, não levam em conta a formação dos vínculos familiares na realização de intervenções, utilizando um modelo de palestras e deixando de lado outras metodologias ativas, como as rodas de conversas.

Ainda, as intervenções realizadas pelo CAPS AD contemplam as expectativas dos familiares em relação à aprendizagem de estratégias para lidar com o problema, já que as inter-

venções desse serviço focam bastante a operacionalização de condutas e habilidades, porém, deve-se considerar as relações estabelecidas em cada família, pois cada uma possui uma dinâmica diferente e o que é útil para uma família pode não ser útil para a outra.

Ante o exposto, percebe-se a importância de o CAPS AD considerar e conhecer melhor a dinâmica familiar de cada usuário para propor intervenções mais adequadas. Assim, a atenção às famílias atendidas no CAPS AD deve ser realizada de modo mais personalizado, garantindo um atendimento mais humano e integral a usuários e famílias e contribuindo para mudanças mais duradouras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B. F. O caminho das pedras: conhecendo melhor os usuários de crack do município de Recife-Pe. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2010.

AZAVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Esc Anna Nery. Rev. Enferm, v. 14; n. 1, p. 56-63, jan./mar, 2010.

BIELEMANN, V. de L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.18, n. 1, p. 131-139, jan./mar, 2009.

BORBA, L. de O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Rev. Acta Paul Enferm, v. 21, n. 4, p. 588-94, 2008.

BRASIL. O crack: como lidar com este grave problema. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Dez. 2009. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sau-demental/pdfs/crackcomolidar_comestegraveproblema.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2011.

BROECKER, C. Z.; JOU, G. I. de. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. Rev. Psico-USF, Itatiba, v. 12, n. 2, p. 269-279, jul./dez. 2007.

DEMO, P. Metodologia científica em ciências sociais. Editora Atlas, São Paulo, 1989.

FORTALEZA. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006/2009. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008.

GABARDO, R. M.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 91-97, fev. 2009.

GUIMARÃES, A.; ALELUIA, G. Intervenção familiar no tratamento do dependente de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). O tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

JORGE, M. S. B; et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental. Rev Esc Enferm USP, v. 42, n. 1, p. 135-142, 2008.

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

NONTICURI, A. R. As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto. (Tese) - Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, 2010.

PONCIANO, E. L. T.; CAVALCANTI, M. T.; FERES-CARNEIRO, T. Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. Rev. psiquiatr. clínica, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 43-47, 2010.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 1-17, ago. 2007. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/resmad4/artigo_titulo.asp?rnr=81>. Acesso em: 03 fev. 2013.

Pulcherio; G.; Stolf, A. R.; Pettenon, M.; Fensterseifer, D. P.; Kessler, F. Revista de AMRIGS, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-343, jul. set. 2010.

RIOS, M. G.; GOMES, I. C. Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. Estud. psicol. Campinas, v. 26, n. 2, p. 215-225, abr./jun. 2009.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

ROSA, P. O. Uso abusivo de drogas: da subjetividade à legitimação através do poder psiquiátrico. *Rev. Pan-Amaz Saude, Ananindeua*, v. 1, n. 1, p. 27-32, mar. 2010.

SANTOS, A. *Antropologia do parentesco e da família*. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2006.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A Importância da família no tratamento do uso do uso abusivo de drogas: uma revisão da literature. *Rev. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev. Esc Enfermagem, USP*, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. da S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Rev. Psicologia Clínica, Rio de Janeiro*, v. 21, n.2, p. 363-378, 2009.

SELEGHIM, M. R. et al. Family ties of crack cocaine users cared for in a psychiatric emergency department. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, out. 2011.

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ribeirão Preto*, v. 2, n. 1, fev. 2006. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762006000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2013.

WAGNER, A.; TRONCO, C.; ARMANI, A. B. Os desafios da família contemporânea: revisitando conceitos. In: _____. (Org.). *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.19-35.

CAPÍTULO 17

COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS E PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS NA CONTEMPORANEIDADE COM UM "REMEDI-NHO" É MAIS FÁCIL?

Ana Maria Zuwick

Maria Salete Bessa Jorge

-Titia, posso ir até o jardim? (...)

-Vá, mas volte logo para estudar...

-Sim senhora...

-Não esqueça que os exames estão perto...

-Sim senhora.

-Não apanhe muito sereno....

-Sim senhora.

(Trecho do romance Clarissa, Érico Veríssimo)⁴

Educação ou medicação?

“Doutora! Ele tem dormido muito tarde!” – a mãe reclama. Questionada do que ele se ocupa enquanto não adormece, ela responde: - “Ele fica jogando *videogame*”. - “Por que a Sra. não recolhe o jogo e combina o horário de dormir? ”. - “Ah! Doutora! Com um remedinho é mais fácil!” Situações como estassão frequentes em serviços voltados para o atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes. A autoridade dos pais parece haver se fragmentado em pó dentro de uma cápsula medicamentosa.

As queixas principais de familiares e/ou da escola em relação à criança ou adolescente envolvem brigas, rebeldia, inquietação, agressividade física em relação aos pais, desrespeito às

4 VERÍSSIMO, E. (1933). Clarissa. Rio de Janeiro: Companhia José Aguilar, 1966. p.74.

regras, mentiras, furtos, fugas de casa, baixa tolerância à frustração; queixas em relação a comportamento, inespecíficas, isoladas ou insuficientes para comporem critérios diagnósticos que envolvam os transtornos de conduta, como quadros nosológicos.

Vários trabalhos onde se estressou sociólogos, psicólogos e educadores em relação à medicação de crianças em Saúde Mental, muitas vezes, responsabilizam a Medicina de ater-se a critérios diagnósticos e, com base nestes, contribuir para a “patologização” das pessoas. Não somente, porém, a medicina, particularmente a Psiquiatria, tem critérios universais e absolutos para considerar o que é normal ou patológico, conforme ela mesma é perpassada por transformações socioculturais. A Antropologia Médica nos indica que em todas as sociedades humanas as práticas e crenças relativas aos processos de saúde-doença são caracterizadas por parte de cada cultura, pela organização da sociedade em relação à saúde e à doença e pelo sistema de cuidados em saúde. Este, por sua vez, se refere ao modo de as pessoas serem reconhecidas doentes, como a doença é manifestada às outras pessoas, os atributos destas e a forma de a doença ser abordada (HELMAN, 2009).

A compreensão do processo saúde-doença como fenômeno sociocultural comporta a ideia de que “as experiências de saúde e doença são atravessadas pelos significados socialmente construídos, logo não podem ser desvinculadas das estruturas sociais mais abrangentes que permeiam as sociedades” (COSTA, GUALDA, 2010, p. 2). Buscando identificar e analisar a mediação que os fatores sociais e culturais exercem sobre determinadas formas de pensar e agir frente a saúde e a doença, a Antropologia amplia o contexto que deve ser levado em conta no entendimento dos processos patológicos (UCHÔA, VI-

DAL, 1994). Assim, novos modelos de saúde-doença podem ser constituídos, reavendo a dimensão experiencial e psicossocial dos sujeitos (GUALDA, BERGAMASCO 2004 apud COSTA, GUALDA, 2010).

A consideração sobre o que é doença ou não se transforma ao longo do tempo, dependendo das mudanças socioculturais, cujo exemplo paradigmático é a homossexualidade. Se nos Estados Unidos é encontrado o percentual de 9% de crianças com Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade, na França esta prevalência é inferior a 0,5 %. A Medicina francesa não somente considera o transtorno como condição médica causada por condições psicossociais e situacionais, como tem seu sistema de classificação de transtornos (WEDGE, 2013). Na categoria dos transtornos de comportamento na infância e adolescência no DSM-II (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p. 50) aparece, como diagnóstico, a “reação não socializada agressiva da infância (ou adolescência)”: as crianças se caracterizam por terem ataques de raiva, mentirem, roubarem, provocarem outras crianças, serem desobedientes, vingativas e destrutivas. Conforme o próprio Manual, estas crianças comumente não recebem uma disciplina consistente por parte dos pais. O que é foco da educação familiar e escolar, o que possa se constituir em manifestação de um temperamento ou uma conduta reativa tem passado, facilmente, a ser categorizado como doença, problema a ser resolvido pela Medicina. Problemas de comportamento envolvidos e/ou resultantes de condições como dificuldades no aprendizado mal conduzidas, desagregação familiar, violências intra e extrafamiliares, precárias condições econômicas e de saúde, podem ser “medicalizadas”.

João, de quatro anos, esperneava, gritava e chorava no chão em meio às pernas das pessoas sentadas na recepção de

um serviço de saúde mental - a imagem antiga da conhecida “birra”. A mãe também chorava profusamente e dizia o quanto fora difícil trazê-lo ao serviço para a consulta e, mais tarde, insistiria que o filho fosse medicado por sua conduta frequentemente rebelde. João, criança bastante esperta, de bom vocabulário, explicou que era violento porque a mãe batia muito. Os dois irmãos adolescentes são usuários de drogas e eram muito agressivos para com ele. O pai não tinha contato com a família, que vivia em precárias condições materiais e de higiene, situação observada em visita domiciliar feita pela equipe do serviço. Algumas tentativas de orientação a esta mãe foram feitas quanto a ser acompanhada no grupo de familiares e o manejo do menino. A mãe pareceu não ouvir e, ante a recusa do profissional em medicar seu filho, ficou por demais irritada e pediu a troca de médico.

O que está submerso sob a aparente concordância e adesão da sociedade ao tempo de comprimidos, gotas, suspensões e cápsulas como substitutivos de práticas educacionais referentes a alterações de conduta de crianças? Como compreender a tendência da família, e também da escola, a buscar e aderir a explicações neuropsiquiátricas e, possivelmente, prescrições medicamentosas, para problemas comportamentais antes contemplados por estratégias educativas? Estaria a própria sociedade se submetendo acriticamente para que a solução de dificuldades diversas seja dada pela “patologização” de seus membros? Na história da criança e de quem a acompanha, particularmente em serviços públicos de saúde mental, é frequente a narrativa de situações socioeconômicas precárias, em que o sustento principal é o Bolsa-Família, moradia em espaço insuficiente para o número de pessoas, comunidade violenta, falta de opções de lazer, dificuldade de acesso à es-

cola, isolamento, ausência da figura paterna e distanciamento de membros da família estendida, como avós e tios. A família perde suas referências culturais, quando migra da zona rural à Capital. Seus modelos de educação para os mais jovens se confundem ante a novos padrões de convivência. A criança não tem espaço para brincar com amiguinhos; a rua é perigosa. A medicação preencheria os vazios da falta de recursos e da ausência de pessoas com quem trocar experiências, compartilhar dificuldades?

De ordinário, a criança ou adolescente vem ao serviço trazida por demanda da família e/ou encaminhada por uma instituição como Conselho Tutelar ou escola. E outros vieses na descrição dos problemas que motivam a procura de atendimento, podem ocorrer. Os informantes, principalmente aqueles que estão mais envolvidos no cuidado da criança, poderão estar inconformados com determinados comportamentos com base nas próprias condições e histórias de vida para as quais a criança pode, por sua idade, ter pouca capacidade de refutação. Conhecer a dinâmica familiar, as características importantes do ambiente e as interações da criança com elas fazem parte de uma avaliação adequada (VINOCUR, PEREIRA, 2011), mas frequentemente dificultada pela precariedade de espaço e de profissionais nos serviços.

O atravessamento das fases de desenvolvimento próprios da criança pode interferir na expressão de sintomas ou estes ser próprios de determinada etapa de vida. A avaliação psiquiátrica/psicológica é delicada, pois a criança pode ter dificuldades em manifestar seu desconforto interno e/ou externo mediante a palavra. Se ela pode ser diagnosticada e medicada como um ser adulto, nem sempre é ouvida, creditada e/ou compreendida como pessoa de direito.

Na corrente de uma maior preocupação com a saúde mental de crianças e adolescentes, evidenciada nas últimas décadas no Brasil, por uma implantação dos centros de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSi), também “flutuam” cápsulas e comprimidos, e eles refletem uma tendência de países ocidentalizados. Vários fatores, entre os quais, a pesquisa e a produção de fármacos, encontram na população jovem um interessante *locus* de aplicação e de lucratividade. Nossa sociedade, que parece buscar a solução rápida e cada vez mais eficiente, como anota Fiore (2005), parece corresponder a tais interesses e os considera bem-vindos. O comportamento indesejável “inimigo” é facilmente alvejado e derrotado como no jogo de *videogame*, representando uma tendência sociocultural de nosso mundo pós-moderno. A fácil aceitação ou procura da medicação de muitos pais na resolução de condutas consideradas indesejáveis por parte de seus filhos poderia refletir a aceitação não consciente ou pouco reflexiva do poder midiático que, entre outras coisas, promete a resolução imediata de muitos problemas, de manchas difíceis na roupa e perda da gordura abdominal com seis cápsulas ao dia, sem o trabalho de esfregar a roupa, sem a dificuldade da dieta, sem o cansaço e o suor de exercícios físicos.

Voltando às crianças e adolescentes, a prescrição de psicofármacos para esta população aumentou significativamente nas cinco últimas décadas, principalmente nos Estados Unidos, norte da Europa, Austrália e Nova Zelândia. Pesquisas que analisaram as tendências das prescrições médicas em nove países, de 2000 e 2002, encontraram um aumento significativo do número de psicofármacos receitados para crianças em todos os países, de 13%, como na Alemanha, até 68% como no Reino Unido (TIMIMI, 2010). Em 2005, foi proposta pelo

Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica da França uma política de prevenção baseada na triagem e no atendimento precoce psicoterapêutico e medicamentoso para crianças, a partir de três anos de idade, com problemas de comportamento em vários níveis de gravidade. O objetivo era o de prevenir o desenvolvimento de comportamento delinquente futuro. Quando identificado, ao transtorno de conduta, era recomendada uma série de programas de prevenção psicossociais e, se necessário, o uso de tratamento farmacológico. Tal proposta causou muita celeuma, tanto na população quanto entre especialistas de áreas diversas, na época (LEROY, 2006).

Com base na pergunta “por que ‘medicalizar’ se tornou uma urgência contemporânea?”, Fiore (2005) parte da visão dos educadores que trabalham com crianças que fazem uso de psicofármacos. A autora discute o quanto a sociedade com sua busca de eficiência a todo custo “patologiza” crianças que necessitam não mais do que atenção especializada em termos educacionais. Características dos sujeitos antes vistos como atributos, como raiva, passividade, agressividade, tendem a ser hoje percebidas como patologias que necessitam ser “medicalizadas”. Esta percepção do corpo como sendo o foco das dificuldades das pessoas, particularmente das crianças, perpassa boa parte da sociedade, dos pais, da escola e dos profissionais de saúde. Na mesma vertente, Tesser e Poli Neto (2011) chamam a atenção para a tendência das famílias procurarem algum profissional que sancione cuidados que poderiam e deveriam ser promovidos por elas mesmas, com próprias competências, cuidados estes que acreditam estar na medicação. Para Costa (2004 apud LIMA, 2008), as famílias na Pós-Modernidade abriram mão de resolver sozinhas os problemas que sempre foram de sua competência e estão, cada vez mais,

procurando especialistas. Segundo o autor, a normatização da família imposta pela ordem médica desestruturou as famílias que se sentem inseguras quanto ao seu amor e cuidado em relação às crianças.

Considerando que os processos de saúde e doença se reconfiguram de forma muito dinâmica, abarcando ampla área de determinantes socioculturais e necessidade de ações e saberes interdisciplinares, os estudos em Saúde Coletiva podem contribuir para a compreensão de determinados fenômenos como a crescente “medicalização”, em Saúde Mental, de crianças e adolescentes. Os avanços nas neurociências e a possibilidade maior de aliviar o sofrimento psíquico, mediante o uso de psicofármacos mais efetivos, são bem-vindos. Não pode-se, no entanto, como profissionais, estudiosos, pesquisadores e, sobretudo, sujeitos sociais, deixar de mobilizar posições críticas as nossas práticas.

Problemas de comportamento e práticas educativas

Há cerca de 30 anos, a socialização de crianças significava a transmissão de valores, crenças e normas da sociedade por meio da família e da escola. As crianças absorviam tais princípios de forma passiva, mediante a interiorização deste. Com o advento da Sociologia da Infância, na década de 90 do século passado, com a perspectiva do estudo dos cotidianos e das culturas das crianças, estas deixam de ser consideradas passivas em relação aos adultos. A infância, representada por sujeitos singulares, “não pode ser abordada apenas por aquilo que as instituições adultas dela esperam, mas também como grupo específico que produz e reproduz a vida social” (NASCIMENTO, 2008, p. 93).

Estudos transculturais indicam que existe ampla variação na forma como a infância é definida e o comportamento que é esperado para as crianças e para aqueles que as rodeiam. Distintas sociedades definem a idade com que as crianças recebem educação formal e/ou componham a força de trabalho. A infância, percebida como período a ser protegido, caracteriza sociedades economicamente mais desenvolvidas, enquanto nas mais pobres as crianças são consideradas potencialmente aprendizes para a realização de tarefas dos adultos (HELMAN, 2009). Como estão sendo vistas e compreendidas as crianças, por pais e educadores, em manifestações comportamentais consideradas inadequadas em nossa cultura?

Os problemas externalizantes em crianças e adolescentes são foco de estudos nas últimas duas décadas e a noção de ser um sistema organizado de comportamentos que aparecem, se intensificam ou mudam em frequência e conteúdo, durante o curso do desenvolvimento, é recente (HANN, BOREK, 2001). Achenbach e Edelbrook (1979) classificaram os problemas de comportamento em crianças em duas categorias: os internalizantes (tristeza, retraimento social, desinteresse por atividades acadêmicas) e os externalizantes. Estes, focalizados neste trabalho, se caracterizam por agressividade, irritabilidade, rebeldia, impulsividade, desobediência e condutas transgressoras, como furto, mentiras, fugas de casa.

Os distúrbios comportamentais constituem significativa demanda aos serviços de saúde mental destinados ao atendimento de crianças e adolescentes. Estudos brasileiros que procuraram caracterizar as crianças e adolescentes atendidos em serviços de saúde mental descobriram que a agressividade (BORZA, SOUZA, BANDEIRA, 2011) e a conduta transgressora estão entre as queixas principais dos pais (PESCE, ASSIS,

AVANCI, 2008; RONCHI, AVELLAR, 2010). Em algumas pesquisas, os problemas externalizantes chegam a ter uma prevalência mais elevada em relação a outros distúrbios (ANSELMINI et al. 2004, RONCHI, AVELLAR, 2010).

Necessariamente, manifestações comportamentais não constituem um quadro nosológico. Para todos os problemas de comportamento, existe um continuum, que vai da normalidade à expressão de organizações patológicas as mais variáveis e, quando ocorrem de forma intermitente ou isolada, podem não ter um significado psicopatológico. Um comportamento externalizante, como roubar ou mentir, pode se manifestar ao longo do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes com maior ou menor intensidade. Quando estão associados a outros sintomas, em sentido diagnóstico ou clínico, podem aparecer em distintos quadros diagnósticos e estes requerem também a observação de critérios, como idade, tempo de duração dos sintomas e condutas perturbadoras bem definidas (DUMAS, 2011). Problemas de comportamento constituem motivo de preocupação, quando se repetem e se produzem no tempo, associados a várias outras condutas ou sintomas de outra natureza (MARCELLI, COHEN, 2009), ou quando repercutem de modo a causar prejuízos na interação familiar, no desempenho acadêmico e na convivência social.

Fatores de risco para comportamentos agressivos e/ou transgressores são multifatoriais, como genética, sexo, temperamento, idade, competência cognitiva, contexto familiar, vizinhança, sociedade e cultura (PESCE, ASSIS, AVANCI, 2008). Aspectos neuroendócrinos (BARRA, 2007; TEIXEIRA et al. 2013), condições socioeconômicas precárias, comunidade violenta e eventos estressores (MURRAY et al 2013), idade e educação da mãe, presença do pai (ANSELMINI et al., 2004),

negligência, abuso físico e psicológico (VINOCUR, PEREIRA, 2011) estão associados nestes casos. Pela observação e imitação de modelos, a influência da mídia também é apontada, como os jogos de videogame violentos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

O conjunto característico de comportamentos nas relações estabelecidas entre pais e filhos é denominado na literatura por práticas parentais, estilos parentais, práticas educativas ou cuidados parentais (MACARINI et al., 2010). Por seu papel fundamental na socialização das crianças, é sobre a família que vários estudos, nas últimas décadas, se debruçam na compreensão de modelos explicativos para práticas educativas favorecedoras ou não para comportamentos desviantes ou habilidosos na interação social.

Pesquisas sobre problemas de comportamento externalizante e práticas educativas apontaram características da relação pais-filhos que podem influenciar no aparecimento de condutas desviantes. O estímulo desses comportamentos pode ser dado pela disciplina inconsistente, interação positiva deficiente, pouco monitoramento e supervisão das atividades da criança. Os pais não reforçariam os comportamentos pró-sociais, ignorando-os, dando-lhes pouca atenção ou respostas inapropriadas, com emprego de punições severas para comportamentos não desejados. Desta forma, comportamentos coercitivos seriam reforçados pelos próprios pais (BOLSONI-SILVA, MARTURANO, 2002).

Os estudos que se dedicaram aos modelos educativos, dos quais citam-se alguns referidos com frequência na literatura, identificaram características nas práticas dos pais. Baumrind (1966), por exemplo, destacou três modelos: o autoritário (controle, imposição de regras, pouco apoio à criança), o

permissivo (pouco controle, pouca exigência e apoio forte) e o “autoritativo” (controle, apoio, regras fixas, incentivo à autonomia). Hoffman (1975) define dois modelos: práticas indutivas sinalizadoras das consequências dos atos da criança e as coercitivas com atitudes disciplinares que envolvem força física, punição física e punições. Darling e Steinberg (1993) privilegiam não somente as práticas educativas no desenvolvimento da criança, mas também a cultura, a classe social, a composição da família e as crenças dos pais (valores e metas) em relação aos seus filhos. As práticas educativas não se distinguiriam entre si em relação a serem menos ou mais efetivas, mas dependeriam do contexto cultural e das condições sociais e físicas na qual elas ocorrem. Gomide (2006 apud BOLSONI-SILVA, SILVEIRA, MARTURANO, 2008) salienta que as práticas positivas incluem monitoria positiva, expressões de afeto, estabelecimento de limites, supervisão das atividades da criança e promoção de comportamento moral. As práticas educativas negativas envolvem abuso físico e/ou psicológico, negligência, ausência de atenção e afeto, monitoria negativa que corresponde ao excesso de instruções sem atenção ao seu cumprimento.

Os comportamentos pró-sociais e antissociais são aprendidos nas interações familiares. Tais interações, por sua vez, são favorecidas pelo ambiente, por características da criança e dos cuidadores, pelas relações conjugais e a rede de apoio, pela comunidade e escola. A etiologia dos problemas de comportamento estaria na inter-relação de eventos fatores contextuais, fatores biológicos, comportamentos parentais e infantis. Interações parentais coercitivas ocorrem por via de mecanismos de *feedback* positivos e negativos em padrões de interação de pais e filhos. Condutas parentais de crianças com problemas

de comportamento costumam ser inconsistentes quanto a referenciar comportamentos positivos e/ou estes são pouco valorizados. A família pode apresentar uma disciplina severa e inconsistente, junto com baixo envolvimento, monitoramento e supervisão parental (GRANIC, PATTERSON, 2006).

Práticas parentais educativas e Pós-Modernidade

Situa-se como um desafio a ideia de compreender como a socialização entre família e criança ocorre em nosso mundo contemporâneo, no qual a tecnologia nos impõe modelos de ação e interação diversos, instantâneos, de consumo desenfreado, de forma tão rápida que obstaculiza a reflexão crítica. A sociedade capitalista estimula a competitividade, o individualismo e preconiza valores conforme a lucratividade de mercado.

A configuração da família ou dos membros que dela fazem parte conforme Wagner, Tronco e Armani (2011), também mudou nas últimas décadas, do modelo tradicional, definido pela consanguinidade e parentesco, até as mais complexas representadas pela coabitação de filhos de variados casamentos, relações homoafetivas, monoparentais e assim por diante. Entre os membros que configuram uma família, existe uma estrutura representada pelas regras, exercício de poder, combinações de convivência e limites. A configuração e a estrutura de interações familiares passaram a ter múltiplas representações na atualidade, no entanto, a dificuldade em estabelecer hierarquias bem definidas, bom funcionamento na interação e saúde familiar, observadas em pesquisas brasileiras, é independente da composição dos membros da família.

Tradicionalmente, a socialização das crianças, por parte da família e da escola, era compreendida como a transmissão

de valores, crenças e normas da sociedade. As crianças, pela influência dos adultos, os internalizariam passivamente (NASCI-MENTO, 2007). Estudos sociais sobre a infância, surgidos nas últimas três décadas, ressaltam que a infância como estrutura social emerge de um contexto de macroparâmetros, como formação cultural, globalização, mercado, sistema sociopolítico e muda historicamente conforme a mudança destes parâmetros (QVORTRUP, 2007). Como lembra Mollo-Bouvier (2005), a criança como sujeito social é partícipe em sua socialização, na reprodução e na transformação da sociedade. Em meio às mudanças aceleradas de nossa sociedade multicultural, deve-se levar em conta a noção de que a criança não pode ser considerada “um ser à parte”, ser passivo das atuais conjunturas sociais, políticas e econômicas que podem estar impondo modelos de normalidade e anormalidade.

Se a Sociologia da Infância busca elencar a criança como sujeito, o crítico social Neil Postman (2002), particularizado a sociedade estadunidense, defende a ideia do desaparecimento da infância na Pós-Modernidade. O surgimento da mídia eletroeletrônica privilegia a imagem, mais do que seu conteúdo verbal da informação. Adultos e crianças têm acesso indiscriminado às mesmas informações de modo que os limites entre as gerações se tornaram tênues demais. O mundo adulto se empobrece das informações que seriam dadas aos mais jovens, ao longo do seu desenvolvimento, o que desfaz sua autoridade para com as crianças.

Para Postman (2012), entre as informações às quais a criança têm acesso se encontram as violências diversas reais e cotidianas. Ao contrário das violências retratadas nos contos infantis, mediadas pela voz de um adulto, adaptadas à compreensão da criança ou narradas em um contexto apaziguador,

a violência escancarada pela mídia banaliza o ato agressivo e estimula a “lei do mais forte”. O autor questiona, em relação ao modo de representação deste mundo adulto, violento moralmente degenerado, se não estaria enfraquecida a crença da criança num mundo adulto bem ordenado, racional e em sua capacidade futura de controlar os próprios impulsos violentos. Os meios de comunicação atuais, ao proporcionarem acesso indiscriminado de informações às crianças e aos adultos borrarão as diferenças entre gerações. A criança é tratada pelos meios de consumo como adultos pequenos, o que constata-se facilmente em revistas de moda para crianças e adolescentes. A autoridade que caracterizava o adulto e a curiosidade própria das crianças encontram-se opacificadas nas interações familiares atuais. Segundo Costa (2004 apud LIMA, 2008), as famílias na Pós-Modernidade abriram mão de resolver sozinhas os problemas que sempre foram de sua competência e estão, cada vez mais, procurando por especialistas. A normatização da família, imposta pela ordem médica, desestruturou as famílias que se sentem inseguras quanto ao seu amor e cuidado em relação às crianças.

Na Pós-Modernidade, adverte Dufour (2005), a tendência é de se perceber os atos de violência como da natureza das pessoas. Antes de se entender as crianças que, impulsivamente, passam ao ato, pela incapacidade da expressão pela palavra, tende-se a “medicalizá-las”. Com dificuldade na capacidade de simbolização, essas crianças desenvolvem “sintomas pós-modernos”, como distração, hiperatividade, entre outros sintomas fashion e a incapacidade de pais e profissionais entenderem o que está acontecendo leva à “medicalização”.

Os recortes das etapas da infância são cada vez mais estreitos salienta Mollo-Bouvier (2005): o tempo social conce-

dido à infância se segmenta, é encurtado, por vezes esquecido, e exemplo disso é a escolarização cada vez mais precoce das crianças. As normas socializadoras são cada vez mais flutuantes. Tende-se, no mundo atual, a uma certa “impaciência”, como diz a autora. A autonomia e a esperteza são privilegiadas em detrimento do desenvolvimento e maturação, “a rapidez de aquisição e de execução é mais prezada que o perfeccionismo; o desempenho e a competição nos âmbitos esportivos e artísticos tornaram a falta de jeito e a modéstia vergonhosas e associadas.” (p. 395).

Nunca foi dada tanta importância às políticas de saúde mental de crianças e adolescentes em nosso país como nas últimas décadas. A saúde mental de crianças e adolescentes recebeu maior atenção de vários setores de estudo e assistência, como Medicina, Psicologia, Políticas Públicas e Educação. O reconhecimento das repercussões de várias formas de violência sobre o desenvolvimento mental, os indicadores da existência de transtornos psiquiátricos antes reconhecidos somente em pessoas adultas e a política de inclusão escolar emergem, paralelamente, com os interesses dos laboratórios em ampliar seu mercado farmacológico para a população infantojuvenil. Contraditoriamente, entretanto serviços de Saúde Mental voltados para esta população ainda são poucos e, muitas vezes, precários, não somente os destinados ao atendimento de transtornos graves e persistentes, como os representados pelos centros de atenção psicossocial infanto juvenis (CAPSi), mas também aqueles voltados para atendimento de outros sofrimentos psíquicos. Necessita de recursos pedagógicos destinados às dificuldades escolares, de instituições destinadas às disfunções familiares, de um trabalho mais consistente e efetivo na rede de cuidados. Além de tudo, pode-se não ter um

atendimento que focalize tão somente aspectos biomédicos, se pretende o cuidado que beneficie a subjetividade. Não se deve, em avaliações e acompanhamentos médicos, psicológicos e pedagógicos, obscurecer os atravessamentos socioculturais que tendem a borrar a criança como sujeito.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M., EDELBROCK, C. S. The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. Washington, Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 42, n. 2, p. 223-233, 1979.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Communications: children, adolescents, and television. Illinois, Pediatrics, v. 108, n. 5, nov. 2001. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/108/5/1222.full.pdf+html>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM II. Washington: American Psychiatric Association, 1968.

ANSEMI, L. et al. Psychosocial determinants of behavior problems in Brazilian preschool children. Oxford, Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 45, n. 4, p.779–788, 2004.

BARRA, F. Avances y controversias en el diagnóstico y tratamiento de la conducta agresiva en niños y adolescentes. Santiago, Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc., v. 18, n. 2, p. 13-24, dez. 2007.

BAUMRIND, D. Effects of authoritative parental control on child behavior. Chicago, Child Development, v. 37, p. 887-907, 1966.

BOLSONI-SILVA, A. T.; SILVEIRA, F.F.; MARTURANO, E. M. Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. Belo Horizonte, Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn., v. 10, n. 2, p. 125-142, 2008.

BOLSONI-SILVA, A.T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. Natal, Estudos de Psicologia, v. 7, n. 2, p. 227-235, 2002.

BORSA, J. C.; SOUZA, D.S.; BANDEIRA, D.R. Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. São Paulo, Psicologia: Teoria e Prática, v. 13, n. 2, p. 15-29, 2011.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M.R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. Rio de Janeiro, Hist. ciênc. saúde, v. 17, n 4, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3947>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: an integrative model. Washington, Psychological Bulletin, v. 113, n. 3, p. 487-496, 1993.

DUFOUR, D.R. A arte de reduzir as cabeças: sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

DUMAS, J. E. Psicopatologia da infância e da adolescência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

IORE, M. A. Medicalização do corpo na infância: considerações acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Rio de Janeiro, Mnemosine, v.1, n.1, p. 364-380, 2005. Disponível em:< http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/56/pdf_42. >. Acesso em: 19 mar. 2013.

GRANIC, I.; TATTERSON, G. R. Toward a comprehensive of antisocial development : a dynamic systems approach. Washington, Psychological Review, v. 113, n.1, p. 101-131, 2006.

HANN, D.M.; BOREK, N. Taking stock of risk factors for child/youth externalizing behavior problems. Washington: National Institute of Mental Health, 2001.

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LIMA, L. G. G. Pós-modernidade e a negação da infância. Ponta Grossa, *Emancipação*, v. 8, n. 2, p. 35-47, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/12>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

MACARINI, S.M et al. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. Rio de Janeiro, *Arq. bras. psicol.* v. 62, n. 1, abr. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672010000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 jul. 2014.

MARCELLI, D.; COHEN, D. *Infância e psicopatologia*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MOLLO-BOUVIER, S. Transformação dos modos de socialização das crianças: uma abordagem sociológica. Tradução de Alain François. Campinas, *Educ. Soc.* v. 26, n. 1, p. 391-403, mai./ago. 2005.

MURRAY, J. et al. Epidemiology of childhood conduct problems in Brazil: systematic review and meta-analysis. Berlin, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, v. 48, 1527-1538, 2013.

NASCIMENTO, M.L.B.P. Panorama das concepções e representações da infância: “invenção”, “naturalização” e complexidade. In: SAETA, B.R.P.; SOUZA NETO, J. C.; NASCIMENTO, M.L.B.P. (orgs). *Infância: violência, instituições e políticas públicas*. v. 2. São Paulo: Expressão e Arte, 2007 falta pg

NASCIMENTO, M.L.B.P. (orgs). *Infância: violência, instituições e políticas públicas*. v. 2. São Paulo: Expressão e Arte, 2007. p. 75-96.

PESCE, R.P.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Agressividade em crianças: um olhar sobre comportamentos externalizantes e violências na infância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2008.

POSTMAN, N. *O desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Graphia, 2012.

QVORTRUP, J. Bem-estar infantil em uma área de globalização. Tradução de Lílian Correa. In: SAETA, B.R.P.; SOUZA NETO, J. C.;

NASCIMENTO, M.L.B.P. (orgs). *Infância: violência, instituições e políticas públicas*. v. 2. São Paulo: Expressão e Arte, 2007. p. 43- 61.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES, *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 12, n. 1, p. 74-84, 2010.

TEIXEIRA, E. H. et al. Atypical antipsychotics in the treatment of pathological aggression in children and adolescents: literature review and clinical recommendations. *Porto Alegre, Trends Psychiatry Psychother.* v. 35, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-60892013000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 mai. 2014.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Medicalização na infância e adolescência: histórias, práticas e reflexões de um médico da atenção primária. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 231-250.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública*, v. 10, n. 4, p. 497-504, out./dez.1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S-0102-311X1994000400010&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 ago. 2013.

VINOCUR, E.; PEREIRA, H. V. F. S. Avaliação dos transtornos de comportamento na infância. *Rio de Janeiro, HUPE*, v. 10 (s. 2), ago. 2011. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=103>. Acesso em: 03 mai. 2013.

WAGNER, A.; TRONCO, C.; ARMANI, A. B. Os desafios da família contemporânea: revisitando conceitos. In: WAGNER, A. et al. (org.). *Desafios psicossociais na família contemporânea: pesquisas e reflexões*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.19-35.

WEDGE, M. Por que as crianças francesas não têm Déficit de Atenção? 16/05/2013. Disponível em: <<http://equilibrando.me/2013/05/16/por-que-as-criancas-francesas-nao-tem-deficit-de-atencao/>>. Acesso em: 12 mai. 2013.

TIMIMI, S. The McDonaldization of childhood: children's mental health in neo-liberal market cultures. *Transcultural Psychiatry*, v. 47, n. 5, p.686-706, 2010.

CAPÍTULO 18

ITINERÁRIOS E REDES SOCIAIS DE APOIO DAS FAMÍLIAS DE PESSOAS EM CRISE PSIQUIÁTRICA: REDES E FLUXOS EM BUSCA DO CUIDADO EM SAÚDE

Juliana Pessoa Costa

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A noção de itinerário terapêutico assinala arranjos, movimentos, caminhos, percursos, trajetórias, buscas, planos, estratégias, projetos, enfrentamentos, escolhas, mobilizações e aderências com a finalidade de prevenir, tratar e recuperar o estado de saúde, ante a constatação de uma desordem social (AUGÉ, 1984; NEVES; NUNES, 2010) e de uma heterogeneidade de recursos, baseados em sentidos e significados que as pessoas atribuem a essas vivências (MARQUES; MÂNGIA, 2013). Essa procura de cuidados, segundo definição de Massé (1985) está condicionada tanto pelas atitudes, valores e ideologias quanto pelos perfis da doença, pelo acesso econômico e pela disponibilidade de tecnologia.

O aprofundamento desse conceito requer a compreensão de “cuidados em saúde”. Nessa perspectiva, Gutierrez e Mina-yo (2010) destacam a existência de, no mínimo, dois contextos em que estes são produzidos: a rede oficial de serviços, representada pelo saber biomédico-científico, e as tecnologias tera-

pêuticas modernas; e a rede informal, significadas pela família e rede de relações sociais, que, complementarmente, produzem ações concretas em seu cotidiano, desde a identificação do problema até a orientação e avaliação de escolhas terapêuticas, que ocorrem com suporte em negociações e em um campo de significados compartilhados.

Assim, estudos que envolvem itinerários terapêuticos se tornam relevantes, por contribuírem para descolonizar esse território, atentando para os modos como a família amparada por uma rede social produz cuidados indispensáveis e específicos para a saúde e investigando como esses cuidados se somam aos produzidos o sistema de serviços.

O sofrimento mental é entendido como uma forma de adaptação e de reação do sujeito, ante a estímulos internos ou externos ao organismo (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008). Constitui situação-problema que demanda rearranjos no cotidiano dos sujeitos e de sua rede social. É uma experiência que traz um excesso do que é “insuportável” e “intolerável” (CANGUILHEM, 2010). Assim, o sujeito pode experimentar momentos de crise, ou seja, períodos em que os afetos, sentimentos, gestos e comportamentos surgem de forma expressiva e em graus variados quanto a intensidade e manifestação. Em seu entorno, encontram-se aspectos que exprimem alguma ordem de estranheza e perturbação social (OLIVEIRA, 2007).

O novo modelo de assistência e cuidado à pessoa com transtorno mental prevê a participação da família no tratamento, por meio das novas legislações, dentre as quais, a Portaria nº. 224/1992 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes assistenciais em Saúde Mental e estabelece normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar. Posteriormente, esse instrumento foi atualizado pela Portaria nº. 336/2002, que

definiu os parâmetros para o atendimento ambulatorial, diversificando as modalidades de serviços substitutivos de atenção diária e articulada com o território (BRASIL, 2004).

Por território, compreende-se, além do local geográfico, um locus de trocas, de identidade social e afetiva. Assim, para essa discussão, é necessário refletir sobre a articulação dos serviços com diversas finalidades para ajudar nesta construção de espaços existenciais que promovam e incentivem a vida em todos os aspectos do seu cotidiano, rompendo com a estrutura hospitalocêntrica em que a família foi destituída dos largos de convivência com o seu sujeito em adoecimento (PINHO, 2009).

Efetivamente, as mudanças de paradigmas na Saúde Mental promoveram mudança significativa na relação da família com o seu componente com sofrimento psíquico. A desinstitucionalização e o retorno do sujeito à comunidade devolveu à família a sua condição de cuidadora, tornando-se também objeto de estudo e cuidado, além de garantir seu papel de avaliadora dos serviços de Saúde Mental. A participação da família nestes serviços aumentou o interesse em melhor compreender a convivência dos familiares com seus pacientes e a forma como estabelecem suas relações com os serviços (BANDEIRA, BARROSO, 2005).

A família, nessa realidade, em algumas circunstâncias, pode contribuir negativamente com a evolução do transtorno mental, provocando as crises, as quais, muitas vezes, exigem hospitalizações. É ela também, no entanto, a primeira instância cuidadora da pessoa adoecida (LEITE; VASCONCELOS, 2006; ARAÚJO; BELLATO; HILLER, 2009). Ocorre, ainda, que a situação de adversidade ensejada pelo adoecimento pode ajudar na descoberta de potencialidades dentro do grupo fa-

miliar. O que propicia estresse e altera o modo de vida da família pode também fortalecer os laços de amizade, respeito e solidariedade entre os membros.

Vale salientar que o itinerário terapêutico, por envolver experiências estabelecidas e reestabelecidas cotidianamente, com origem nas informações acumuladas pela família, aliando racionalidades biomédicas e populares de saúde (GERHARDT, 2006), não pode ser reduzido a uma ‘geometria do vivido’ (ALVES; SOUZA, 1999), ou seja, racionalizado em modelos dentro dos quais possam ser enquadrados os processos de escolha (TRAD et al. 2010). Assim, estudos sobre itinerários terapêuticos objetivam desvendar os processos pelos quais as pessoas “escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinados tipos de tratamento” (ALVES; SOUZA, 1999), na busca de soluções que possam estabilizar seus cotidianos e sustentar novas maneiras de organizar suas vidas, questionamentos relevantes no planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, de modo a garantir acesso, vínculo e práticas terapêuticas mais efetivas (CABRAL, 2011).

Ante o exposto, esta pesquisa procura discutir itinerários terapêuticos e redes sociais de apoio dos familiares de pessoas com transtorno mental em situação de crise. Foram investigados os fluxos, os serviços acessados e a rede social de apoio que a família procura em busca de respostas para seu problema.

METODOLOGIA

Esta investigação de natureza qualitativa demonstrou a compreensão das narrativas dos componentes da família sobre o itinerário terapêutico e as redes sociais de apoio dos familiares de pessoas em situação de crise psiquiátrica. Foi realizada

no Município de Maracanaú-CE, região metropolitana de Fortaleza – CE, Nordeste do Brasil. Assim, utilizou-se especificamente os serviços da Atenção à Saúde Mental, entre estes, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad).

Optou-se por incluir como sujeitos do estudo familiares de pessoas atendidas no CAPS. Emprega-se como critério de inclusão o fato de familiares que estivessem no serviço há pelo menos um ano, acompanhando seus entes nas consultas e participando do projeto terapêutico, dispensando cuidado domiciliar à estes usuários do serviço. Ao final, coletou-se informações baseadas nas narrativas dos dez participantes, por meio da técnica da entrevista semiestruturada. Estes foram abordados no CAPS, enquanto aguardavam atendimento. Em geral, os familiares eram mães, irmãs e filhas, corroborando a ideia do cuidado estar sob a responsabilidade de mulheres. Todos os participantes demonstraram interesse em colaborar com a pesquisa, declarando esta opção com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Antes da realização do trabalho de campo, como exigido, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), onde obteve parecer favorável sob Protocolo nº10724690-2, iniciando-se pois, a coleta das informações. De posse das informações, procede-se à análise, orientada pela Hermenêutica de Paul Ricoeur.

Os passos necessários para utilização da Teoria foram adaptados por Geanellos (2000), essa adaptação que foi alcançada usando critérios da Filosofia Hermenêutica do entendimento de Gadamer. Assim, considera-se a interpretação como um fenômeno que envolve diversas etapas, entre as quais a

transcrição das entrevistas em texto, interpretação superficial, análise estrutural e compreensão abrangente dos escritos. Esse procedimento interativo é representado em forma de espiral, pois relaciona as partes do texto com o todo e vice-versa.

Os resultados se conformam na configuração analítica da compreensão do objeto de estudo, dispostos em narrativas e observações, constituindo o entendimento temático da categoria, itinerários e redes sociais de apoio das famílias de pessoas em crise psiquiátrica: redes e fluxos em busca do cuidado em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A investigação sobre os itinerários de pessoas em busca de resolução de seus problemas de saúde pode contribuir para o entendimento sobre o comportamento em relação ao cuidado e utilização de serviços de saúde (CABRAL et al. 2011). Assim, é possível, por meio da análise do itinerário terapêutico, visualizar fluxos, redes sociais de apoio, além do acesso dos usuários ao serviço formal de saúde. Destaca-se o fato de que os caminhos percorridos pelas famílias não necessariamente coincidem com fluxos predeterminados. Suas escolhas expressam elaborações subjetivas individuais e coletivas acerca do adoecimento e de formas de tratamento, influenciadas por diversos fatores e contextos.

Estas escolhas vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso. Diante disso, observou-se no campo empírico que as famílias estudadas viveram trajetórias semelhantes na busca de apoio na crise da pessoa com transtorno mental. Familiares e vizinhos são os grupos primeiramente acessados e, quando mobilizados, contribuem para

criar estratégias para lidar com o sofrimento, em geral, a busca pelo Centro de Atenção Psicossocial ou hospital, conforme a narrativa:

Na primeira crise dela a minha mãe trouxe ela direto pro CAPS porque ela não aguentava mais, o posto indicou pra ela vir pra cá, só que quando ela chegou aqui, na época ela tinha quinze anos, eles não quiseram aceitar porque ela era adolescente, só que um enfermeiro olhou pra ela e viu a situação, então ele se responsabilizou e recebeu ela, depois eu comecei a vir com ela pra cuidar dela direito. e [...] quando ela tem uma crise, já aconteceu umas quatro vezes. Sou eu, os vizinhos, os irmãos, porque são dez irmãos, que leva ela no hospital. Eles moram tudo distante. [...] sou eu que moro parede com parede com ela. O filho participa, mas ele trabalha, aí ela vive sozinha em casa. A gente só procura o hospital mesmo, aqui e o posto de saúde.

Esta descrição evidencia que as famílias encontram maneiras de lidar com a crise psiquiátrica. Suas ações resultam de negociações cotidianas entre seu ente em adoecimento psíquico e a rede social de apoio. Os fluxos estabelecidos não seguem um caminho preestabelecido, como um protocolo, mas delinham-se com base em necessidades práticas e subjetividades.

No campo empírico, observa-se que as famílias ou o familiar responsável pelo cuidado da pessoa com transtorno mental acessam inicialmente o serviço formal de saúde numa situação de crise psiquiátrica, conforme Figura 1. Desse modo, a primeira tentativa de buscar ajuda para o problema do seu familiar em crise com o profissional de saúde, fato demons-

trativo de que estes profissionais se tornam referência e apoio para os cuidadores.

Outra situação revelada pela investigação diz respeito ao serviço de saúde inicialmente acessado pelos cuidadores. Neste caso, a Unidade Básica de Saúde foi descrita como o local inicialmente procurado pelos participantes para solucionar os problemas da pessoa com transtorno psiquiátrico e em situação de crise. Esta circunstância demonstra a potência do trabalho da Equipe de Saúde da Família no território, ou seja, as relações de confiança das famílias na equipe e o serviço se estabelecem e são acessadas até em situações de críticas de urgência e emergência. Propoe-se, no entanto, a reflexão sobre a resolubilidade deste serviço para este contexto de crise psiquiátrica.

Continuando no itinerário do familiar em busca de atendimento, outros serviços acessados são o Centro de Atenção Psicossocial e os hospitais. Nestes serviços, são oferecidos atendimentos mais complexos, quando comparados à assistência prestada na Atenção Básica. Por isso, é opção da Equipe de Saúde da Família realizar encaminhamento para estas instâncias. Destaca-se neste percurso, o fato de que o encaminhamento ao CAPS pode ser resolutivo, pois é lá onde o usuário em crise encontrará o profissional de referência, poderá ter acesso ao médico psiquiatra e a todos os procedimentos necessários para o atendimento em situação de crise. Também resguarda, entretanto, suas fragilidades, principalmente no que diz respeito à organização do atendimento e recursos disponíveis para este tipo de situação.

Figura 1 - Itinerário terapêutico dos familiares de pessoas com transtorno mental em situação de crise psiquiátrica.

Fonte: elaboração dos autores.



O hospital também deverá prestar este atendimento de urgência ou emergência psiquiátrica, manejando o quadro do paciente e realizando após estabilização dos sinais e sintomas. Deverá referenciar a pessoa com transtorno mental a um serviço de atendimento especializado, neste caso o CAPS. Este percurso problematiza a função do CAPS como acolhedor final destas pessoas e seus familiares. Para tanto, é necessário que se organizem processos de trabalho capazes de absorver esta demanda e assim prestar atendimento de qualidade.

Nesta trajetória do familiar, outra reflexão pertinente sobre a rede de apoio destas. Sob este aspecto, Mângia e Yasutaki (2008) reconhecem a importância de investimento no campo relacional das famílias e pessoas com transtorno mental, justificado pela escassez de interações sociais nas vidas desses sujeitos que se tornaram reduzidos à “doença mental” pelas práticas hospitalocêntricas, respaldadas pelo paradigma psiquiátrico. Desse modo, a possibilidade de realizar trocas e

relações significativas com o meio social é expressa como premissa para a família responsável pelo cuidado da pessoa com adoecimento psíquico.

Assume-se, pois, a premissa de que o cuidado em saúde, especificamente na Saúde Mental, não se estrutura apenas em torno de serviços formais das redes assistenciais, como CAPS, hospitais e unidades de atenção primária à saúde, mas estende-se ao cuidado prestado pela família, denominado cuidado prestado pelas redes informais.

A reflexão sobre as redes sociais de apoio conduzem ao entendimento de um conjunto de interações do sujeito no seu cotidiano. Estas, muitas vezes, funcionam como suporte aos familiares de pessoas com transtorno mental no cuidado domiciliar. Desse modo, a rede social de apoio dos familiares pode ser composta, principalmente, pelos profissionais dos serviços, a família, amigos e gestores dos serviços de saúde, conforme visualizado: “[...] conto com os médicos, com meu marido e a secretaria de saúde [...]”. “Sempre venho com ela, quando não posso, vem uma amiga. Ela tem um filho que mora com ela que cuida dela. Sou irmã dela e sou vizinha [...]”, ou seja, são ligações entre pessoas com quem há uma relação familiar próxima e/ou com envolvimento afetivo num plano em que a capacidade de influenciar e apoiar a si mesmo e ao outro favorece a situação.

Sob este aspecto, Lavall, Olschowsky e Kantorski (2009) acrescentam que o conhecimento dessas redes de apoio contribui com a prática assistencial e possibilita maior vinculação com o usuário e seu familiar, com base no reconhecimento de valores e crenças, num processo mais específico de atuação nos distintos processos de vida do sujeito em grupo e sua comunidade, facilitando a interlocução com o território.

Supondo, desde já, de que a família, quando cuida, não o faz sozinha, mas está amparada por uma rede de relações sociais naturais e mobilizadora de recursos que estão além das situações imediatas e servem de apoio em momentos de necessidade e de crise, a rede é considerada valioso recurso e é a principal fonte de ajuda. As redes constituem o contexto social em que o apoio fornecido é mútuo em situações nas quais os necessitados alternam favores e ajudas e verdadeiras redes de reciprocidade (GUTIERREZ e MINAYO, 2010).

Na compreensão dos profissionais do CAPS, a possibilidade de um trabalho mais estreito com as redes sociais de apoio ampliam projeto terapêutico do usuário, pois aumenta as ofertas terapêuticas e funciona como mais um indicador de qualidade, pois “[...] um pouco do sucesso do tratamento poderia tá aí, a gente tentar aproximar essas redes, [...] a gente poderia tá fortalecendo essas redes pra ele [o usuário] conhecer outras coisas na comunidade, a própria família, eu acho que a gente poderia provocar esse estreitamento dessas relações”.

Cardoso e Galera (2012), no entanto, destacam que a articulação entre os serviços de Saúde Mental, a família e a comunidade ainda está em desenvolvimento e exprime várias fragilidades, seja pela falta de recursos financeiros, pela míngua de qualidade do serviço prestado ou pela carência de qualificação técnica. Waidman et al. (2011) complementam dizendo que os serviços ainda são insuficientes para atender a demanda, acarretando descrença na resolubilidade e levando a família a desistir do atendimento. Os autores enfatizam a descrença com relação ao atendimento da família na Atenção Básica, que, embora tenha como característica o domicílio como espaço terapêutico, não alcançou ainda uma estratégia adequada para atender as famílias de portadores de transtorno mental.

A identificação, valorização e uso dessas redes sociais de apoio potencializam o cuidado em Saúde Mental, já que levam em consideração a subjetividade do sujeito. Operam com uma lógica diferente da oferta formal de serviços, utilizando-se de processos terapêuticos envolvidos nas relações de confiança estabelecidas com um profissional do serviço assistencial, apoio emocional de um familiar ou vizinho, bem como no alívio de sofrimento por meio da arte, da expressão musical e da escrita.

Assim, os sentimentos que envolvem os relacionamentos dos usuários e suas redes sociais de apoio dizem respeito a segurança, compreensão dos outros a respeito de si, amizade, confiança, amparo e cuidado. Mesmo quando o apoio de pessoas próximas como a família fica limitado, os usuários utilizam recursos de expressão, como a escrita, que possibilita uma vida melhor, o alívio de ansiedades e o conforto de ser ouvida, ou seja.

Quando preciso de ajuda [...] tenho um caderno, porque quando eu não tenho com quem conversar ou eu acho que você não vai entender o que eu estou passando, aí eu passo tudo para o meu caderno. [...]. Ele é o meu amigo. É bom porque ele ouve e guarda segredo. [...] quando eu estou muito ansiosa, eu tento passar o que eu estou sentindo na hora, porque meus filhos não vão entender.

De acordo com estudo de Lavall, Olschowsky e Kantorski, (2009), o apoio emocional pode ser encontrado junto aos familiares que oferecem auxílio e solidariedade, entretanto, observa-se nas narrativas a capacidade de autonomia dos usuários, quando identificam uma forma de expressar sentimentos capazes de influenciar a si mesmo. Nessa atitude, é produzido a sensação de poder compartilhar sua vida, e emocionalmente, essas vivências são positivas.

Desse modo, Apreende-se que a subjetividade de pessoa em sofrimento psíquico se torna significativa para as ações de saúde dos profissionais do serviço, enfatizando a sua singularidade e as suas dimensões familiares e socioculturais. Fenômeno este, que se destacou na luta política da Reforma Psiquiátrica na mudança do modelo de atenção à saúde mental, pois a atenção psicossocial centrou a perspectiva no território do sujeito, preocupando-se com o seu cotidiano e a sua inserção na sociedade (LAVALL, OLSCHOWSKY e KANTORSKI, 2009).

Para os usuários, a principal rede de apoio social é a família nuclear, que também desempenha o papel de cuidador, apesar de também considerarem os vizinhos como apoio nas horas difíceis. Assim, identificam-se como pessoas, como filhos, irmã e a mãe, que entendem o sofrimento psíquico ou transtorno mental e acompanham o usuário na trajetória do adoecimento. O papel de cuidador é “[...] do meu filho, ele me leva para casa dele, me dar um chá de algum calmante, aí tomo e volto para casa. Sou viúva, não tenho marido e nem mãe”. A família é entendida como parceira no enfrentamento e vivência do sofrimento, transformando os serviços formais, como os CAPS, hospitais e postos de saúde.

Este fenômeno também foi observado no estudo de Mota et al. (2010, p. 837) no qual verificaram que a rede social de apoio de idosos é composta em 50% por filhos ou membros mais próximos da família, ou seja, aqueles que mantêm maior contato com os demais componentes, ajudando sempre que necessário, embora não residindo no mesmo domicílio.

Assim, numa situação de adoecimento, o usuário com maior grau de autonomia aciona sua rede de apoio, mobilizando inicialmente a família.

[...] fui pedir ajuda ao meu irmão. Que me acudiu na casa dele, ai eles me ajudaram. A presença deles me ajudou, [...]. Aí meu irmão falou com a minha terapeuta ocupacional, ai ela falou que eu tinha que procurar o CAPS na quinta-feira.

Por sua vez, a família recorre aos profissionais e serviços formais como os CAPS, postos de saúde e hospitais para apoio nas horas difíceis.

Confirmando este acontecimento, estudo de Lavall, Olschowsky e Kantorski, (2009, p. 204) que identifica um significativo apoio em relação ao microsistema familiar e seu relacionamento com o macroespaço social, centrado no serviço de saúde. Tal fato deve ser aproveitado como informação para as equipes de saúde identificarem fragilidades e fortalezas a fim de implementarem a atenção em Saúde Mental.

Assim, a rede de apoio aos familiares no enfrentamento de situações de crises e trajetória de acompanhamento do adoecimento do seu familiar é também composta por familiares, entre eles o marido e a sogra, por profissionais da saúde atuantes no hospital, ESF ou CAPS, “[...] vou no posto, a coordenadora também me ajuda a levar ela pra Messejana, a minha sogra também me ajuda muito”, além da secretaria de saúde do município, “conto com os médicos, com meu marido e a secretaria de saúde”. Isso porque, o apoio da Secretaria Municipal de Saúde representa ação de fazer valer o direito do usuário à saúde no SUS, uma vez que o direito não é só lei, pois constituído no cotidiano e nas relações com os outros.

Desse modo, o direito do usuário é garantido quando é assegurado o acesso aos serviços, à medicação e a todos os recursos terapêuticos da rede. Assim, há possibilidade de ampliar o

projeto terapêutico com visitas domiciliares e disponibilização de carro para facilitar o acesso do usuário a hospitais fora do Município, no caso o Hospital de Saúde Mental de Messejana, localizado em Fortaleza-CE.

Nessas relações do dia a dia, dentre os profissionais de saúde que mais possuem envolvimento com os usuários e familiares, foi revelado por meio da análise das narrativas que, principalmente o médico psiquiatra, seguido do clínico geral, assistente social, psicólogo e o terapeuta ocupacional, são as referências profissionais na rede social de apoio de familiares.

Estudo de Mota et al. (2010, p. 837) comprovou em parte esta afirmação, pois revelou que os profissionais da saúde que mais tinham algum envolvimento com as famílias foi o profissional médico (45%), fato este justificado pela imagem culturalmente formada, ao longo dos anos do médico como detentor de alta resolubilidade dos problemas de saúde, provavelmente em decorrência da prescrição medicamentosa.

Uma rede social de apoio ampliada representa a capacidade de se criar e manter laços entre as pessoas. O uso combinado de variadas possibilidades de integração de fluxos de serviços e pessoas tem relação com a autonomia, pois indica para o usuário e seu familiar um caminho não linear, mas com várias conexões que promovam sentimentos de confiança e apoio, o vínculo com o cuidador, além de fomentar espaços para o cuidado. Com singularidades, estas redes podem ser ampliadas ou, mas sempre são acionadas quando necessário, demonstrando a capacidade e graus de autonomia dos sujeitos.

Desse modo, a utilização dessa rede funciona como recursos facilitadores do trabalho em Saúde Mental, ampliando as perspectivas e campos de atuação do projeto terapêutico a

partir de uma visão integral e contextualizada do ser humano. Também se coaduna com os princípios da Reforma Psiquiátrica, em que a pessoa deve ser visto em sua singularidade e inserido a uma sociedade que tenha um novo modo de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações no modo de cuidado à pessoa com transtorno mental faz parte de uma dinâmica, que exige reflexão constante por parte de gestores, profissionais e comunidade. A análise dos itinerários terapêuticos pode ser uma importante ferramenta para a qualificação da assistência, na medida em que revela os fluxos percorridos em busca de resolução para um problema de saúde, as conexões com as redes sociais e o acesso aos serviços formais.

Com efeito, esta análise permite uma compreensão ampliada do “cuidado em saúde”, pois inclui necessariamente os cuidados ofertados em serviços assistenciais formais e os cuidados informais, prestados principalmente pela família dos usuários de saúde mental. Por sua vez, a família também busca articulações para a efetividade desse cuidado, estabelecendo vínculos próximos e de ajuda mútua com seus entes, entre eles pai, mãe e irmão, além de vizinhos e profissionais de saúde dos serviços formais, pessoas que irão compor a rede de apoio social do membro familiar.

A utilização da rede social de apoio funciona como um indicador de qualidade no trabalho em Saúde Mental, ampliando as perspectivas e campos de atuação do projeto terapêutico com procedência em uma visão integral e contextualizada do ser humano. Também se coaduna com os princípios da Refor-

ma Psiquiátrica, em que a pessoa deve ser vista em sua singularidade e inserido a, como já expresse, numa sociedade que tenha um novo modo de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. S. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R.; HILLER, M. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: algumas experiências. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Recife: Ed Universitária UFPE, 2009. 203-14p.

AUGÉ, M. *Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'évènement*. In: Augé M, Hezlich C, editors. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris: Éditions de Archives Contemporaines, 1984. 35-91p.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das Famílias de Pacientes Psiquiátricos: Artigo de Revisão. *J. bras. psiquiatr.*, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: MS, 2004b. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva [online]*, v. 16, n.11, p. 4433-4442, 2011.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari and VIEIRA, Mariana Verderoce. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta paul. enferm. [online]*. 2012, vol. 25, n.4, p. 517-523.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. *Nurs. Inq.*, v. 7, p.

112-9, 2000.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica*, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 15, suppl.1, p. 1497-1508, 2010.

LAVALL, E.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 30, n. 2, p. 198-205, 2009.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos. *Rev. Ter. Ocup*, v. 19, n. 1, p. 61-71, 2008.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Therapeutic Itineraries of individuals with problems consequent to harmful use of alcohol. *Interface (Botucatu)*, v. 17, n. 45, p. 433-44, 2013.

MASSÉ, R. Culture et santé publique. les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur, 1985. 330p.

MOTA, F. R. N. et al. Redes sociais de apoio a idosos. *Esc Anna Nery*, v.14, n.4, p.833-838, 2010.

NEVES, R. F; NUNES, M. O. Da legitimação à (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 211-220, 2010.

OLIVEIRA, M.; MOTA, E. Entrevista com Eduardo Mota e Marcus Vinícius Oliveira, supervisores do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos. In: SILVA, M. V. O.(Org.). *IN-tensa/EX-tensa: a clínica psicossocial das psicoses*. Salvador: LEV - Laboratório de Estudos Vinculares/UFBA, 2007. 15-36p.

PINHO, Márcia Andrade. Saúde mental, mudança social e discurso

bioético: uma face da desinstitucionalização revelada em uma notícia de jornal. *Physis* [online]. 2009, vol.19, n. 3, p. 817-828.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. O cotidiano do indivíduo com ferida crônica e sua saúde mental. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2011, vol. 20, n. 4, p. 691-699.

CAPÍTULO 19

PLANEJAMENTO DE AÇÕES DESINSTITUCIONALIZANTES, COM VISTAS À CONSOLIDAÇÃO DO ACESSO À REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE MENTAL

Rândson Soares de Sousa

Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A consolidação do acesso no Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se nos desafios de se (re) organizar as redes de atenção à saúde, para assim poder garantir o comprimento de seus princípios basilares, que incluem universalidade, equidade e integralidade, sendo necessário assumir de forma clara a ideia de que esse se dá no movimento solidário-histórico de avanços, desafios e retrocessos dos cotidianos personificados e vividos por gestores, trabalhadores e usuários.

No que concerne ao acesso à assistência em Saúde Mental, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira tem participação no início dos anos de 1970 junto ao Movimento Sanitarista, tendo como particularidade a elaboração de um modelo de assistência que se embasa no distanciamento do padrão hospitalocêntrico, por meio do ideário antimanicomial e em defesa de uma desinstitucionalização que progressivamente ofereça e fortaleça a existência de espaços e serviços substitutivos, possibilitando a reinserção social dos que por muito tempo foram esquecidos como “loucos” e esquecidos à margem da sociedade (TAVARES, 2005; JORGE, 2006).

Como de fato, porém, se faz o planejamento de ações que possibilitem efetivamente a nova forma de pensar e produzir saúde mental? Quais os serviços e estratégias para que a desinstitucionalização manicomial e a criação de espaços substitutivos possa ocorrer e fazer jus a pensar da Reforma Psiquiátrica?

Entende-se que é na perspectiva de se responder atais questionamentos que urge a necessidade da existência organizada de uma Rede de Assistência em Saúde Mental (RASM), que, no atual contexto pode ser composta por centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), Centros de convivência, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor na consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005). Sendo assim, são relevantes os estudos que abordam os avanços e desafios no que concerne às estratégias do planejamento em saúde com vistas a consolidação do acesso as redes assistências de Saúde Mental, objeto deste estudo.

Os CAPS além de serem serviços importantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, são equipamentos sociais de saúde estratégicos que permitem a (re)organização da RASM em um determinado território, tendo em vista que assumem a centralidade dessa rede (DELGADO, 2007, ONOCKO-CAMPOS 2006). Muitas vezes no entanto, esses serviços que compõem a atenção secundária da estrutura hierarquizada da rede de serviços do SUS ficam como “peças soltas” dentro do sistema, na medida em que sua articulação com a atenção primária e terciária é “mal-equacionada”, dificultando assim a garantia do acesso ao usuário (CECILIO, 1997).

Na condição de centralidade na RASM, e não diferentemente de outros serviços de saúde, os CAPS enfrentam proble-

mas recorrentes, como: longas filas de espera por atendimento, organizadas por ordem de chegada, sem avaliação do risco; demora no atendimento; número de profissionais pequeno com relação à demanda; falta de medicamentos; bem como instalações precárias. São situações observadas cotidianamente nas instituições de saúde do Brasil, sendo revelada por meio da insatisfação e da insegurança dos usuários com o tipo de assistência prestada e da forma como os profissionais e a gestão de saúde operam os serviços.

Os problemas apontados precisam ser enfrentados de forma conjunta pelos agentes sociais que vivenciam cotidianamente a problemática de acesso à assistência em saúde, havendo a necessidade de se reconhecer o planejamento em saúde como instrumento para a gestão participativa na conformação estratégica das diretrizes, metas e operacionalidade executiva das demandas e necessidades da população em seu território.

Portanto, acredita-se ser inviável uma gestão dos serviços de saúde, a fim de se consolidar o acesso, quando não há um planejamento das ações pensado e dialogado pelos agentes sociais. Nessa perspectiva, o planejamento em saúde constitui base norteadora das demais práticas de saúde quando são desenvolvidas de forma dialógica e comunicativa, em que todos os sujeitos sociais deveriam atuar de forma conflitiva na identificação dos problemas, priorizando-os e propondo soluções (SILVA, 2006).

Para Jesus e Assis(2010), é sob a égide da concepção de dispositivo que o planejamento no campo da saúde se institui, com vistas a garantir o acesso dos brasileiros aos serviços de saúde e como categoria analítica importante na elaboração teórico-prática do cotidiano no SUS. Nesse entendimento, os autores ressignificam o trabalho de Giovanella e Fleury (1996)

à medida que esses relacionam as dimensões analíticas do acesso com o planejamento, analisando essa relação em quatro dimensões; tecnoassistencial, política, econômica e simbólica.

O acesso é entendido como a “porta de entrada”, “como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade”, havendo a necessidade de um entendimento que extrapola os aspectos relacionados apenas a assistência a saúde, entendendo que deve envolver os fatores econômicos, culturais, sociais, intersetoriais e as estruturais de governo de um país (JESUS; ASSIS, 2010, p. 162).

Perante o exposto, este o estudo busca analisar o processo de planejamento em saúde com vistas à (re) organização do acesso na RASM de uma capital nordestina do Brasil tomando como eixo norteador a dimensão tecnoassistencial do acesso. Espera-se que o estudo tenha relevância à medida que os resultados revelam problemas que necessitam da (re)elaboração e da implantação de estratégias para sanar ou diminuir as fragilidades desse processo, bem como possa apontar os meios de fortalecer as potencialidades das ações de planejamento com vistas à consolidação do acesso na rede, pois entende-se, como Matus (1993, p.14), que “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”.

MÉTODOS

Este ensaio constitui pesquisa com abordagem qualitativa, realizada na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará (CE) nos centros de atenção psicossocial de uma das seis secretarias executivas regionais da Cidade. Os participantes da pesquisa

foram 19 pessoas, subdivididas em três grupos: I – cinco sujeitos, II – nove sujeitos, e III – cinco sujeitos. O primeiro grupo foi constituído por gestores da RASM, o segundo pelos trabalhadores de saúde e o terceiro pelos usuários dos CAPS ou familiares destes.

Para tanto, adota-se como critério de inclusão para os sujeitos dos grupos I e II: serem gestores ou trabalhadores que estivessem com permanência de no mínimo seis meses nos equipamentos sociais de saúde (CAPS da SER IV) na RASM de Fortaleza-CE. E no grupo III: serem usuários ou familiares daqueles que frequentassem os CAPS da SER IV por no mínimo seis meses; é critério de exclusão dos usuários a classificação do nível de consciência (desorientados ou sob efeito da medicação).

Na coleta de dados, realizada no período de janeiro a junho de 2012, utilizou-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática como fonte primária. Neste intuito, elaboraram-se três roteiros de entrevista um destinado aos grupos I e II e outro para o grupo III, como também um roteiro para nortear a observação.

Ademais, realizou-se, ainda, no intuito de complementar os dados a serem obtidos pelas fontes primárias, a análise de documentos. Assim, foram selecionados e identificados cinco documentos técnicos que abordam o Planejamento em Saúde no contexto federal e municipal: documento 1 – Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: (2006-2009); documento 2 – Relatório de Gestão do Município de Fortaleza (2005); documento 3 – Relatório de Gestão do Município de Fortaleza (2006); documento 4 – Relatório de Gestão do Município de Fortaleza (2007); e documento 5 – Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva organização e funcionamento. No

decorrer do texto, os documentos são citados e identificados abreviadamente por (Doc. x) em que X significa o número do documento correspondente aqui especificado, sendo esses apontados nas referências respectivamente conforme o título prenunciado.

Para apreciação dos resultados, utilizou-se a análise crítica, proposta por Minayo, entendendo que toda técnica de investigação proporciona aos investigadores um meio de apreender as relações sociais em determinados espaços de uma forma apropriada ao tipo de problema a ser pesquisado (2008).

É válido ressaltar que, a fim de privilegiar os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, esta investigação foi submetida, inicialmente, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP/UECE), aprovada sob Parecer nº 08573214-1. Esta é também recorte de um projeto maior, intitulado “Produção da atenção à saúde e suas articulações com as linhas de cuidado do SUS e da assistencial de saúde mental”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE/UECE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão aqui mostrados em duas categorias analíticas, com ênfase na análise estratégias do planejamento, com vistas à (re) organização da rede assistencial de saúde mental, tomando como base a dimensão tecnoassistencial do acesso, sendo essas denominadas: Constituição e desafios da Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza-CE e Interlocação da Rede de Atenção à Saúde Mental de Fortaleza-CE com a Atenção Primária à Saúde (APS).

Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza-CE: avanços e desafios de sua constituição

É fato notório que a Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza-CE possibilita o caminho de ações desinstitucionalizadoras, sobretudo com o seu crescimento de oferta do número de serviço. É preciso analisar, porém, a efetivação e consolidação de outros entendimentos do que é de fato acesso aos serviços e bens de saúde, privilegiando outras dimensões e perspectivas, do que simplesmente o ato do usuário ingressar no serviço.

Assim, especificamente no campo de investigação, os documentos analisados destacam que havia uma incipiente Política de Saúde Mental até final do ano de 2004, sendo a rede composta por apenas três CAPS, o que tornava a assistência insuficiente à população, ensejando uma demanda reprimida em filas de espera e outras dificuldades quanto ao acesso (Doc. 1).

Em face disso, o Plano Municipal de Fortaleza 2006-2009 (Doc. 1), como uma de suas propostas estratégicas para a (re) organização dos serviços de Saúde Mental, propôs as seguintes metas: expandir a rede de serviços extra-hospitalares para serviços substitutivos, de modo a ter 15 CAPS para atendimento de transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool e outras drogas; três residências terapêuticas; e centros de convivência e cultura. Ademais, ocorreram ainda a implantação de ambulatórios de Saúde Mental, bem como a efetivação da garantia de leitos em hospital geral.

Já no ano de 2007, conforme o Relatório de Gestão 2007 (Doc. 2, Doc. 3 e Doc. 4) apresentado somente em 2009, a RASM de Fortaleza era composta por diversos equipamentos sociais, conforme segue a descrição: seis CAPS gerais, para

atendimentos de transtornos diversos; seis CAPSad, para pessoas que apresentam uso abusivo de álcool ou outras drogas; dois CAPSi, que tratam de transtornos mentais referentes à infância e adolescência; uma Residência Terapêutica; uma Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, com 30 leitos; duas emergências psiquiátricas especializadas; nove emergências clínicas em hospitais municipais; uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência especializada em saúde mental; 18 equipes de apoio matricial em Saúde Mental; duas ocas de saúde comunitária, que realizam atividades de promoção de saúde, com os grupos de resgate de autoestima, terapia comunitária e massoterapia.

Ao extrair do Relatório de Gestão 2007 (Doc. 4) e com suporte no conhecimento e convívio da realidade, as metas quanto à expansão dos equipamentos e serviços de saúde do local estudado foram parcialmente atingidas, uma vez que o número de CAPS implantados foi de 14, enquanto a meta era de 15; e apenas a existência de uma Residência Terapêutica, em vez de três residências terapêuticas da meta inicial do Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (Doc. 1).

Pode-se observar que os serviços de Saúde Mental de Fortaleza-CE buscam seguir a conformação em redes de atenção em saúde, pois trazem outras possibilidades de acesso aos serviços e procuram se adequar à demanda. Esta compreensão foi permitida com a observação sistemática acerca de como se dá o acesso aos CAPS de Fortaleza-CE, bem como pela definição da estratégia do Plano Municipal de Saúde (Doc.1) de garantir o acesso e o cuidado do usuário por toda a rede desde de a implantação do acolhimento e da escuta qualificada nos CAPS da SER IV.

Evidencia-se, pois, uma quebra da lógica verticalizada do sistema de saúde. Os encaminhamentos podem vir tanto no nível primário de atenção quanto referenciado dos hospitais de referência. Os usuários advêm dos mais diversos setores sociais, bem como de quaisquer níveis de complexidade do sistema de saúde, como se comprova na convergência dos discursos a seguir:

[...]. O acesso ele é espontâneo, geralmente tem um técnico de referencia, de nível superior pra se está fazendo a acolhida de quem está chegando ao serviço seja pela primeira vez ou que já esteja no nosso serviço e o mesmo pra pessoa que recebe um encaminhamento e caso a necessidade seja para algum outro equipamento da rede, agente faz algumas articulações com os outros equipamentos [...] (GRUPO I).

[...] a demanda é espontânea e todos são atendidos e se uma questão que num possa ser resolvido de imediato é agendado ou é encaminhado [...] (GRUPO II).

[...]. Minha chegada aqui foi assim eu morava lá no outro bairro e aí faço parte de um grupo lá da igreja e aí eu contando meus problemas o padre disse que eu procurasse o CAPS e aí quando eu me mudei pra cá eu vi e eles me atenderam e depois eu voltei e fiquei vindo pra consulta com o psiquiatra e com a enfermeira [...] (GRUPO III).

Em face disso, algumas importantes questões na própria organização do SUS emergem e nos levam a refletir sobre a importância dos serviços de saúde estarem interconectados, evitando a fragmentação dos atendimentos (ONOCKO-

CAMPOS, 2006; VIEIRA FILHO, NÓBREGA, 2004) Nota-se, assim, que os equipamentos em relação à formação de redes de saúde no Município não fogem à lógica nacional, uma vez que essa é uma realidade em elaboração no Brasil.

No Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (Doc. 1), é possível perceber que a Gestão Municipal de Fortaleza, neste período, assumiu o compromisso da proposição de rede no modelo da gestão e atenção integral à saúde, entendendo que.

Trabalhar com o conceito de rede é estabelecer um diálogo construtivo com outras áreas do conhecimento, como forma de responder aos complexos desafios da produção da saúde e, ainda, potencializar a organização e o funcionamento do modelo de atenção integral à saúde (FORTALEZA, 2008, p. 47).

A rede de atenção à saúde pode ser definida como malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, organizando-os sistematicamente para que os níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulado e adequadas para o atendimento do usuário e para a promoção da saúde (CARVALHO, 2008).

Entende-se que o desafio do planejamento com vistas à constituição e organização dos serviços de saúde em rede está além da perspectiva da utilização do conceito, havendo a necessidade de buscar formas de oferecer estratégias que favoreçam o desenvolvimento de processos emancipatórios, coletivos, solidários e compartilhados de conhecimento e enfrentamento de situações complexas que envolvem a (re)-organização dos serviços de saúde em rede.

Nesse entendimento, identificou-se pelo menos dois grandes desafios a serem enfrentados na (re)organização e

interconexão da RASM de Fortaleza-CE com as demais redes assistenciais: 1- a não existência de um CAPS tipo III na RASM de Fortaleza-CE até o início do ano de 2012; e 2- a não inclusão da RASM no Sistema de Informatização das redes assistenciais, dificultando assim a interconexão necessária entre essas.

Destaca-se, primeiramente, a não existência de um CAPS do tipo III em nenhuma das SER de Fortaleza-CE, podendo esse ser o décimo quinto CAPS a ser implantado e cumprir com a meta inicial estabelecida. Ressalta-se, ainda, que esse equipamento social de saúde não poderia deixar de existir se de fato os critérios de implantação de abrangência populacional tivessem sido levados em consideração, uma vez que nenhuma daquelas possui menos do que 200 mil habitantes, critério esse utilizado para implantação de um CAPS tipo III.

Tal situação, sem dúvida, é um problema a ser enfrentado pelo sujeitos sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuários) que se articulam nas redes assistenciais com vistas à (re) organização dos serviços e consolidação do acesso, sendo esta uma questão identificada nos discursos dos grupos de sujeitos:

[...] nossos CAPS são tipo II, nós cometemos erros, mas não foi, foi por falta de orientação, por uma decisão de gestão, era pra Fortaleza já ter começado com o CAPS tipo III, pelo menos o geral, mas não, o que foi que se fez se implantou 14 CAPS e aí por caso de custos não se teve mais perna pra poder ter um CAPS tipo três [...] (GRUPO I).

[...] no nosso CAPS agente percebe a necessidade de um CAPS tipo III e sem isso agente num ver condição de desinstitucionalização, eu acho que na medida em que se nega uma proposta você tem que dá outra... pra quem

está do outro lado e a favor do outro modelo não possa dizer; “tá vendo, não deu certo e aí o que é que vai fazer agora com as pessoas que estão crise?” [...] (GRUPO II).

[...]. Eu num tenho o que dizer do atendimento, da organização não, eu só fico preocupada é porque eu sei que num é bom internar, mas aí eu tenho medo de ele ter uma crise e aí pra onde eu vou levar, entendeu [...] (GRUPO III).

Apreende-se com isso, que não é apenas a implantação de serviços substitutivos e extra-hospitalares que promovem a real mudança no modelo de atenção às pessoas que necessitam de assistência em saúde mental. Não adianta termos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico se reproduziu, na prática destes serviços, o modelo manicomial tão questionado de atenção ou se este não existem em quantidade suficiente para assistência integral de toda a demanda da comunidade.

Em relação ao outro desafio, percebe-se que para o fortalecimento das interconexões das redes, deve-se discutir a não inclusão da RASM no Sistema de Informatização das redes assistenciais, o que iria facilitar a interconexão necessária dessas. Tal problemática foi evidenciada com as visitas aos CAPS, bem como na convergência dos discursos abaixo:

[...]. A questão é que nossa rede não é informatizada, e com isso a gente perde dados, a gente não consegue ver o fluxo do usuário, a gente não consegue ver o caminho dele pela rede inteira, se ele estar internado ou não estar, se ele esta na atenção básica ou se não estar, isso então a gente não tem e isso poderia ser uma estratégia pra gente tá vendo esses fluxos e isso poderia até ajudar na questão

do planejamento em si porque a gente não perderia tantos dados, e até mesmo de uma questão de custos[...] (GRUPO I).

De fato, este é um problema específico da RASM de Fortaleza-CE,entretanto, uma vez em análise do Relatório de Gestão 2007 (Doc. 4), identifica-se a existência de uma tecnologia de informação (TI), configurada como ferramenta que ensaja o acesso e as funcionalidades, como: prontuários básicos e especializados; central de marcação de consultas, exames especializados, regulação e leitos; auditoria; dentre outros.

Assim, ressalva-se ser necessário que os serviços de Saúde Mental sempre estabeleçam articulações e entendam a dinâmica dos novos fluxos de atenção com os demais serviços de saúde, a fim de, não só, oferecerem respostas aos problemas de saúde, mas também fazerem articulações com outros setores da sociedade, para que possam prestar uma atenção mais integral aos que deles necessitam (MATOS, 2001; QUINDERÉ, 2008).

Destarte, a RASM de Fortaleza-CE, mesmo com suas limitações, funcionaria como articuladora das ações deSaúde Mental dentro da macro rede de serviços de saúde que compõem o seu conjunto de rede assistenciais do modelo a gestão e atenção integral a saúde, não se configurando como uma rede de serviços de Saúde Mental separada, mas sim com interconexão com os diversos serviços de saúde, além de estar interconectada com os diversos setores inseridos no território.

RASM - CE e sua articulação com a Atenção Primária à Saúde: apoio matricial como uma estratégia possível

Em análise da centralidade que os CAPS ocupam, entende-se que estes, dentro da estrutura de rede, assumem importante papel nas novas práticas de Saúde Mental, uma vez que se configuram como dispositivos estratégicos para a transformação do modelo hospitalocêntrico, sendo serviços potencialmente capazes de articular as ações de Saúde Mental junto aos serviços de outras redes, como ambulatórios, leitos de internação em hospitais gerais, ações de suporte e reabilitação psicossocial, e, especialmente, os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) (ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Sobre a articulação dos CAPS e a APS, Vieira Filho e Nóbrega (2004) acentuam que esses serviços precisam estar articulados, para que seja facilitado o planejamento de ações na respectiva área distrital/regional de abrangência, principalmente no que diz respeito às intervenções clínicas na rede de suporte social e de inter-relações pessoais significativas do usuário dos serviços.

Para tanto e a fim de facilitar a constituição de redes regionalizadas e integradas, os trabalhadores da saúde no nível da APS contam com o auxílio das equipes de apoio matricial. O apoio matricial em Saúde Mental é compreendido como arranjo institucional criado para promover a interlocução dos serviços de Saúde Mental, como os CAPS e as Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destina-se, principalmente, a contribuir com a implementação de uma clínica ampliada e singular; a promover saúde e diversidade de ofertas terapêuticas, a favorecer a corresponsabilização entre as equipes e a servir de apoio para as equipes de referência (equipes da ESF) (ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Neste intuito, a proposta preconizada do apoio matricial é de que os profissionais da Saúde Mental acompanhem frequentemente as equipes da ESF, propiciando um suporte teórico-prático que não se pauta na lógica do encaminhamento ou da referência e contrarreferência, mas sim numa responsabilidade compartilhada dos casos, aumentando a capacidade resolutive das necessidades de saúde dos usuários (DIMENSTEIN, 2008; COSTA, JORGE, 2002).

Os profissionais dos CAPS de Fortaleza-CE implantam o apoio matricial na Estratégia Saúde da Família e realizam visitas domiciliares, possibilitando, além da (re) organização da oferta, a rede para atender a demanda. Conforme o Relatório de Gestão de 2007 (Doc.₄), a SER IV conta com duas equipes de apoio matricial em Saúde Mental para atender as 12 unidades de Saúde da Família da Regional, tendo sido implantado o apoio matricial no ano de 2007 em apenas seis dessas unidades.

Nos discursos apreendidos nas entrevistas semiestruturadas e discriminados abaixo, a realidade de cobertura de apoio matricial avançou e possibilita mudanças:

Uma estratégia utilizada para se garantir o acesso tem sido a questão do apoio matricial que aqui na regional IV está bem avançada e atualmente são três equipes, os três CAPS participam e estamos atendendo atualmente 11 postos dos 12. É pelo menos uma vez por mês em cada unidade de saúde. E agora também nós temos iniciado também o apoio matricial em um hospital secundário que tem sido interessante (GRUPO I).

Como propriamente assumiu no início do texto no entanto, a consolidação do acesso é de fato um movimento solidário-histórico de avanços, desafios e retrocesso dos cotidianos

personificados e vividos por gestores, trabalhadores e usuários pois que sabe-se que atualmente a estratégia de apoio matricial é objeto de um retrocesso e nem funciona muito incipientemente no Município, mas analisou-se que o apreendido como perspectiva de vislumbrar o que foi e o que é possível.

Assim, no entendimento do existido e do vivido por gestores, trabalhadores e usuários no momento de coleta de dados, pode-se afirmar que o matriciamento em Saúde Mental na atenção básica possibilita mudanças na produção do cuidado, propondo uma articulação de saberes e práticas ocorrem por intermédio de uma organização horizontal do processo de trabalho, numa tentativa de combinar especialização com interdisciplinaridade e, ainda, supera a alienação, fragmentação e tecnicismo biologicista, possibilitando uma corresponsabilização e uma reconstituição de vínculos entre a equipe de referência, a equipe matricial e a clientela atendida (DIMENSTEIN, 2008; CAMPOS, AMARAL, 2007).

Por todo o exposto, reconhece-se a importância da regionalização com vistas ao fortalecimento do acesso às práticas de saúde no âmbito do território comunitário e familiar do usuário, mas não para engessar e burocratizar a oferta disponibilizada pelos serviços de saúde. Entende-se ainda, que a delimitação dessas áreas permite o direcionamento e a definição da população-alvo a ser assistida, possibilitando estudos de cobertura, avaliação e resolubilidade e, ainda, permitindo alocação e utilização dos recursos de que a rede dispõe.

Conforme consta nos documentos Doc.5, Doc.4 e Doc.1, seguindo a lógica de regionalização que nacionalmente se tem no planejamento em saúde, a cidade de Fortaleza-CE estabeleceu metas específicas para cada um de seus seis grupos populacionais, de modo a superar o desafio de prestar assistência

em saúde no território em que os usuários tecem suas relações sociais. Para isso visa à articulação dos serviços de saúde de modo a consolidar o modelo da gestão e atenção integral à saúde.

A fim de privilegiar a integralidade das ações, serviços e cuidado a pessoa a família e a comunidade em Saúde Mental, Jesus (2006) acentua que é necessário o mecanismo de referência e contrarreferência na relação entre às unidades da rede de serviços de saúde, de modo que esses mecanismos possam possibilitar uma delineação dos fluxos de cuidado, com ênfase no acesso.

Com efeito,

a questão do acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para o cuidado progressivo ao usuário, impulsionando o planejamento da saúde na direção da dimensão cuidadora horizontal defendida no modelo do círculo (JESUS, ASSIS, 2010, p. 114).

O modelo de círculo envolve o entendimento conceitual e prático de relativização da concepção de organização hierárquica e regionalizada da atenção em saúde, com vistas a garantir acesso à tecnologia adequada no momento em que o usuário é acolhido, e expressa sua necessidade, ensejando uma demanda que necessita de uma ação resolutiva por parte da unidade de serviço da rede de atenção à saúde que o acolheu (CECILIO, 1997; ASSIS, VILLA, NASCIMENTO, 2003).

Nessa perspectiva, é necessário entender que, no modelo de atenção psicossocial, as práticas de saúde não cabem numa estrutura organizacional determinantemente estabelecida. A

composição de modelos fixos e padronizados indica um engessamento das práticas, uma burocratização das ações do sistema de saúde, tornando o acesso, além de burocrático, excludente, inflexível e segregador (AMARANTE, GULJOR, 2005).

Assim, torna-se necessário que os CAPS interajam de maneira horizontalizada com os equipamentos sociais que compõem a rede de assistência à saúde mental, como os serviços residenciais terapêuticos, as unidades de ESF e, as unidades de internação psiquiátricas, a fim de acompanhar o usuário em eventuais internações, bem como fazendo articulação com os demais setores sociais, no intuito de desmistificar o imaginário negativo que ainda existe sobre as pessoas com transtornos mentais e possibilitar de fato a reinserção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o planejamento com vistas à (re) organização da RASM em que se deu este estudo é efetivo e possibilita a consolidação do acesso na perspectiva tecnoassistencial, tendo sido as estratégias de ampliação dos equipamentos sociais de saúde uma realidade concretizada, permitindo, assim, o acesso de variadas formas, seja ele espontâneo ou encaminhado de outra rede assistencial.

A (re)organização da RASM no entanto, ainda deve ser pauta de planejamento e um desafio a gestão, uma vez que os equipamentos sociais, sobretudo os serviços substitutivos, dentro esses os CAPS, não permitem que os usuários sejam atendidos num eventual momento de suas necessidades em seu território. Referimo-nos, especificamente, à existência tardia de um só CAPS do tipo III na Cidade para que o atendimento dos usuários possa ocorrer em qualquer hora e dia da

semana, evitando, assim, internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos, bem como possibilitando a consolidação do acesso, na perspectiva de serviços substitutivos do modelo de atenção psicossocial. Outro desafio refere-se ao fato de que a RASM não se encontra informatizada como as demais redes, impossibilitando a interconexão efetiva dessas redes e o acompanhamento dos usuários no sistema.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de entender que o planejamento em Saúde Mental deve ser um sistema maleável do ponto de vista das referências teóricas, sobretudo no que concerne às suas subjetividades; no entanto, não se nega a necessidade da instrumentalidade, do desenho do “deve-se”, pois, nesse, são reconhecidos problemas e apontados caminhos e estratégias de enfrentamento da situação, possibilitando, também, os processos avaliativos das ações realizadas.

Por fim, entende-se que o desafio então continua a ser a (re) organização da RASM e sua interconexão com as demais redes assistenciais, sendo necessário que os CAPS interajam de maneira horizontalizada com os equipamentos sociais que compõem a RASM do Município, como os serviços residenciais terapêuticos, as unidades de ESF e, as unidades de internação psiquiátricas, a fim de acompanhar o usuário em eventuais internações, bem como fazendo articulação com os demais setores sociais, com vistas a desmistificar o imaginário negativo que ainda existe sobre as pessoas com transtornos mentais e possibilitar de fato a reinserção social.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D.; GULJOR, A. P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. G. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.100 p.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARVALHO, G. et al. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde– Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*, Set. 1997, vol.13, n. 3, p. 469-478.

COSTA, L. D; JORGE, M. S. B. A Atenção Básica de Saúde e sua Interface com Saúde Mental: um estudo de representação social no Programa Saúde da Família. In: SILVA, M. G. C; JORGE, M. S.B. Construção do Saber em Saúde Coletiva: transição epidemiológica, saúde mental e diversidades. Fortaleza: Ed. INESP/EDUECE, 2002. p. 149-157.

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO MF, MELLO AAF, KOHN R. (Org). Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Artmed, Porto Alegre, 2007.

DIMENSTEIN, M.; BEZERRA, E. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. Psicologia Ciência e Profissão, v. 28, n. 3, p. 632-45, 2008.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão, 2005. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2006, 339p. Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal . Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão, 2006. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2007b, 438p Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão, 2007. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2010, 500p. Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009 / Secretaria de Saúde. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008. 296p. Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org) Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], vol. 15, n. 1, p. 161-170, 2010.

JESUS, W. L. A. Re-significação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006. Feira de Santana, Bahia, 2006. 235p.

JORGE MSB. et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, Vol. 59, nov/dez, 2006.

MATTOS RA. (Org.). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos IN: Pinheiro R, Mattos RA. (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p. 39-64.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. São Paulo: Hucitec, 1993.

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

ONOCKO-CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, mai. 2006.

QUINDERÉ, P. H. D. Atenção à saúde mental no município de Sobral-CE: interações entre os níveis de complexidade, composição das práticas e serviços. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2008.

SILVA, J. M. Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática. Dissertação de Mestrado. Universidade de Feira de Santana, 2006. p. 225.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto Contexto Enferm*, v. 14, n. 3, p. 403-10,2005.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Rev. Estudos de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte*, Natal, 9(2), 373-379, 2004.

POSFÁCIO

A presente obra é constituída dos resultados de pesquisas referenciadas a partir de inquietações de docentes e discentes nas diversas temáticas no contexto da Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará e de convidados externos, sinalizando integração dos pares na perspectiva de subsidiar o público de leitores, com material atual e diversificado que perpassa nos tópicos: Política e Gestão em Serviços de Saúde, Enfoque Ecológico e suas interfaces no controle da dengue, Participação Social, Epistemologias Temáticas e Saúde Mental. E, assim, poderá contribuir, de forma efetiva e sistemática, para a Promoção da saúde.

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro
Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará